

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ

В статье на примере Самарской области рассматриваются результаты сравнительного исследования полости рта беременных женщин с гипертрофическим гингивитом (ГГ) и беременных без воспалительных заболеваний полости рта (ВЗП) как фактора риска гипертрофического гингивита у беременных. Показано, что в период беременности негативное влияние местных факторов гипертрофического гингивита достоверно усиливается.

Ключевые слова: гипертрофический гингивит, беременность, стоматологические индексы, факторы риска

Несмотря на многочисленные исследования, особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин изучены недостаточно. Поэтому профилактика, диагностирование и лечение гингивита у беременных остаются недостаточно эффективными. Кроме того, в период беременности многие терапевтические средства и воздействия использовать невозможно (или возможно, но только при сопоставимом риске для здоровья матери при гингивите; плода – от применяемых средств).

Между тем гипертрофический гингивит имеет негативное влияние на течение беременности и повышает вероятность перинатальных осложнений [1, 2]. В частности, воспаления пародонта осложняют течение гестации, зачастую способствуют преждевременным родам и внутриутробному инфицированию плода, так как представляют собой очаг инфекции в организме матери [3].

Многие воспалительные заболевания имеют региональные особенности развития, течения и лечения, связанные с генетическими особенностями населения территории, с ее йодным статусом, состоянием экологии, эпидемиологической ситуацией и организацией медицинской помощи [4, 5]. Вполне обоснованно предположить наличие таких особенностей и у гипертрофического гингивита. Но специальных публикаций, посвященных данному заболеванию в Самарской области, на настоящий момент не имеется.

Цель исследования. Провести сравнение состояния пародонта при хроническом гипертрофическом гингивите у беременных и небеременных женщин – жительниц Самарской области.

Материалы и методы исследования. Обследовано 400 беременных женщин, разделенных на две группы: основную – беременные с ГГ (n=100), группу сравнения – небеременные женщины с ГГ (n=100), контроль 1 – беременные без воспалительных заболеваний пародонта (n=100) и контроль 2 – небеременные женщины без ВЗП.

Женщины в группы подбирались по следующим критериям:

- возраст 20-35 лет – благоприятный для реализации репродуктивной функции; кроме того, сравнительно высокий возрастной порог (20 лет) позволил исключить из исследования женщин с ювенильным гингивитом, обусловленным поздним половым развитием;
- одноплодная беременность (для основной группы и контроля 1);
- наличие добровольного информированного согласия.

Подбор женщин, вошедших в сравниваемые группы, осуществлялся по методу «случай-контроль». При этом контролируемым параметром для группы сравнения и контроля был возраст женщин, отобранных в основную группу. Это позволило нивелировать возрастные отличия в гормональной регуляции, которая, как известно, во многом определяет этиологию ГГ. Средний возраст в основной группе составил $26,7 \pm 0,7$ года, в контроле – $27,2 \pm 0,8$ года.

Стоматологическое обследование полости рта включало внешний осмотр (состояние красной каймы губ) и осмотр собственно полости рта.

Распространенность кариеса зубов оценивалась по процентному соотношению числа лиц с кариозными поражениями и общего числа обследованных. Интенсивность кариеса зубов изучалась по индексу КПУз (ВОЗ, 1995).

Состояние гигиены полости рта оценивалось по данным анамнеза и индексам ИГР-У (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964) и API (D.E. Lange, 1990).

Для определения состояния тканей пародонта использовались индексы РМА (С. Parma, 1960), РВІ (Н.Р. Muhlemann, Saxer, 1975), КПИ (П.А. Леус, 1988) и измерение глубины пародонтальных карманов пуговчатым зондом.

Результаты и их обсуждение. Объективное обследование показало сравнительно низкий уровень гигиены полости рта обследуемых женщин во всех группах (таблица 1). Так, во всех группах имела сравнительно высокая распространенность кариеса.

Однако в группах с ГГ она была достоверно выше. Наибольшая распространенность кариеса отмечена в группе сравнения, где им страдали 89 ($89,0 \pm 3,13$ %) женщин. В основной группе данный показатель был достоверно меньше (в 1,3 раза).

Следует отметить, что среди беременных без ВЗП распространенность кариеса была достоверно выше, чем в контроле 2, что мы связываем с изменением кальциевого обмена при гестации, а также с ослаблением защитных барьеров полости рта беременной женщины.

Соответственно, высокая интенсивность кариеса отмечена у женщин с ГГ. При этом в группе сравнения индекс КПУ составил $12,9 \pm 0,76$, а в основной группе данный показатель был достоверно ниже – $9,9 \pm 0,52$. В контрольных группах значения КПУ соответствовали умеренной интенсивности кариеса, в то же время КПУ небеременных женщин без ВЗП был достоверно выше КПУ беременных женщин без ВЗП – $5,1 \pm 0,25$ $4,1 \pm 0,22$ соответственно.

Наиболее разительные отличия между группами наблюдались по количеству зубов, пораженных кариесом: в группе сравнения таких зубов было 584 ($18,3 \pm 0,68$ %), а в основной группе достоверно меньше – 369 ($11,5 \pm 0,56$ %). Наименьшее количество кариозных зубов отмечено в контроле 1 – 106 ($3,3 \pm 0,32$ %) зубов; в контроле 2 кариозных зубов было практически в 2 раза больше – 211 ($6,6 \pm 0,44$ %).

В группах с ГГ значения ИГР-У были достоверно хуже, чем в контрольных группах: в основной группе – $3,9 \pm 0,15$ при $0,9 \pm 0,06$ в контроле 1; в группе сравнения – $5,2 \pm 0,21$ при $1,26 \pm 0,1$ в контроле 2. Уровень гигиены ПР в основной группе и группе сравнения оценивался как плохой, однако показатель беременных женщин с ГГ был достоверно лучше, чем у небеременных с данной патологией. Также выяснилось, что ИГР-У в контроле 1 (хороший уровень гигиены ПР) достоверно меньше, чем в контроле 2 (удовлетворительный уровень гигиены), что мы связываем с большей мотивированностью беременных женщин к выполнению норм гигиены ПР.

Таблица 1

Характеристика стоматологического статуса обследуемых

Показатели стоматологического статуса	Группы				P _{0-c}	P _{0-kl}	P _{kl-k2}
	основная группа (n ₀ =100)	группа сравнения (n _c =100)	контроль 1 (n _{kl} =100)	контроль 2 (n _{kl} =100)			
Распространенность кариеса, n(p±m)	68 (68,0±4,66)	89 (89,0±3,13)	42 (42,0±4,94)	31 (31,0±4,62)	<0,05	<0,05	<0,05
Интенсивность кариеса по индексу КПУ ₃ , значение (оценка интенсивности)	9,9±0,52 (высокая)	12,9±0,76 (высокая)	4,1±0,22 (умеренная)	5,1±0,25 (умеренная)	<0,05	<0,05	<0,05
Кариозные зубы, n(m±p)	369 (11,5±0,56)	584 (18,3±0,68)	106 (3,3±0,32)	211 (6,6±0,44)	<0,05	<0,05	<0,05
Пломбированные зубы, n(m±p)	303 (9,5±0,52)	419 (13,1±0,60)	206 (6,4±0,43)	163 (5,1±0,39)	<0,05	<0,05	<0,05
Удаленные зубы, n(m±p)	215 (6,7±0,44)	286 (8,9±0,50)	99 (3,1±0,31)	139 (4,3±0,36)	<0,05	<0,05	<0,05
ИГР-У, значение (уровень гигиены ПР)	3,9±0,15 (плохой)	5,2±0,21 (плохой)	0,9±0,06 (хороший)	1,26±0,1 (удовл.)	<0,05	<0,05	<0,05
API, значение (уровень гигиены ПР)	64,8±0,41 (неуд.)	91,9±0,52 (неуд.)	29,2±0,24 (хороший)	37,9±0,29 (удовл.)	<0,05	<0,05	<0,05
Пародонтологические индексы	40,2	42,1	0	0	>0,05	-	-
	1,8	1,9	0,5	0,8	>0,05	<0,05	<0,05
	1,9	2,2	0,7	0,9	>0,05	<0,05	<0,05

Индекс API, использованный для верификации вычислений индекса ИГР-У, подтвердил вышеуказанные различия в состоянии ПР в сравниваемых группах. Переходя к пародонтологическим индексам, отметим, что среднее значение индекса гингивита (РМА) в основной группе и группе сравнения не имело достоверных отличий - 39,8 и 42,1 соответственно. Это указывает, по нашему мнению, на то, что беременные женщины обращаются к врачу-стоматологу по поводу ГГ при той же степени выраженности клинических симптомов, что и небеременные. Дополнительным подтверждением данного вывода стало отсутствие достоверных отличий (по тяжести, локализации заболевания в ПР и жалобам пациенток) в клинической картине ГГ в основной группе и группе сравнения.

В контрольных группах индекс РМА был равен 0, что определялось условиями отбора женщин в данные группы (отсутствие ВЗП).

Кровоточивость межзубных сосочков в группах с ГГ была выражена в одинаковой степени и достоверно превышала аналогичный показатель контрольных групп: в основной группе РВІ=1,8 при 0,5 в контроле 1; в группе сравнения – 1,9 при 0,8 в контроле 2. При этом РВІ контроля 1 был достоверно меньше аналогичного показателя контроля 2. Значения КПИ в целом подчинялись той же закономерности, что и значения РВІ. Однако в основной группе данный показатель был достоверно лучше, чем в группе сравнения, за счет меньшей выраженности зубного налета в ПР беременных с ГГ, в сравнении с небеременными женщинами, страдающими данной патологией.

С целью выявления местных факторов риска ГГ было проведено объективное исследование полости рта пациенток с ГГ в сравнении с небеременными женщинами без ВЗП. Данные, приведенные в таблице 2, показывают, что большинство показателей основной группы ближе к аналогичным характеристикам контроля 2, чем к группе сравнения. Доля женщин с патологией прикуса в основной группе не имела достоверных отличий от аналогичного показателя контроля 2. В то же время в группе сравнения таких женщин было в 1,7 раза больше, чем в основной группе.

Таблица 2

Выраженность местных факторов риска ГГ у обследуемых (% от численности группы)

Факторы	Данные по группам, n(p±m)		
	основная группа (n ₀ =100)	группа сравнения (n _c =100)	контроль 2 (n _{k2} =100)
Короткие уздечки языка или губ	12 (12,0±3,25)	26 (26,0±4,39)*	3 (3,0±1,71)*
Патология прикуса	17 (17,0±3,76)	29 (29,0±4,54)*	11 (11,0±3,13)
Аномалии прорезывания зубов	9 (9,0±2,86)	21 (21,0±4,07)*	7 (7,0±2,55)
Тесное расположение и/или поворот зубов	15 (15,0±3,57)	36 (36,0±4,80)*	9 (9,0±2,86)
Острые края зубов и/или пломб	21 (21,0±4,07)	42 (42,0±4,94)*	5 (5,0±2,18)*
Ортопедические и ортодонтические конструкции	18 (18,0±3,84)	33 (33,0±4,70)*	12 (12,0±3,25)
Отсутствие контактных соотношений	25 (25,0±4,33)	47 (47,0±4,99)*	18 (18,0±3,84)
Ротовое дыхание	19 (19,0±3,92)	29 (29,0±4,54)*	6 (6,0±2,37)*
Вредные привычки, ведущие к повреждению зубов и тканей пародонта	13 (13,0±3,36)	38 (38,0±4,85)*	9 (9,0±2,86)

Примечание: * — достоверное отличие от показателя основной группы (p<0,05)

Подобное соотношение показателей групп также наблюдалось применительно к таким факторам, как аномалии прорезывания, тесное расположение, поворот зубов, наличие ортопедических и ортодонтических конструкций, отсутствие контактных соотношений и наличие вредных привычек, способствующих повреждению защитных барьеров ПР (курение, обкусывание ногтей, грызение твердых предметов, кусание слизистой щек и губ и пр.). Между тем, данные факторы являются общепризнанными причинами снижения эффективности защитных механизмов пародонта за счет создания «ворот» для инфекции и нарушения процессов саливации [6].

Распространенность ряда местных факторов риска ГГ в основной группе была достоверно выше, чем в контроле 2. Так, среди беременных с ГГ достоверно чаще, чем среди небеременных женщин без ВЗП, встречались короткие уздечки губ и/или языка, острые края зубов или пломб и ротовое дыхание, обусловленное хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей. Однако и эти факторы в группе сравнения были более выражены, чем в основной группе.

Выводы. Таким образом, сравнительная оценка стоматологического статуса и местных факторов риска ГГ показывает, что у беременных женщин с ГГ состояние пародонта достоверно лучше, а факторы риска менее выражены, чем у небеременных с той же патологией. У женщин без ВЗП картина обратная – у небеременных состояние ПР лучше, чем у беременных. Следовательно, можно утверждать, что, с одной стороны, гестационные сдвиги в организме женщины приводят к быстрому снижению показателей гигиены ПР, а с другой – что гипертрофический гингивит на фоне беременности развивается при более высоком стоматологическом статусе, чем у небеременных женщин. При этом, несмотря на меньшую выраженность местных и общих факторов патогенеза ГГ, данное заболевание у беременных развивается до той же степени тяжести, что и у небеременных женщин из группы сравнения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яворская Е.С. Особенности клинического течения генерализованного пародонтита у больных нейросоматического профиля / Яворская Е.С., Антоненко М.Ю., Бешарова Т.К. // Стоматология: Респ. межвед. сб. - Вып. 25. - Киев, 1990. - С. 40-42.
2. Silk H., Douglass A.B., Douglass J.M., Silk L. Oral health during pregnancy//Am Fam Physician. - 2008. - Vol. 77. - №8. - P. 1139-1144.
3. Bobetsis Y.A., Barros S.P., Offenbacher S. Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications // Am Dent Assoc. 2006. Vol.137. Suppl. 2. P. 7S - 13S.
4. Усевич Т.Л. Терапевтическая стоматология: серия «Учебники, учебные пособия» / Т.Л. Усевич. - Ростов-н/Д.: Феникс, 2003. - 384 с.
5. Fede O.D. et al. Oral manifestations in patients with gastro- oesophageal reflux disease: a single-center case-control study // Oral Pathol Med. - 2008. - Vol.37. - №6. - P. 336-340.
6. Barak S., Oettinger-Barak O., Oettinger M. et al. Common oral manifestations during pregnancy: a review // Obstet Gynecol Surv. - 2003. - Vol. 58. - P. 624-628.