

**ДИНАМІКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО І
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСІВ ВАГІТНИХ НА ЕТАПІ
ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В НИХ ХВОРОБ ПАРОДОНТА**

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

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”

Резюме

Проанализирована во взаимосвязи динамика изменений показателей стоматологического и психологического обследования беременных в разные trimestры и обосновано медицинскую, организационную эффективность индивидуализированной этиотропной первичной профилактики болезней пародонта.

Ключевые слова: болезни пародонта, беременные, первичная профилактика.

Summary

The dynamics of the change of indicators of stomatological and psychological examination of pregnant women in different trimesters was analyzed and medical, organizational effectiveness of individual primary prevention of periodontal diseases was substantiated.

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

Література

1. Толмачева С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2005. – 150 с.
2. Гаджула Н.Г. Індивідуальна профілактика карієсу зубів у жінок у періоди вагітності та лактації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня

канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.Г. Гаджула. – Львів, 2009. – 18 с.

3. Сеидбеков О.С. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин / О.С. Сеидбеков, Д.К. Кафарова // Российский стоматологический журнал. – 2011. - №3. – С.39-41.

4. Кисельникова Л.П. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных / Л.П. Кисельникова, Н.С. Попова // Клиническая стоматология. – 2011. - №1. – С.86-87.

5. Мухаметзянова Э.Х. Критерии оценки психоэмоционального состояния первородящих / Э.Х. Мухаметзянова, О.А. Красноперова, Т.В. Сушенцова // Акушерство и гинекология. – 2010. - №2. – С.56-59.

6. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А., Федосеев. – Харьков, 2002. – 108 с.

7. А.с. “Стоматологічна абетка вагітної” / Т.О.Петрушанко, Л.Й. Островська. №29471; заявл.15.05.09, №29667; дата реєстрації 15.07.2009, №29471.

8. Петрушанко Т.О. Островська Л.Й. Іваницький І.О. Диференційована профілактика та лікування порушень гомеостазу кальцію при хворобах зубів та тканин пародонта // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №109 – 2008. – 4 с.

9. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц ; [пер. с англ]. – М.: Практика, 1998. — 459 с.

Вступ. Вагітність необхідно розглядати як фактор ризику розвитку карієсу і хвороб пародонта [1]. Незважаючи на численні наукові досягнення, присвячені запобіганню стоматологічним хворобам вагітних, проблема первинної їх профілактики залишається актуальною [1-4]. Заходи щодо профілактики стоматологічних захворювань під час

вагітності треба проводити з моменту першого відвідування жіночої консультації та встановлення на облік за вагітністю, хоча найоптимальніший термін для початку їх реалізації - період 3-6 місяців планування вагітності. В основі планування профілактичних заходів, як правило, - активність каріозного процесу у вагітних, стан тканин пародонта, загальні та місцеві фактори ризику розвитку стоматологічних захворювань, нейропсихологічний статус вагітної, стан гігієни порожнини рота [1,5].

Метою роботи стало вивчення динаміки зміни показників стоматологічного статусу вагітних у взаємозв'язку з активністю їх нейропсихологічних процесів при впровадженні в них індивідуалізованої патогенетично обґрунтованої первинної профілактики хвороб пародонта.

Об'єкти і методи дослідження. Під постійним спостереженням перебували 50 вагітних віком 18-36 років, у яких на первинному обстеженні в I триместрі стоматолог не виявив клінічних змін тканин пародонта. Жінки перебували на обліку в 4-й міській жіночій консультації м. Полтави, проходили поглиблений стоматологічний огляд у I, II, III триместрах за загальноприйнятими критеріями. Визначення ТЕР-тесту (Окушко, 1984) проводили для діагностики функціонального стану емалі та індивідуального прогнозування виникнення карієсу. Гігієнічний індекс (ГІ) обчислювали за J.C.Green, J.R.Wermillion (ОHI-S, 1964), об'єктивізували стан тканин пародонта на основі аналізу папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) в модифікації С.Parma (1960), індексу СРITN, кровоточивості за Muhlemann-Sax. Нейропсихологічне обстеження охоплювало визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, визначення типу особистості як риси характеру і рівня нейротизму, що корелює з вираженістю психоемоційної напруженості за допомогою опитувальника Айзенка [6].

Обстежено в динаміці триместрів вагітності 29 жінок віком 19-36

років, які склали контрольну групу, та 21 вагітну віком 18-33 років, які увійшли до основної групи дослідження. Весь комплекс діагностичних і лікувально-профілактичних заходів узгоджувався з акушер-гінекологом та за необхідності - з терапевтом. В обох групах спостережень після професійної гігієни порожнини рота проведена її санація, надані рекомендації щодо індивідуальної гігієни порожнини рота. У контрольній групі вагітним акушер-гінекологи рекомендували вживання внутрішньо комплексного препарату «Елевіт» (по 1 т. за добу протягом 2 місяців у першому триместрі та 1 місяця в третьому), за наявності соматичних змін – медикаментозне лікування призначали лікарі-інтерністи, а також надавали рекомендації щодо особливостей харчування, способу життя. Жінкам основної групи з метою підвищення індивідуальної мотивації до виконання рекомендацій лікарів була розроблена нами та видана “Стоматологічна абетка вагітної”, на яку ми отримали авторське право на твір [7]. Стоматологічна абетка кожної вагітної, окрім об’єктивізації клінічної ситуації в порожнині рота, містила повний індивідуальний перелік лікарських призначень та рекомендацій відповідно до результатів індивідуального комплексного клініко-психологічного, лабораторного обстеження, рекомендації стосовно роботи, відпочинку, сну, харчування, вживання препаратів, алгоритму індивідуальної гігієни порожнини рота, підібраних засобів індивідуальної гігієни, а також динаміки змін стоматологічного статусу на повторних обстеженнях і змін індивідуальних рекомендацій у стоматолога. З метою запобігання виникненню каріозних уражень зубів, змінам у тканинах пародонта, зниженню ризику розвитку фетоплацентарної недостатності, остеопенічним ускладненням вагітним призначали “Кальцій Д₃ Нікомед” з 12-13 тижня вагітності – по 1 таб. під час сніданку та ввечері (1 місяць), а в III триместрі з 24-25 тижня – за аналогічною схемою вживання препарату протягом 2 місяців. За нормального перебігу вагітності в III триместрі призначали форму

препарату “Кальцій Д3 Никомед Форте” за вищезгаданою схемою, винятком були літні місяці [8]. Обов’язковими були письмові рекомендації щодо збалансованого і повноцінного харчування вагітних відповідно до терміну вагітності та індивідуальне призначення вітамінно-мінерального комплексу “АлфаВіт мамине здоров’я”. У разі виявлення генітальної та екстрагенітальної патології специфічне лікування проводили відповідні спеціалісти.

Статистичну обробку отриманих даних проводили методом Уїлкоксона для пов’язаних вибірок. Для аналізу взаємозв’язків кількісних параметрів, які вивчалися, визначали коефіцієнт парної кореляції Кендела [9].

Результати дослідження

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

На первинному огляді вагітних виявлено патологію прикусу, наявність зубощелепних деформацій та аномалій м’яких тканин

порожнини рота в $37,9\pm 9\%$ (11 осіб) контрольної групи та в 4 осіб ($19\pm 8,56\%$) основної групи. Зміни некаріозних уражень зубів діагностовано в 13 вагітних контрольної та в 9 осіб основної групи (переважно флюороз різних ступенів тяжкості та клиноподібні дефекти), поширеність яких була незмінною до пологів. Відсутність динаміки вищезгаданих факторів не дозволяє виділяти їх як головні при розвитку запальних змін у тканинах пародонта в жінок під час вагітності.

Контрольна група жінок у I триместрі характеризувалася клінічно незмінним пародонтом, але до III триместру в 16 осіб ($55,2\pm 9,23\%$) був виявлений хронічний катаральний гінгівіт. Отримані дані підтверджують виникнення запальних змін ясен зі збільшенням терміну вагітності за відсутності проведення відповідних профілактичних заходів. Так, в основній групі за умов клінічно незміненого пародонта на початку вагітності за застосування комплексу індивідуальних профілактичних заходів та створення або ж підвищення мотивації жінок до стану здоров'я в цей період у III триместрі діагностований хронічний катаральний гінгівіт лише в 1 вагітної ($4,8\pm 4,7\%$), що свідчить про високу медичну ефективність первинної профілактики хвороб пародонта. У вагітних контрольної групи під час динамічного спостереження в I і III триместрах індексні показники стану пародонта мали також достовірні відмінності. Так, у III триместрі відбувається статистично достовірний ріст значень індексу РМА ($4,66\pm 1,32$ в III триместрі проти РМА=0 у I триместрі, $p<0,05$), а динамічне вивчення індексу Muhlemann-Sax виявило вірогідне підвищення показника з настанням III триместру, що вказує на наявність взаємозв'язку індексної оцінки із запальними змінами в тканинах пародонта в гестаційний період (див. табл. 1). В основній групі також спостерігали тенденцію до підвищення показника РМА в III триместрі в порівнянні з I триместром ($0,32\pm 0,32$ проти РМА=0, $p>0,05$ відповідно), але вони були значно меншими, ніж у контрольній групі, що свідчить про

зменшення виникнення запальних проявів внаслідок упровадження індивідуальних профілактичних заходів стосовно змін тканин пародонта. Натомість кореляційний аналіз засвідчив про наявність у III триместрі прямого кореляційного зв'язку показника П (кількість пломб у вагітної) в осіб основної групи з індексом кровоточивості за Muhlemann-Sax; показника В (кількість видалених зубів) - із ПІ, віком вагітних; інтенсивність каріозного процесу - з показником ТЕР-тесту.

Необхідно зазначити, що середні показники рівня гігієни порожнини рота жінок як контрольної, так і основної груп достовірно змінювалися під час усього терміну вагітності. Так, у контрольній групі спостерігалось вірогідне її погіршення від I триместру до пологів (табл.1). При цьому стан гігієни порожнини рота вагітних у III триместрі мав прямий кореляційний зв'язок із К, ТЕР-тестом, а також із РМА, СРІТN та індексом кровоточивості за Muhlemann-Sax. За застосування індивідуальних профілактичних заходів у основній групі спостерігали достовірне покращення показників рівня гігієни порожнини рота в динаміці вагітності, що є наслідком якісної мотивації вагітної до гігієнічних заходів та перевагою індивідуального алгоритму гігієнічних заходів. При цьому гігієнічний індекс у III триместрі основної групи мав кореляційні зв'язки з показником П, індексом кровоточивості.

Ураховуючи важливу роль індивідуальних особливостей нервових процесів, психологічних характеристик людини у виникненні хвороб неінфекційної природи, ми проаналізували рівень тривожності жінок у різні терміни вагітності. За шкалою Спілбергера-Ханіна в обстежених жінок контрольної групи виявлено високий рівень реактивної (ситуаційної) тривоги на початку вагітності, який у III триместрі дещо знизився ($p < 0,05$) (табл.2). У жінок основної групи показники реактивної тривоги в I триместрі також свідчили про високий її рівень, але до пологів відбулося достовірне її зниження. Отримані дані свідчать про зниження

психоемоційної напруженості у вагітних жінок обох груп у III триместрі та вказують на адаптацію організму до вагітності, але в дослідній групі зазначені процеси активніші. Вивчення показників особистої тривожності у вагітних групи контролю показало, що її рівень упродовж усього терміну вагітності зберігався стабільним ($39,79 \pm 0,43$ балів), тоді як у основній групі спостерігали тенденцію до зменшення досліджуваного показника в III триместрі, але загалом рівень тривоги залишався також у межах середнього з тенденцією до високого.

Виконаний комплекс клініко-психологічних досліджень засвідчив про необхідність упровадження для первинної профілактики хвороб пародонта у вагітних немедикаментозних заходів і медикаментозних засобів, що повинні бути індивідуалізовано орієнтовані з урахуванням особливостей нервової регуляції, стоматологічного статусу. Висока мотивація до збереження здоров'я майбутньої мами і малюка, достатній рівень професійності стоматолога, тісний контакт із гінекологом і терапевтом, які патронують вагітну, дозволяють досягти максимальної медичної, організаційної та економічної ефективності етіотропної профілактики хвороб пародонта.

Таблиця 1

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

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

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

Таблиця 2

Динаміка показників нейропсихологічного статусу вагітних до та після проведення профілактичних заходів (M±m)

Показник	Контрольна група (29 вагітних)		Основна група (21 вагітна)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
Реактивна тривожність	51,69±0,63	44,1±0,94	52,67±0,68	37,76±0,95*
Особиста тривожність	39,79±0,43	39,79±0,43	39,52±1,89	37,86±0,88

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