

ОБҐРУНТУВАННЯ ТАКТИКИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В ІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Київський медичний університет УАНМ

Попри те, що останніми роками широко впроваджуються засоби і методи профілактики, частота стоматологічних хвороб у вагітних жінок надалі залишається високою. Ураховуючи фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності, надання стоматологічної допомоги має певні особливості.

Другим триместром вагітності вважається проміжок часу від початку 15 тижня вагітності (фертилізаційний вік) або 17 тижня (гестаційний вік) до кінця 29 тижня вагітності (фертилізаційний вік) або 31 тижня (гестаційний вік) відповідно [7, 25, 35]. Слід зазначити, що в іноземній літературі другим триместром вважається період із 13 по 28 тиждень [39].

Внутрішньоутробний період розвитку зубощелепної системи в другому триместрі характеризується зміною періоду диференціювання періодом гістогенезу, протягом якого виникають основні тканини тимчасового зуба. На 18-26 тижнях ембріонального розвитку відбувається мінералізація тимчасових різців та іклів, починається мінералізація горбиків тимчасових молярів. На 24-25 тижнях вагітності починає формуватися зачаток першого постійного моляра [30].

У зв'язку з початком активної мінералізації кісткової тканини плоду, в тому числі зубів, прогресує дефіцит кальцію в організмі матері [16]. Згідно з даними [32 - 34] у крові вагітних жінок зі збільшенням терміну вагітності настають гіпокальціємія і гіпомagneмія. Факт часткової втрати кальцію організмом матері для покриття потреб плоду, що росте, підтримується багатьма авторами [6, 13, 19]. За ускладненого перебігу вагітності відбувається додаткова мобілізація кальцію із зубів майбутньої матері, що знижує стійкість емалі до карієогенних чинників [35]. За фізіологічного перебігу вагітності

спостерігається зниження концентрації білків сироватки крові та як наслідок - зміна вмісту білка в слині. Л.Г.Сотникова [28] пов'язує патогенез карієсу зубів із порушеннями білкового обміну.

Протягом вагітності відбувається вірогідне підвищення розчинності емалі на 18, 1% [29], на фоні якого знижується резистентність твердих тканин зубів [15, 29]. У ІІ половині вагітності спостерігається помітний зсув рН ротової рідини в кислий бік (значення рН на 0, 64 од. кисліше, ніж у невагітних) [10]. Найменші значення водневого показника ротової рідини виявлені в жінок у ІІ та ІІІ триместрах вагітності [21, 27, 32, 34], а також у жінок із токсикозом першої половини вагітності [19]. За результатами досліджень, у ІІ триместрі збільшується кількість вогнищ демінералізації зубів на 5, 2% [21], каріозних зубів - у 1, 4 рази [33]. За даними С.В.Тармаєвої [29], приріст інтенсивності карієсу зубів відбувається активніше в групах вагітних, які мають низький вихідний показник інтенсивності карієсу (КПВ < 8), не мають ділянок вогнищевої демінералізації емалі й уперше вагітних; у цих жінок перебіг адаптації гостріший, адаптаційні механізми недосконалі. Процес каріозного руйнування зубів у жінок у період вагітності має свої особливості, зокрема, частіше ураження гладких поверхонь зубів, переважно в пришийковій ділянці [2], поява карієсу в групах відносно резистентних зубів - нижніх різців, іклів, премолярів [29].

Вивченню ураженості карієсом зубів у вагітних присвячена значна кількість праць. Виявлена залежність поширеності карієсу зубів від віку, терміну вагітності, перебігу вагітності, кількості вагітностей, наявності соматичної патології, погіршення гігієни порожнини рота [1, 2, 21, 22, 31].

Фактори, що впливають на зміни стану тканин пародонта і ви-

никнення запалення в перші місяці вагітності, продовжують діяти і в другому триместрі. На 4 місяці вагітності поновлюється ризик розвитку хвороб пародонта [20]. Ці зміни в другій половині вагітності є наслідком загального впливу статевих гормонів за провідної ролі естрогенів, які здатні викликати гіперемію, підвищувати проникність судинної стінки, посилювати набряк і проліферацію сполучної тканини, що підтверджено в експерименті на морських свинках [4]. Численні дослідження показали, що наявність місцевих подразнюючих факторів, поганий гігієнічний догляд, несанірувана порожнина рота, збільшення терміну і кількості вагітностей, їх патологічний перебіг, вік жінки (після 35 років), психоемоційне напруження призводять до збільшення поширеності запальних хвороб тканин пародонта у вагітних [1, 4, 18, 21, 22, 26, 31]. Особливо шкідлива для тканин пародонта спільна дія цих факторів [24].

У ІІ триместрі спостерігається підвищення ступеня тяжкості гінгівіту, що реєструється за індексом РМА [2]. Катаральне запалення ясен може перейти в проліферативне запалення [12]. Деякі автори вказують на розвиток гіпертрофічного гінгівіту [4, 38, 41]. Іноді ця хвороба розвивається первинно [12]. У жінок із гестозами катаральний гінгівіт у більшості випадків загострюється раптово [35]. У вагітних виникають псевдоепуліси - особливі форми папілітів, клінічний перебіг яких схожий із клінічним перебігом епулісу [35]. У вагітних на фоні патологічного перебігу вагітності (з токсикозом і анемією) у термінах від 11 до 35 тижнів виявлена 100% поширеність хвороб пародонта [5].

Ріст стоматологічної захворюваності в другому триместрі вагітності диктує необхідність організації стоматологічної допомоги, врахо-

вуючи профілактичну скерованість стоматологічних втручань у першому триместрі. Другий триместр вважається відносно стабільним періодом вагітності, в який можна проводити більшість стоматологічних процедур [14, 39]. В організмі жінки сформувалася нова залоза внутрішньої секреції – плацента, функціонує фетоплацентарний кровообіг, відносно стабілізована гемодинаміка, покращилися показники імунологічного статусу [16]. Актуальним є розробка науково обґрунтованого комплексу лікувальних та профілактичних заходів для вагітних жінок з урахуванням терміну вагітності.

Мета нашої роботи - обґрунтувати рівень надання стоматологічної допомоги вагітним жінкам у II триместрі.

Матеріал та методи досліджень. Для досягнення поставленої мети нами були проаналізовані літературні джерела щодо надання стоматологічної допомоги під час вагітності та проведено комплексне стоматологічне обстеження вагітних жінок. Обстежено 211 вагітних жінок віком від 19 до 43 років. З метою оцінки стоматологічного статусу визначали стан гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964), кислотність ротової рідини, поширеність та інтенсивність карієсу, стан тканин пародонта за індексами РМА, СРІ. Проводили комплексне пародонтологічне обстеження за допомогою апаратно-програмного комплексу «Florida Probe» (США). Стан мікроциркуляції тканин пародонта оцінювали методом лазерної доплерівської флоуметрії за допомогою апарата «ЛАКК-02» (ТОВ «Лазма», Росія) з метою вивчення перфузії тканин пародонта кров'ю, інтенсивності капілярного кровообігу, динаміки змін мікроциркуляторного русла протягом вагітності, що має високу прогностичну цінність на доклінічному етапі. Аналіз соматичного стану здоров'я та перебігу вагітності проводили за даними «Обмінних карт (форма N 113/о)».

Результати дослідження та їх обговорення

Із загальної кількості жінок 150 (71, 09%) народили першу дитину, серед яких 19 (9, 01%) жінок були віком понад 28 років (пізні першо-

роділлі). 61 жінка вдруге народила дитину (28, 91%), серед яких 42 матері (19, 91%) були раннього фертильного віку (28-34 роки), 19 (9, 01%) – пізнього (35-47 років). При аналізі анамнестичних даних обтяжений акушерський та гінекологічний анамнези були виявлені у 187 (88, 63%) матерів. У 32 майбутніх мам (15, 17%) були явища раннього токсикозу. Перебіг вагітності в 19 пацієнток (9, 01%) ускладнився гестозом. Гострі та хронічні хвороби під час вагітності мали 127 (60, 19%) матерів: хвороби сечостатевої системи - 40 (18, 96%), ендокринної - 4 (1, 9%), дихальної системи - 38 (18, 01%), органів травлення - 10 (4, 74%), системи кровообігу - 16 (7, 58%). У 42 жінок (19, 91%) діагностували анемію вагітних. 67% матерів мали місце одночасно 2 і більше класів хвороб (за МКХ-10).

Привертає увагу висока поширеність стоматологічних хвороб вагітних жінок. Незадовільний та поганий рівень гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S виявлений у 80, 09% жінок. Поширеність карієсу зубів у вагітних становила 94, 31% за інтенсивності 11, 3. Компонент «К» індексу «КПВ» становив 32, 70%, що свідчить про відсутність санації порожнини рота на етапі планування вагітності. Кислотність ротової рідини в жінок визначалася в межах від 6, 6 до 7, 2. За наявності запалення в тканинах пародонта середнє значення індексу РМА було 31, 8%. У жінок як із фізіологічним, так і ускладненим перебігом вагітності виявлений високий рівень поширеності патологічних змін у тканинах пародонта (85, 79%). Із них у 31, 56% випадків зареєстрована кровоточивість ясен при інтенсивності уражених сегментів на одного обстеженого - 1, 89; зубний камінь виявлений у 60, 01% жінок (3, 95 сегмент); пародонтальні кишені глибиною 4, 5 мм зустрічались у 8, 43% вагітних (0, 16 уражених сегментів).

Оцінка стану тканин пародонта за допомогою апаратно-програмного комплексу «Florida Probe» (США) дозволила точніше діагностувати ступінь деструктивних уражень тканин пародонта (з точністю до 0, 2 мм) та сприяла мотивуванню жінок до лікування. За допомогою лазерної доплерівської флоуметрії виявлено підви-

щення тону судин у 1, 7 разу та зменшення перфузії тканин пародонта кров'ю. Слід зазначити, що порушення стану мікроциркуляції тканин пародонта спостерігалось у 94, 33% жінок, серед яких 8, 54% жінок ще не мали виявлених клінічних змін. За умови відсутності доступних методів доклінічної діагностики запальних хвороб пародонта слід спрямовувати роботу лікаря-стоматолога на профілактичні заходи щодо їх розвитку серед усіх вагітних жінок.

Плануючи лікування вагітної жінки в II триместрі, лікар-стоматолог має враховувати фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки, перебіг вагітності, наявність одно- / багатоплідної вагітності.

За фізіологічного перебігу вагітності системні та органні зміни продовжують мати адаптаційний характер. У цей період спостерігається подальше прискорення метаболічних процесів (на 15-20%). Збільшення об'єму плазми перевищує збільшення циркулюючих еритроцитів і до 26 тижня призводить до фізіологічної анемії вагітних. У нормі для вагітних характерно зниження гемоглобіну до 110 г/л, гематокриту - до 32-34%. До 26 тижня відбуваються зниження в'язкості крові, зміна її реологічних властивостей, що досягає максимуму до 28 тижня. Систолічний і діастолічний артеріальний тиск знижується на 5-15 мм рт. ст. Найнижчий тиск - у 28 тижнів. Для фізіологічної вагітності характерні підвищення потреб у кисні, фізіологічна тахікардія (80-95 уд./хв.). Хвилинний об'єм серця (ХОС) досягає максимуму до 20 тижня і становить 6-7 л/хв. (при нормі 1-1, 5 л/хв.). Максимальне збільшення серцевого викиду (СВ) відбувається за даними різних авторів, на 20-24, 28-32, 32-34 тижнях і складає 30-45% від величини СВ до вагітності [12, 40]. Об'єм циркулюючої крові (ОЦК) збільшується максимально до 30-32 тижнів, тому 28-32 тижнях вважається критичним [14, 37, 39]. При багатоплідній вагітності збільшення СВ значніше, досягає максимуму до 20 тижня, ЧСС збільшується на 20 уд./хв. [37]. Збільшення ХОС і СВ актуальне в жінок із хворобами серцево-судинної системи, особливо з ознаками недостатності кровообігу. На величину серце-

вого викиду значний вплив мають зміни положення тіла вагітної.

У стоматологічному кріслі вагітна жінка може знаходитися в положенні лежачи на спині. Починаючи з 16 тижня вагітності, це може викликати розвиток синдрому нижньої порожнистої вени (СНПВ) (синоніми - *supine hypotensive syndrome (SHS)*, *Aortocaval compression syndrome*) [40]. Цей синдром виникає внаслідок стиснення *the inferior vena cava* вагою матки, плода, плаценти, амніотичної рідини, що супроводжується зменшенням повернення венозної крові до правого передсердя і СВ [11, 37]. СНПВ у вагітних жінок неможливо розцінювати як ознаку захворювання, скоріше це прояв недостатності адаптації серцево-судинної системи. Пацієнтка скаржиться на відчуття нестачі повітря, занепокоєння, запаморочення, потемніння в очах, нудоту. Клінічними симптомами СНПВ є блідість, тахікардія (рання ознака), брадикардія (пізня ознака), холодний піт, гіпотонія, набряк нижніх кінцівок, падіння стегнового пульсу [39]. Перші клінічні ознаки можуть проявитися вже через 2-3 хв. і досягнути максимуму в найближчі 10 хв. Характер і вираженість ознак коливаються від невизначених скарг до серйозної гіпотонії матері, втрати свідомості, серцево-судинного колапсу [37]. Ці ознаки можуть бути і при інших шоккових станах. Але напротивагу останнім при СНПВ відбувається різке підвищення венозного тиску на ногах за зміненого венозного тиску на руках. У спеціальному лікуванні зазвичай немає потреби. За появи перших симптомів розвитку СНПВ вагітну пацієнтку рекомендується повернути на лівий бік або підняти праве стегно, що практично зразу полегшує її стан, тиск крові нормалізується протягом кількох хвилин. У разі погіршення стану вагітної пацієнтки необхідно використовувати кисневу маску, зігріти пацієнтку, застосувати загальні принципи лікування шоку, обережно транспортувати в стаціонар. У зв'язку з високою вірогідністю виникнення ембріональної гіпоксії або дистресу в плода в умовах стаціонару проводять кардіотокографію [39]. Найчастіше СНПВ виникає при багатоводді, багатоплідді, при

великоплідній вагітності, при артеріальній і венозній гіпотонії, у вагітних маленького зросту [37, 40]. У зв'язку з можливістю розвитку СНПВ під час стоматологічного прийому лікарю необхідно пам'ятати про профілактичні заходи, зокрема: лікування вагітної пацієнтки бажано проводити в напівсидячому положенні або в положенні на лівому боці, або забезпечити піднімання правого стегна на 10-12 см [39].

Анатомічні, фізіологічні та психологічні зміни за нормального перебігу вагітності висувають до жіночого організму підвищені вимоги. Наявність супутньої патології обтяжує перебіг вагітності та спонукає жіночий організм до неадекватної відповіді на стоматологічне втручання, зокрема можуть розвиватися синкопальні стани [39]. Вони можуть мати місце у всі триместри вагітності та виникають на фоні гіпотензії, зневоднення, анемії, гіпоглікемії.

Синкопальні стани – раптове порушення перфузії головного мозку (мозкового кровообігу) - характеризуються спонтанними втратами свідомості, які зазвичай призводять до падіння. У деяких випадках їх розвитку передують різноманітні симптоми (слабкість, пітливість, головний біль, запаморочення, порушення зору), але частіше синкопальні стани розвиваються раптово, інколи на тлі повного «благополуччя». Більшість синкопальних станів не вимагають специфічної фармакотерапії на догоспітальному етапі. Тривалість втрати свідомості при синкопе - 15 – 30 сек., рідше затягується до кількох хвилин. Затяжні синкопальні стани можуть викликати труднощі в диференційованій діагностиці з іншими станами, що характеризуються розладами свідомості. Непритомність вимагає винятково заходів загального характеру. У нанесенні больових подразників, як правило, немає потреби – пацієнтка незабаром опритомнює сама. У разі тривалої непритомності прискорити повернення свідомості може допомогти 10% розчин аміаку, піднесений до носа.

Вагітним жінкам у разі розвитку синкопе рекомендуються киснева маска, пиття води. Уживання лікарських засобів показано лише

для лікування основних хвороб, що є безпосередньою причиною розладу свідомості, зокрема: гіпоглікемії, брадикардії, надниркової недостатності та ін. Питання про необхідність госпіталізації вирішується на основі стратифікації ризику раптової смерті (для пацієнток із непритомністю і хворобами серця в анамнезі, зі змінами на ЕКГ, з родинним анамнезом раптової смерті) [40].

Особливу увагу слід звертати на пацієнток, у яких після 20 тижня вагітності вперше діагностували підвищення артеріального тиску (ДАТ > 90 мм рт.ст.) і протеїнурію ($\geq 0,3$ г/доб), що свідчить про наявність прееклампсії (згідно з класифікацією International Society for Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), 1986). Цей стан на стоматологічному прийомі небезпечний можливістю розвитку еклампсії, порушення мозкового кровообігу, ниркової недостатності, дисемінованого внутрішньосудинного згортання, відшарування сітківки, *hellp*-синдрому, респіраторного дистрес-синдрому дорослих. Єдиним дієвим способом профілактики ускладнень прееклампсії (ПЕ) залишається виявлення, обстеження і за необхідності лікування вагітних із високим ризиком ПЕ. Підвищення АТ в термін після 20 тижня мусить привернути увагу лікаря на ризик можливості виникнення ПЕ (гіпертонія зазвичай розвивається дещо раніше протеїнурії). Необхідно розпочати обстеження пацієнтки, що буде охоплювати загальний і біохімічний аналізи крові (обов'язкове визначення рівнів креатиніну, сечовини, електролітів, сечової кислоти, білка, печінкових ферментів), коагулограму, загальний аналіз і визначення добового білка в сечі. Це зумовлено тим, що навіть за доброго самопочуття гематологічні та біохімічні показники можуть бути серйозно змінені [8, 9]. Певне діагностичне значення для доклінічної діагностики ПЕ має постуральний тест: підвищення діастолічного АТ понад 20 мм рт.ст. при повороті жінки з лівого боку на спину вказує на ризик розвитку ПЕ («roll-over test», або «тест із поворотом») [23].

Аналіз літератури та результати власних спостережень дозволяють вважати можливим і необхідним

лікування стоматологічних хвороб у вагітної жінки в II триместрі до 28 тижня вагітності, оскільки 28-32 тижні вважаються критичними [14, 37, 39]. За відсутності стоматологічних хвороб дії стоматолога мають спрямовуватися на проведення профілактичних заходів щодо розвитку карієсу зубів і запальних хвороб тканин пародонта. Починаючи з 16 тижня вагітності, в стоматологічному кріслі вагітна жінка може знаходитися в сидячому положенні

або в положенні на лівому боці. Але стоматологу слід пам'ятати, що ця група пацієнтів належить до групи ризику розвитку ускладнень і невідкладних станів. Це диктує необхідність правильної організації надання стоматологічної допомоги. Важливим є ретельний збір анамнезу перебігу вагітності, вивчення результатів загального обстеження в жіночій консультації (за даними «Обмінної карти»). Є потреба в розробці опитувальної

стоматологічної анкети для вагітної жінки. Вважаємо доцільним проведення постурального тесту під час загального обстеження в стоматолога до початку лікування. Важливо, щоби лікарі – стоматологи надавали перевагу проведенню лікувальних заходів на етапі передгравідарної підготовки, і тоді візити вагітної жінки матимуть переважно профілактичну спрямованість.

Література

1. Ашуров Г.Г. Стоматологическая профилактика у многоплодных женщин: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Гаюр Гафурович Ашуров. – Душанбе, 1989. – 141 с.
2. Бутане И.Я. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных женщин: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / И.Я.Бутане. – Рига, 1989. – 16 с.
3. Гемонов В.В. Атлас по гистологии и эмбриологии органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И.Фалин. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – С. 7-9.
4. Губаревская В.Л. О состоянии тканей десны у беременных / В.Л.Губаревская // Стоматология. – 1975. – № 1. – С. 19-22.
5. Каримов Г.Р. Состояние тканей пародонта у беременных женщин с токсикозом / Каримов Г.Р., Чемикосова Т.С. // Сб. статей науч. – практ. конф. стоматологов республики. – Уфа, 1996. – С.66-69.
6. Касибина А.Ф. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у женщин при физиологическом течении беременности и поздних токсикозах (клинико- лабораторное исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Касибина А.Ф. – Волгоград, 1973. – 193 с.
7. Кертис Г. Беременность. Неделя за неделей / Г.Кертис. – СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2004. – 412 с.
8. Кобалава Ж.Д. Секреты артериальной гипертензии: ответы на ваши вопросы / Ж.Д. Кобалава, К.М. Гудков. – М., 2004. – 244 с.
9. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертензия, ассоциированные расстройства при беременности / Ж.Д. Кобалава, К.Г.Серебрянникова // Сердце. – 2002. – № 1 (5). – С. 224-250.
10. Леонтьев В.К. Водородный показатель полости рта / В.К. Леонтьев, В.А.Румянцев, А.И.Грудянов // Медицинский реферативный журнал. – XII раздел. – 1988. – №9. – С.6-1111. Леуш С.С. Синдром нижней полой вены у беременных / С.С. Леуш, В.Г.Терентюк, П.И.Карпук // Український медичний часопис. – 2002. – № 6 (32). – С. 56-59.

12. Львова Л.В. Эти разные, разные, разные гингивиты / Л.В. Львова // Стоматолог. – 2001. – № 5. – С. 6 – 9.
13. Магид Е. А. Влияние токсикоза беременности на состояние твердых тканей зубов у детей / Е. А.Магид, А.Ф. Касибина // Стоматология. – 1980. – №4. – С.71 – 72.
14. Марк Моти Попко. Лечение беременной женщины [Электронный ресурс]: Избранные лекции Иерусалимского университета / Марк Моти Попко – 2003. – Режим доступа: <http://www.100mat.ru/profession/mer.htm> .
15. Недосеко В.Б. Активность кариеса и уровни резистентности зубов / Недосеко В.Б., Соломинская Е.Г., Божая В.Г. // Патогенез, профилактика кариеса зубов и его осложнений. – Омск, 1987. – С.38 – 56.
16. Носова В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам / В.Ф.Носова, С.А.Рабинович // Клиническая стоматология. – 2001. – № 3. – С. 46-49.
17. Носова – Дмитриева В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (ч. II) / В.Ф. Носова – Дмитриева, С.А.Рабинович // Клиническая стоматология. – 2003. – № 4. – С. 72 – 73.
18. Орехова Н.С. Медико-социальные особенности гингивита у беременных: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Н.С. Орехова. – Смоленск, 2007. – 188 с.
19. Павлик Б.П. Кариес зубов и некоторые биохимические показатели слюны у женщин во время беременности (клинико-лабораторное исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Б.П.Павлик. – Львов, 1969. – 202 с.
20. Парпалей Е.А. Рациональные подходы к стоматологической профилактике и лечению женщин в период беременности / Е.А.Парпалей, Е.И. Парпалей // Дентальные технологии. – 2004. – № 3-4 (17). – С. 10-13.
21. Покровский М.Ю. Особенности патогенеза и прогнозирования течения стоматологических заболеваний в период беременности : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / М.Ю. Покровский. – Тверь, 2002. – 174 с.
22. Разумова С.Н. Оптимизация стоматологической санации беременных женщин в Московском мегапо-

лисе: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / С.Н. Разумова. – М., 2003. – 125 с.

23. Репина М. А. Преэклампсия и материнская смертность / М. А. Репина. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2005. – 208 с.

24. Романовская Л. Д. Состояние тканей пародонта у беременных с поздним токсикозом: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / Л. Д. Романовская. – М., 1990. – 20 с.

25. Руководство по эндокринной гинекологии ; под ред. Е.М. Вихляевой.- М.: Мед. информ. агентство, 1997. – С. 97-98.

26. Сандига Л.Г. Первинна профілактика запальних захворювань пародонта у жінок з фізіологічним та ускладненим перебігом вагітності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л.Г. Сандига. – К., 2001. – 17 с.

27. Скляр В.Е. Кариес зубов и болезни пародонта у беременных и обоснование методов их профилактики / В.Е. Скляр, Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1995. - №1. – С.58-61.

28. Сотникова Л.Г. Белки сыворотки крови при нормальной беременности и поздних токсикозах по данным электрофореза на бумаге: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Л.Г. Сотникова. – Уфа, 1961. – 16 с.

29. Тармаева С. В. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Светлана Владимировна Тармаева. – Омск, 1989. -142 с.

30. Терапевтическая стоматология детского возраста / [Хоменко Л.А., Чайковский Ю.Б., Савичук А.В. и др.]; под ред. Л.А. Хоменко. – К.: Книга плюс, 2007. – С. 7 – 29.

31. Толмачева С.М. Индивидуальные методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у беременных женщин : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Светлана Марковна Толмачева. – Нижний Новгород, 2004. – 184 с.

32. Исследование роли слюнных желёз в патогенезе стоматологических заболеваний у беременных / Ю.Г.Чумакова, К.Н. Косенко, А.П. Левицкий [и др.] // Вестник стоматологии. – 1995. - № 3. – С.199-203.

33. Чумакова Ю.Г. Обоснование принципов профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у женщин в разные сроки беременности: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / Ю.Г.Чумакова. – К., 1996.- 19 с.

34. Чумакова Ю.Г. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных / Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1996. - № 5. – С. 404 – 408.

35. Чучмай Г.С. Стоматологічні захворювання у вагітних / Г.С. Чучмай, Н.І. Смоляр. – К.: Здоров'я, 1991. – 104 с.

36. Hyperplastic gingival lesions in pregnancy. I. Epidemiology, pathology and clinical aspects / Tumini V., Di Placido G., D'Archivio D. [et al.] // Minerva Stomatol. – 1998 Apr. -Vol.47(4).-P.159-167.

37. Quilligan E.J. Maternal physiology / E.J. Quilligan. – Philadelphia, 1998. – 341 p.

38. The late development of oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy: a case report / Silverstein I.H., Burton C.H.Jr., Garnick J.J. [et al.] // Compend. Contin. Educ. Dent. – 1996 Feb. - Vol.17 (2). - P.192-798; quis 200.

39. Tarsitano, BF and Rollings, RE. The Pregnant Dental Patient: Evaluation and Management. General Dentistry. - May-June 1993. - P. 226-231.

40. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // Eur. Heart J. – 2003.- № 24.- P. 761 – 81.

41. Severe bleeding from a pregnancy tumor. A case report / Wang P.H., Chao H.T., Lee W.L. [et al.] // J. Reprod. Med. -1997 Jan. – Vol. 42 (6). – P.359-362.

Стаття надійшла
12.10. 2010 р.

Резюме

Представлен обзор литературных источников по влиянию различных факторов риска возникновения и развития кариеса зубов и заболеваний пародонта у беременных женщин во втором триместре беременности.

Ключевые слова: беременность, кариес, заболевания пародонта, факторы риска, диспансеризация, стоматологическая профилактика, второй триместр.

Summary

Authors are present the review of literary sources on influencing of different factors of risk of origin and development of decay of teeth and periodontal diseases for expectant mother in the second trimester of pregnancy.

Key words: pregnancy, caries, periodontal diseases, risk factors, prophylactic medical examination, dental prophylaxis the second trimester of pregnancy.