

**КЛИНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ
КАРИЕСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.
(ЭТАП 2, ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

В.С. БУЛГАКОВ, С.А. ТЕОДОРОВИЧ

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний РУДН Москва,
117198, ул. Михлухо-Маклая, д. 8 Медицинский факультет

Н.Н. НИКОЛАЕВ

Городская больница №8 г. Москвы, Москва, 127287,
4-ый Вятский переулок, д. 39

Проведено исследование 29 женщин с различным течением первого триместра беременности. Найдено, что скорость прироста интенсивности кариеса у женщин, применявших гестагенные препараты на ранних сроках беременности, увеличивалась в 1,83 раза меньше, чем у женщин с нормально протекавшим первым триместром беременности.

Влияние состояния организма на развитие кариозного процесса показано многими исследованиями. [1,2,3,7,8,10]. Беременность, являясь состоянием, при котором на большой период времени меняются многие константы организма, также, как указывают авторы, занимавшиеся исследованием кариеса у беременных, влияет на течение кариеса.[4,6,9].

Однако нами [5] было определено, что в некоторых случаях при беременности не наблюдается прироста интенсивности кариеса даже на поздних сроках беременности, по крайней мере это касается полостей, видимых при осмотре (участки очаговой деминерализации нами не рассматривались).

В данном исследовании, являющемся продолжением исследования кариеса у женщин с патологией беременности, мы продолжили поиск особенностей течения кариеса при беременности.

Материалы и методы.

Объект исследования: Первоначально было обследовано 65 женщин – пациенток отделения патологии беременных, госпитализированных с угрозой прерывания беременности или угрозой преждевременных родов на различных сроках.

Из всех обследованных женщин из этой части исследования (этап 2) были исключены пациентки, у которых было достоверно установлено отсутствие прироста кариеса при беременности [5], беременные в возрасте до 18 лет, со сроками беременности до 12 недель, 1 пациентка, проходящая ортодонтическое лечение с использованием брекетов, а также проходившие санацию полости рта уже в период беременности.

В результате отбора из всех первоначально обследованных (65 человек) для данной части исследования было отобрано 29 женщин с различным течением беременности. У женщин первой подгруппы (14 человек) беременность осложнялась угрозой прерывания на ранних сроках, что потребовало назначения им препаратов гестагенного ряда – утрожестан, дюфастон (далее в тексте – «группа Д»). На более поздних сроках беременности некоторым из них гестагенные препараты заменялись на дексаметазон в различные сроки разными по длительности курсами. У второй подгруппы пациенток (15 жен-

щин) угроза прерывания беременности возникала на значительно более поздних сроках, и перечисленные выше препараты гестагенного ряда на ранних сроках беременности им не назначались (далее в тексте – группа «контроль»).

Исследование проводилось путем осмотра зубов при помощи стоматологического зонда и зеркала при освещении бестеневой лампой, а также путем опроса пациенток. При осмотре фиксировалась зубная формула и затем определялся индекс КПУ. При опросе выяснялась дата последней санации полости рта, применение в период беременности различных препаратов, в том числе витаминов, и применяемая зубная паста. Паспортные данные, данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, а также данные о течении беременности до поступления в отделение патологии были нами взяты из историй болезни пациенток.

В данном исследовании мы применили обоснованную и разработанную нами методику определения индивидуального коэффициента прироста интенсивности кариеса, адаптированную применительно к беременным.

За «отправную точку» развития кариеса мы брали, как и описано в нашей методике, возраст 9 лет – это средний возраст между 6 годами (срок прорезывания первого постоянного моляра) и 12 годами (срок прорезывания второго постоянного моляра).

Поскольку нами в результате опроса пациенток устанавливалась приблизительная дата последней санации полости рта, весь период от 9 лет до момента нашего осмотра был поделен на 2 временных отрезка: 1-й – от 9 лет до даты последней санации, и 2-й – от даты последней санации до момента нашего осмотра, то есть на сроке беременности от 18 до 40 недель. Мы посчитали, что для определения тенденций развития кариеса такая точность достаточна. Кроме того, при исследованиях с беременными, согласно изученной нами литературе, большей точности не получается [10].

Затем нами для каждой пациентки на основании перечисленных выше данных был подсчитан ИКПИК1 – средняя скорость прироста интенсивности кариеса в первом периоде, которую мы рассматривали как характеристику течения кариеса у данной конкретной пациентки при отсутствии беременности. Для этого мы приняли сумму коэффициентов «П» и «У» на момент нашего осмотра за индекс КПУ, существовавший на момент последней санации. ИКПИК1 – скорость прироста интенсивности кариеса – была нами вычислена путем простого деления индекса КПУ на длительность первого периода.

Затем, исходя из полученных данных, используя математические методы, из индекса «К» в составе КПУ, мы выделяли количество кариозных полостей, которые можно отнести на период беременности. После этого определяли ИКПИК2 – скорость прироста интенсивности кариеса при беременности, и находили отношение ИКПИК2 к ИКПИК1 – коэффициент изменения прироста интенсивности кариеса (КИПИК) при беременности.

Мы сравнивали вычисленные по обоснованной и разработанной нами «Методике определения индивидуального коэффициента прироста интен-

сивности кариеса – ИКПИК» коэффициенты изменения прироста интенсивности кариеса (КИПИК) в зависимости от течения беременности, а также изучали зависимость КИПИК от срока беременности и от сопутствующей соматической патологии.

Результаты.

При исследовании всей группы (без деления на подгруппы) мы не нашли какой-либо выраженной зависимости КИПИК от срока беременности. Однако интересным был тот факт, что при близких значениях сроков беременности КИПИК практически всегда был выше в группе «контроль», чем в группе «Д».

Мы обнаружили, что в подгруппе «Д» среднее значение коэффициента изменения интенсивности прироста кариеса при беременности составляло $5,03 \pm 4,69$, а в подгруппе «контроль» (15 человек) – $9,23 \pm 4,28$, соотношение между подгруппами равно 1,83. При этом средний срок беременности и возраст женщин в подгруппах был практически одинаковым (32,07 и 30,53 недели соответственно). Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная таблица возрастов, сроков беременности и коэффициентов по подгруппам

Подгруппы	Средний возраст (лет)	Средний срок беременности (нед.)	Ср. значение КИПИК в группе
Подгруппа «Д»	27,43 г	32,07	$5,03 \pm 4,69$
Подгруппа «контроль»	28,2 г	30,53	$9,23 \pm 4,28$

Мы полагаем, что значительная величина стандартного отклонения КИПИК является следствием включения в подгруппы небольшого числа пациенток и может быть уменьшена в ходе более крупных исследований.

Интересным результатом исследования представляется характер распределения полученных значений КИПИК среди женщин двух подгрупп (в зависимости от течения первого триместра беременности), представленный в табл. 2 и рис.1.

Из таблицы распределения значений КИПИК и гистограммы следует, что в исследуемой группе (29 человек) более низкие значения коэффициента превышения были характерны для пациенток группы «Д», а более высокие – для группы «контроль».

Исходя из полученных результатов можно сделать вывод о том, что течение кариеса при беременности у пациенток двух выделенных нами групп имеет существенные различия, а именно – у пациенток, имевших в анамнезе угрозы прерывания беременности на ранних сроках, беременность влияет на активизацию кариозного процесса существенно меньше, чем у пациенток с нормально протекающим первым триместром беременности.

Таблица 2

Распределение значений КИПИК среди женщин с различным течением первого триместра беременности

КИПИК	Всего (n)	Подгруппа «Д» (n, %)	Подгруппа «контроль» (n, %)
0 – 5,4	13	9 чел (69)	4 чел (31)
5,4 – 10,8	7	2 чел (29)	5 чел (71)
10,8 – 16,2	9	3 чел (33)	6 чел (67)

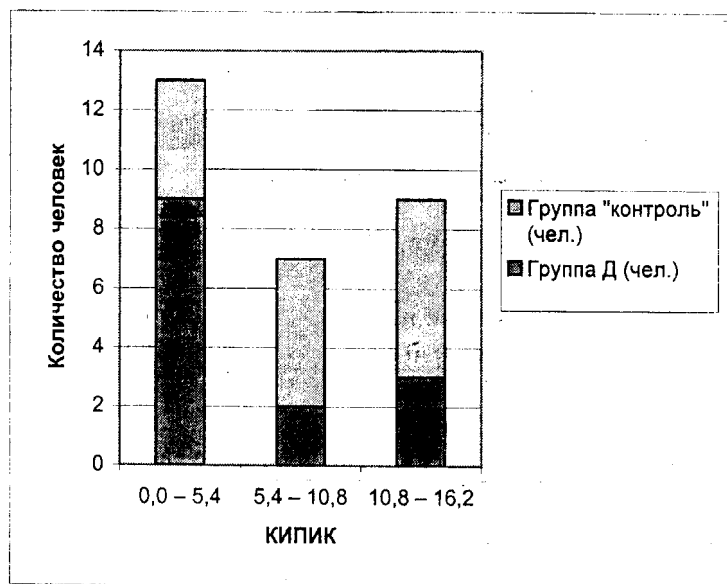


Рис.1. Гистограмма распределения значений КИПИК среди женщин с различным течением первого триместра беременности.

В рамках данного пилотного исследования нам не удалось выявить какой-либо зависимости между КИПИК и возрастом, а также между КИПИК и наличием соматической патологии. Возможно, такая связь существует, но может быть обнаружена лишь при обследовании больших групп беременных женщин.

Выводы.

1. У женщин, у которых течение беременности осложнялось угрозой прерывания на ранних сроках, и применялись гестагенные препараты, коэффициент изменения прироста интенсивности кариеса (КИПИК) был в среднем в 1,83 раза ниже, чем у женщин, у которых беременность на ранних сроках протекала нормально.

2. Исследование не выявило зависимости КИПИК от возраста беременной и соматической патологии.

Данное пилотное исследование продемонстрировало одну из возможностей применения разработанной нами методики определения индивидуального коэффициента прироста интенсивности кариеса.

Авторы благодарны зав. отд. патологии беременных ГБ №8 Кожаткиной М.А. и всем сотрудникам отделения патологии беременных ГБ№8 и служб больницы за помощь в организации и сборе материалов для исследования.

Литература

1. Боровский Е.В. Обмен кальция и фосфора в твёрдых тканях зуба при экспериментальном авитаминозе витамина В₁. Автореферат дисс. канд. мед наук. – М. 1953. – 34 с.
2. Боровский Е.В., Леус П.А., Кузьмина Э.М. Состав и свойства слюны в норме и при кариесе зубов. – Москва. 1980. – 43 с.
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М. 2001. – 303 с.
4. Борзова Н.Ю., Бригадир Н.А. Некоторые особенности изменений уровня кальция и фосфора в сыворотке крови при невынашивании беременности.// Прогнозирование и профилактика нарушений здоровья матери и ребёнка. – 1988, С.171-174
5. Булгаков В.С., Теодорович С.А. Некоторые результаты обследования состояния зубных тканей (индекса КПУ) у женщин с патологией беременности (Этап 1).//Вестник РУДН серия "Медицина". – 2004. - №1 (25). - С. 91-95
6. Касибина А.Ф. К патогенезу развития кариеса зубов при поздних токсикозах беременных.// Актуальные вопросы стоматологии. – 1994. – С. 99-102
7. Кошовская В.А., Юдина В.Г. Отдаленные результаты внедрения эндогенного метода профилактики кариеса зубов у дошкольников.// Материалы VII съезда стоматологов СССР. – 1989. - С. 297-298
8. Кузьмина Э.М. Исследование взаимосвязи кариеса с некоторыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Автореферат дисс. канд. мед. наук. – М. 1980. – 36 с.
9. Павловская О.А., Сапкина Т.И. Некоторые особенности иммунного статуса полости рта при нормальной протекающей беременности и токсикозе.// Пробл. нейростоматологии и стоматологии. – 1998. - №4. - С. 21-23
10. Руденко М.М. Зависимость течения кариеса зубов у школьников от ряда факторов риска.// Стоматология. – 1989. - №4. - С. 64-65

A CLINICAL-MATHEMATICAL STUDY OF TRENDS FOR CARIES DEVELOPMENT DURING PREGNANCY (STAGE 2, A PILOT STUDY)

V.S. BULGAKOV, S.A. TEODOROVICH

Department of Dental Diseases Propaedeutics.. RPFU. 117198, Moscow,
Miklukho-Maklaya st, 8. Medical faculty

N.N. NIKOLAEV

Municipal Hospital No.8, Moscow, 39, 4 Vyatskiy per., Moscow, 127287, Russia

A study of 29 women with various clinical courses of the first trimester of pregnancy was carried out. The rate of caries intensity increase is found to increase 1.83 times slower for women taking gestagenic preparations during early periods of pregnancy than for women with normal pregnancy during the first trimester.