

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗУБНЫХ ТКАНЕЙ (ИНДЕКСА КПУ) У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ЭТАП I)**В. С. БУЛГАКОВ, С. А. ТЕОДОРОВИЧ***Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний РУДН Москва, 117198,
ул. Михлухо-Маклая, д. 8. Медицинский факультет*

В отделении патологии беременности городской больницы № 8 было проведено исследование индекса КПУ у 65 женщин с угрозой прерывания беременности разных сроков. В результате выделена группа из 15 женщин, у которых при беременности достоверно отсутствовал прирост интенсивности кариеса. Таким образом показано, что у значительной части женщин беременность не влияет на прирост интенсивности кариеса, что может быть использовано при планировании профилактических мероприятий при беременности.

Обзор литературы показывает, что во взглядах специалистов на профилактику кариеса у женщин во время беременности имеются существенные разногласия. Ряд авторов не усматривает связи между кариесом и беременностью, в то время как другие имеют диаметрально противоположное мнение. Некоторые авторы пытались выделить группы риска, в которых прирост интенсивности кариеса максимален [2,3], другие [4] показали, что индекс КПУ растет с числом беременностей.

Исходя из данных, полученных при исследованиях, факт влияния беременности на течение кариеса не вызывает сомнений [1] в том смысле, что кариес при беременности всегда активизируется в большей или меньшей степени. Таким образом, утверждается факт негативного влияния беременности на течение кариеса.

Данное исследование было предпринято с целью установить, всегда ли при беременности происходит прирост интенсивности кариеса, или в каких-либо случаях этого не случается. Кроме того, мы решили еще раз проверить связь между значением индекса КПУ и числом доношенных беременностей.

Материал и методы.

Было обследовано 65 женщин – пациенток отделения патологии беременных в возрасте от 16 до 37 лет со сроком беременности на момент осмотра от 12 до 40 недель. Все пациентки были госпитализированы с угрозой прерывания беременности или угрозой преждевременных родов.

Отбор пациенток для исследования проводился по историям болезни. Основным критерием отбора в группу было отсутствие тяжелых системных заболеваний. Необходимо сразу отметить, что практически здоровых пациенток, не имеющих никаких установленных диагнозов, нами было выявлено лишь 7 человек.

Исследование проводилось путем осмотра зубов при помощи стоматологического зонда и зеркала при освещении бестеневой лампой, а также путем опроса пациенток. При осмотре в специально разработанной нами на кафедре «Карте профилактического осмотра полости рта беременной» 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 анамнеза, а также данные о течении беременности до поступления в отделение патологии были нами взяты из историй болезни пациенток.

Запланированная первоначально диагностика начальной деминерализации эмали методами прижизненного окрашивания была в ходе обследования отменена по причине выраженного негативного отношения ряда пациенток к такому виду диагностики.

Необходимо сразу отметить, что практически все женщины в исследуемой группе применяли различные витаминно-минеральные комплексы для беременных – «Прегнавит», «Витрум – пренатал – форте» и др. Поскольку этот фактор присутствовал практически у всех пациенток в отобранной нами группе, а данных в пользу избирательного

действия различных видов витаминных препаратов на беременных в литературе нами не найдено, мы не учитывали его при исследовании.

Результаты.

Нами была выделена группа женщин, у которых было достоверно установлено полное отсутствие прироста интенсивности кариеса во время беременности. Достоверность определялась тем, что на момент осмотра коэффициент "К" в индексе КПУ был равен нулю, а последняя санация проводилась или непосредственно перед беременностью, или в ранние сроки беременности (до 8 недель), или 1 – 1,5 года назад. В каждом случае достоверность оценивалась дополнительно индивидуально, и при сомнениях в достоверном отсутствии прироста интенсивности кариеса мы не относили пациентку к этой группе.

В результате такого отбора в нашем исследовании в эту группу попали 15 женщин. У этих 15 из 65 обследованных пациенток при анализе результатов осмотра и опроса было установлено отсутствие прироста интенсивности кариеса за период, прошедший с последней даты санации и включающий беременность.

Эта группа была нами изучена более подробно, а именно, мы пытались выявить у пациенток особенности индекса КПУ, его зависимость от возраста, различных заболеваний и особенностей течения беременности.

Индекс КПУ в этой группе пациенток имел следующие особенности:

- лиц с низким КПУ (до 8) - 8 человек (53,3 %)
- лиц со средним КПУ (9–17) - 3 человека (20 %)
- лиц с высоким КПУ (18–24) - 4 человека (26,7%)

Нам представляется, что возможной причиной отсутствия прироста интенсивности кариеса у лиц с низким КПУ могла стать резистентность зубов к кариесу, которая сохранялась у них и при беременности. У лиц же с высоким КПУ отсутствие прироста, возможно, было обусловлено тем, что большая часть подверженных кариесу участков зубов уже была запломбирована ранее.

Эти данные противоречат исследованиям, проведенным другими исследователями [2,3], согласно которым рекомендуется выделять беременных с низким индексом КПУ в группу риска по кариесу.

Возраст женщин, у которых в рамках этого исследования было достоверно установлено отсутствие кариеса, был от 18 до 30 лет, причем распределение по возрасту было достаточно равномерным.

Срок беременности женщин был от 22 до 40 недель, причем примерно половина пациенток этой группы находилась во 2-м триместре беременности (22 – 28 недель), остальные – в 3-м триместре (29 – 40 недель). Полученные данные представлены в табл. 1.

Нам не удалось установить какой-либо зависимости отсутствия прироста интенсивности кариеса при беременности от возраста беременной, т.е. в любом возрасте при беременности может не происходить прироста интенсивности кариеса.

При исследовании данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях нам не удалось выявить четкой связи индекса КПУ с наличием каких-либо соматических заболеваний у беременных с отсутствием прироста интенсивности кариеса.

Что касается характера течения беременности, нами было определено, что у 11 из 15 женщин выделенной группы беременность протекала нормально до даты осмотра, а именно, до срока 22–40 недель. У 4 из 15 женщин (№ 1,2,3,15) беременность протекала с угрозой прерывания на ранних сроках, что потребовало назначения гормональных препаратов гестагенного ряда.

Таким образом, нами было выявлено, что при беременности, протекающей с патологией, в 23 % случаев не было прироста интенсивности кариеса зубов, что несколько

Таблица 1.

Соотношение возраста, срока беременности и индекса КПУ у пациенток с отсутствием прироста интенсивности кариеса

№ п/п	Возраст, Лет	Срок беременности, недели	КПУ
1	18	35	4
2	19	25	8
3	20	29	0
4	21	24	12
5	21	30	3
6	23	27	1
7	23	40	6
8	24	22	19
9	26	33	13
10	27	23	2
11	27	29	7
12	27	30	24
13	30	23	19
14	30	23	19
15	30	28	9

противоречит данным отечественных исследователей проблемы, хотя необходимо отметить, что они, в основном, исследовали беременных с токсикозами [5].

Несмотря на то, что большинство осмотренных нами женщин не имели детей, нам все же удалось выделить небольшую группу пациенток, у которых дети были. Для сравнения мы взяли 2 группы женщин старше 30 лет. В одну группу мы относили женщин, имеющих детей, а во вторую – женщин без детей. Данные по индексу КПУ в 2 этих группах представлены в табл. 2 и 3.

Таблица 2.

Величина индекса КПУ у женщин, не имеющих детей

№ п/п	Возраст	КПУ
1	30	8
2	30	19
3	31	13
4	31	21
5	32	20
6	32	20
7	34	24
8	35	13
9	30	9
10	32	17
11	33	19
12	32	14
13	31	20

Примечание: среднее значение индекса КПУ в группе – $16,69 \pm 4,68$, средний возраст – 31,77 года

Таблица 3

Величина индекса КПУ у женщин, имеющих детей

№ п/п	Возраст	КПУ	Количество детей
1	30	5	1
2	31	22	2
3	32	21	2
4	32	22	1
5	32	17	1
6	33	14	1
9	33	11	3
8	35	24	1
7	37	13	1

Примечание: среднее значение индекса КПУ в группе – $16,56 \pm 5,94$, средний возраст – 32,78 года

Несмотря на небольшое число пациенток, из средних значений видно, что в двух выделенных группах разница индексов КПУ минимальна. Соответственно, можно сделать предположение, что беременность может отягощать течение кариеса, но в некоторых случаях этого не происходит, что подтверждает наши данные о возможном отсутствии связи между приростом интенсивности кариеса и беременностью.

Выводы

Таким образом, в исследованной нами группе беременных женщин в 23 % случаев нами не установлена связь между беременностью и приростом интенсивности кариеса. Поэтому мы считаем, что отсутствие прироста интенсивности кариеса является одним из вариантов течения этого патологического процесса при беременности. Контингент пациенток, у которых во время беременности отсутствует прирост интенсивности или вероятность такого прироста очень низка, требует, по нашему мнению, дальнейшего изучения с целью определения критериев для формирования группы беременных женщин, которых можно исключить из программы профилактики кариеса. В настоящем исследовании нам удалось выявить лишь некоторые особенности этой группы, а именно – 1) низкий КПУ (до 8), характеризующий резистентность организма к кариесу, и 2) нормальное течение беременности на ранних сроках. Мы полагаем, что при дальнейшем изучении могут быть обнаружены другие особенности пациенток с отсутствием прироста интенсивности кариеса.

Поскольку, согласно полученным нами данным, эта группа может составлять около 20% от всех беременных, за счет более индивидуализированного подхода к профилактике кариеса у беременных может быть достигнута значительная экономия временных и трудовых ресурсов.

Авторы благодарят за оказанное содействие в сборе материалов для исследования главного врача ГБ №8 Николаева Н.Н., зав. отд. Кожаткину М.А. и весь персонал отделения патологии беременных ГБ №8.

Литература

1. Булгаков В.С., Теодорович С.А. Современное состояние проблемы кариеса и его профилактики у беременных женщин в России». Научные труды 4-ой Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке», 23-25 мая 2003 года, Москва, 2003
2. Тармаева С.В. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности. Автореферат дисс. канд. мед. наук, Омск, 1989

3. Тармаева С.В., Никулин В.Н., Воронина Л.А., Чекмезова И.В. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе Западной Сибири. Сб. Актуальные вопросы материнства и детства. Иркутск. 1992

4. Скляр В.Е., Чумакова Ю.Г. Кариес зубов и болезни пародонта у беременных и обоснование методов их профилактики. // Вестник стоматологии. №1. 1995

5. Касибина А.Ф. К патогенезу развития кариеса зубов при поздних токсикозах беременных. Сб. Актуальные вопросы стоматологии, Волгоград, 1994

SOME RESULTS OF EXAMINATION OF DENTAL TISSUE CONDITION (DMFT INDEX) FOR WOMEN WITH PREGNANCY PATHOLOGIES. (STAGE 1)

V.S. BULGAKOV, S.A. TEODOROVICH

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

The DMFT indices were examined for 65 women with threats of miscarriage at various pregnancy durations. This resulted in separating a group of women who definitely had no caries intensity growth during pregnancy. Thus, it is shown that pregnancy does not affect caries intensity growth for a substantial part of women, which can be used while planning prophylactic measures during pregnancy.