

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

ЖАРКОВА О.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет»*

*кафедра стоматологии детского возраста и
челюстно-лицевой хирургии*

Резюме. С учетом проведенного анализа имеющихся современных исследований, в статье обобщены этиопатогенетические аспекты стоматологических заболеваний в период беременности, отражены факторы, оказывающие влияние на стоматологический статус беременных женщин. Описаны особенности клинического течения стоматологических заболеваний в зависимости от характера течения беременности. Представлены данные о распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта во время беременности. Приведена схема стоматологического обследования и диспансеризации беременных женщин. Предложена схема лечебно-профилактических мероприятий, составленная на основании обзора последних научных публикаций, предназначенная для улучшения стоматологического здоровья в период беременности и антенатальной профилактики кариеса зубов у детей с использованием эндогенных и экзогенных средств и методов профилактики и лечения.

Ключевые слова: стоматологический статус беременных, профилактика.

Abstract. According to the analysis of modern scientific researches the aetio-pathogenetical aspects of dental diseases at the pregnant women as well as the facts having influence status of pregnant women are summarized in the article. Also the peculiarities of dental diseases clinical process depending on the character of pregnancy are considered. The data about the caries prevalence and intensity and periodontal diseases during the pregnancy are given. The article demonstrates the scheme of dental check-up and clinical examination of pregnant women. The measures on prophylaxis dental diseases worked out according to the latest scientific publications are suggested.

Key words: dental status of pregnant women, prophylaxis.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии, моб. 8-0296-21-47-80. – Жаркова О.А.

Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется изменением уровня и структуры заболеваний полости рта. В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариесологии и в периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени [1, 2, 3, 4, 5, 6].

До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности. Стоматологический статус беременных женщин характеризует низкий уровень стоматологических знаний, отсутствие мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта.

Профилактика заболеваний, так же как и патогенетическая терапия, предполагает прежде всего знание их этиологии и патогенеза.

Гормональный статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний

Ряд учёных придерживается мнения о связи стоматологического статуса с гормональными сдвигами в организме беременных женщин [7, 8, 9].

К концу I триместра между организмами матери и плода устанавливается сложный обмен гормонов. Формирующаяся к этому времени плацента начинает продуцировать большое количество гормонов белковой и стероидной природы, в 10-100 раз превышающее суточную продукцию гормонов классическими эндокринными железами [9].

Такой резкий скачок уровня гормонов находит своё отражение и в полости рта, что может быть объяснено наличием высокоспецифичных эстрогенных рецепторов в культуре клеток костной ткани [10], в тканях маргинального периодонта, в мелких сосудах [11], либо влиянием половых гормонов на состояние десны через иммунную систему, которая претерпевает изменения на протяжении всего периода беременности.

М. Sooriyamoorthy [12] так описывают механизм влияния гормональных изменений на состояние десны: иммунная супрессия, увеличение экссудации, стимуляция костной резорбции и стимуляция синтетической активности фибробластов, влияние на состав микрофлоры. А.О. Ojanotko-Harri, М.Р. Harri с соавт. [13], исследуя метаболизм прогестерона, предположили, что он предупреждает развитие реакции немедленного типа (острое воспаление), но допускает нарастание хронического воспаления в тканях десны.

Несколько иного мнения придерживается А. Tsami-Pandi [14], расценивая влияние половых гормонов как моделирующее, делающее десну более чувствительной к воздействию местных раздражающих факторов.

Учёные амстердамского университета [7, 13] пришли к выводу, что по-

вышение уровня эстрогенов и прогестерона слизистой оболочки десен влияет на проницаемость сосудов и экссудацию вплоть до остановки микроциркуляции, ведет к увеличению образования простагландина E₂ слизистой оболочки, вызывает недостаточность солей фолиевой кислоты, снижает способность к кератинизации и клеточной регенерации, а, следовательно, изменяет барьерную функцию эпителия, чем и объясняется усиление клинических проявлений при гингивитах.

Meijer van Putten J. B. [15] отмечает усиление воспалительного процесса в десне, при котором имеет место физиологический сосудистый феномен (гиперемия и припухлость). Кроме того, эстроген и прогестерон изменяют микроокружение бактерий полости рта и содействуют их росту, а также являются причиной изменчивости их популяции. Это подтверждает данные китайских учёных С.С. Tsai, K.S. Chen [16], выявивших положительную корреляцию между уровнем прогестерона, беременностью, тяжестью гингивита и процентом пигментообразующих бактерий.

Иммунологический статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний

Во время беременности организмы матери и плода тесно связаны между собой и плацентой. Это допускает обмен клеток и обуславливает перестройку иммунокомпетентных органов беременности [4], функции которых выполняются преимущественно двумя типами клеток [17].

По мнению В.Н. Серова, Е.В. Жарова, О.И. Сускова [18] беременность относится к вторичным иммунодефицитным состояниям и характеризуется количественными и функциональными изменениями в Т- и В-системах иммунитета и неспецифических факторов защиты.

При исследовании клеточного иммунитета у женщин в I триместре физиологически протекающей беременности установлено снижение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня Т-хелперов и выраженная неспецифическая Т-клеточная супрессия. Кроме того, отмечается достоверное увеличение уровня иммуноглобулина G (IgG) и некоторое снижение иммуноглобулина А (IgA.), по сравнению со здоровыми небеременными женщинами [19, 20, 21].

Снижение количества Т-лимфоцитов в ранние сроки беременности, по-видимому, направлено на предотвращение реакций, связанных с отторжением генетически чужеродного плода. Падению уровня Т-лимфоцитов (субпопуляции Т-хелперов) до минимума предшествует пик содержания хорионического гонадотропина, оказывающего иммуносупрессивное действие [20, 21, 22].

При гестозах, развивающихся вследствие истощения нейроэндокринной системы, иммунных сдвигов в организме матери и плода, несостоятельности маточно-плацентарного барьера, генетического конфликта, осложняющих течение беременности, наблюдается общая Т-лимфопения, а также закономерное снижение количества активных Т- и В-лимфоцитов при нарастании тяжести позднего токсикоза [20, 23].

В защите организма от проникновения антигенов через слизистые оболочки большую автономную роль играет местный иммунитет, функцию которого выполняет комплекс неспецифических биологически активных веществ (лактоферрин, лизоцим, опсонины, интерферон, муцины, гликопротеиды секретов и др.), клеточный и секреторный иммунитет (Т-клетки, антитела) [24].

Изучением функциональных связей факторов резистентности полости рта, обеспечивающих эффективность барьерной функции, а также зависимости стоматологического уровня здоровья от местного иммунитета полости рта занимались многие учёные [23, 25, 26]. Высокая интенсивность кариеса зубов на фоне повышенного содержания sIgA и выраженного дефицита IgG и IgM в слюне, что характерно для острого течения кариеса, была отмечена А.И. Марченко, Г.Д. Овруцким с соавт. [27].

В то же время имеются сведения, указывающие на высокую интенсивность кариеса сопровождаемую снижением уровня sIgA. Существенное значение имеет гигиеническое состояние полости рта в момент обследования. При рациональном гигиеническом уходе за зубами, приводящем к значительному снижению индекса гигиены полости рта, уровень sIgA в слюне существенно повышается [27].

Кроме того, на интенсивность кариозного процесса оказывает влияние состояние противомикробной активности цельной крови [28].

Общесоматическая патология и ее влияние на стоматологический уровень здоровья у беременных женщин

При изучении механизма развития патологии тканей полости рта в период беременности большое значение имеет диагностика экстрагенитальных заболеваний.

Тяжёлые и длительно протекающие хронические заболевания матери оказывают неблагоприятное влияние на антенатальное и постнатальное развитие, являются серьёзными факторами риска в возникновении патологии молочных зубов у детей в возрасте до 3-х лет, так как под влиянием этих факторов нарушается формирование всех тканей будущего зуба, а также обызвествление эмали и дентина [29]. Это говорит о необходимости тесного сотрудничества интернистов и стоматологов на организменном уровне.

Стоматологическое здоровье будущего ребенка зависит от уровня здоровья беременной женщины. При применении современного оборудования у 75% беременных обнаружены те или иные нарушения здоровья. В первую очередь это болезни почек, частота которых при беременности увеличивается с 12% до 51%, сердечно-сосудистые – с 19% до 63%, а также железодефицитные анемии – с 17% до 65%. В группе женщин молодого возраста до 25 лет сопутствующие соматические заболевания обостряются у 60-80% беременных [30].

Согласно исследованиям, дефицит витаминов группы В у будущих мам составляет от 20% до 100%, аскорбиновой кислоты - 13-50%, каротиноидов (при относительно хорошей обеспеченности витамином D) - 25-94%. У 70-80% обследованных наблюдается дефицит трех и более витаминов, то есть гипови-

таминозные состояния [30]. Неполюценное питание беременной женщины может стать причиной формирования низкой кариесрезистентности тканей зуба и возникновения зубочелюстных аномалий плода [12]. Количественный и качественный состав продуктов питания, поступающих в организм, определяет, процессы минерализации и деминерализации, формирует стойкость или склонность к кариесу [31]. Среди сопутствующей патологии особую позицию занимают вирусные инфекции у беременных. Среди вирусных инфекций Ю.В. Лахтин [2] выделяет краснуху. При так называемом пренатальном синдроме краснухи у большинства детей встречаются недоразвитие эмали, высокая поражаемость зубов кариесом, задержка прорезывания, остроконечные резцы.

Факторы, оказывающие влияние на стоматологический статус беременных женщин

К факторам, оказывающим непосредственное или опосредованное влияние на структуру стоматологических заболеваний в период беременности относятся: демографические, социальные критерии, возраст, уровень образования, профессиональная принадлежность, срок и количество беременностей, общесоматическая патология, наследственность, наркотическая и алкогольная зависимость, прием лекарственных препаратов.

На риск возникновения кариеса влияют экстремальные факторы: радиационный фон, техногенное загрязнение, использование пестицидов и др. Кроме того, негативные изменения в состоянии здоровья беременных связаны с изменениями за последние годы социальных факторов – ухудшением условий жизни, питания, длительным эмоционально-психологическим напряжением [31].

С увеличением количества беременностей увеличивается интенсивность кариеса и воспалительных заболеваний периодонта. Было установлено, что при искусственном прерывании беременности на 8-12 неделях у женщин происходит увеличение прироста кариеса зубов за год в 2,4 раза по сравнению с небеременными. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у женщин, имевших две беременности и более, увеличивается в зависимости от возраста [30].

Клиническое течение стоматологических заболеваний во время беременности

При физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%, поражение ранее интактных зубов (с преобладанием острого течения кариозного процесса) – у 38% беременных пациенток. Значительно более тяжелое течение имеют поражения ротовой полости при гестозах беременности. При позднем гестозе распространенность кариеса увеличивается до 94% и интенсивность поражения зубов до 7,2-10,9. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних гестозах беременных, является острое течение, которое приводит в короткие сроки к развитию осложненного кариеса [6, 32].

При изучении пришеечного кариеса у беременных женщин Л.А. Аксамит

(1) установила повышение распространённости меловидных пятен с 23% на 7-9 неделях беременности до 63% к 9 месяцу, при этом интенсивность увеличилась на 4-5 зубов. И.Я. Бутане наблюдала высокую распространённость начального кариеса в виде очаговой деминерализации от 68,9 до 76,8%. Среднее число поражённых зубов колебалось от $1,74 \pm 1,14$ до $5,17 \pm 1,08$ на одну беременную.

Результаты ряда исследований показали, что распространённость кариеса временных зубов у детей, матери которых перенесли гестозы I и II половины беременности, составляет 76,5% и 74,3% при интенсивности поражения 5,5 и 5,2. В то же время у детей, которые родились при физиологическом течении беременности, эти показатели равняются 58,81% и 3,8. Распространённость кариеса постоянных зубов у детей, матери которых перенесли ранние гестозы, составляет 75,5% при интенсивности кариеса 3,9, поздние гестозы – соответственно 88,1% и 4,4 [33, 34].

Интерес представляют данные о состоянии периодонта в период беременности. У женщин уже на втором-третьем месяцах беременности при физиологическом течении беременности наблюдается так называемый гингивит беременных (от 45% до 63%). При гестозах II половины беременности заболевания периодонта достигают 100% случаев; значительно чаще встречаются тяжелые формы гингивита [35].

Первые клинические признаки гингивита беременных наиболее часто возникают на третьем (16,99%) - четвёртом (14,52%) месяцах беременности. В ходе беременности гингивит непрерывно прогрессирует и протекает подостро по типу разлитого катарального (54,57%) или гипертрофического (45,43%) воспаления и характеризуется ярко-красной окраской воспалённой десны, выраженной кровоточивостью и отёчностью пришеечной слизистой [35, 36]. Во II половине беременности наблюдается заметный сдвиг pH в кислую сторону и имеет значение pH на 0,64 ед. кислее, чем у небеременных. Наименьшие значения водородного показателя отмечены у женщин во II и III триместрах беременности, а также у женщин с токсикозом первой половины беременности. Концентрация водородных ионов в полости рта влияет на активность ферментов слюны, процессы минерализации и реминерализации эмали, микроциркуляцию, активность микрофлоры, специфическую и неспецифическую резистентность тканей полости рта [23, 32].

К наибольшей дестабилизации pH в полости рта ведёт метаболическое расщепление микрофлорой углеводсодержащих продуктов - так называемый метаболический взрыв. Пик этого взрыва приходится на места скопления микроорганизмов - зубной и язычный налёт. Наряду с пищевыми продуктами и микрофлорой на величину pH в полости рта влияет эффект разведения слюной, ионообмен в системах «ротовая жидкость - эмаль» и «ротовая жидкость - зубной налёт» и функциональная активность слюнных желёз [37].

Защелачивание слюны приводит к увеличению интенсивности кариеса (КПУ), ухудшению гигиенического состояния и усугубляет течение воспалительных процессов в тканях пародонта [32]. Это заставляет задуматься о способах и возможностях коррекции pH ротовой жидкости, как одного из методов

индивидуальной программы профилактики.

Стоматологическое обследование, лечение и профилактика стоматологических заболеваний в период беременности

Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта у беременных преследует двоякую цель: улучшить стоматологический статус женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов детей. Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний должны начинаться с момента первого появления женщины в женской консультации и организуются с учётом степени тяжести стоматологических заболеваний и течения беременности [38].

Стоматологическое обследование женщины рекомендуется проводить в 6-8, 16-18, 26-28 и 36-38 недель беременности; лечение и удаление разрушенных зубов - до беременности, если же этого не произошло, то в срок 3-6 месяцев. Согласно данным Х.М. Сайфуллиной [39] при диспансеризации беременные женщины посещают врача-стоматолога в зависимости от сроков: до 20 нед. - 1 раз в месяц; от 20 до 32 нед. - 2 раза месяц; после 32 нед. беременности - 3-4 раза в месяц.

При проведении лечебно-профилактических мероприятий должны учитываться активность кариеса зубов у беременной женщины, кариесогенная ситуация в полости рта, общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. Беременным женщинам назначаются профилактические средства системного (эндогенного) и местного (экзогенного) действия. Все назначения системного действия должны согласовываться с акушером-гинекологом и терапевтом.

На основании проведенного анализа современных литературных источников [23, 30, 32, 39, 40, 41, 42, 43] возможно предложение следующей схемы лечебно-профилактических мероприятий для беременных женщин:

I. Эндогенные лекарственные и безлекарственные лечебно-профилактические мероприятия:

А. Поливитамины с макро- и микроэлементами: витрум-пренатал, мульти-табс перинатал, прегнавит, теравит, элевит по 1 драже 1 раз в сутки в течение всего периода беременности

Б. Витаминные препараты: витамин Е, фолиевая кислота по 1 драже 3 раза в день.

В. Комплексы витаминов:

– Содержащие кальций: с 8 по 10 недели и с 32 по 34 недели (характеризующиеся наибольшим выходом кальция из материнского организма) кальций-Д3-никомед (кальция карбоната 1250 мг – эквивалентно 500 мг кальция, витамина D3 200 МЕ) или кальцемин (кальция 250 мг, витамина D – 50 МЕ, цинка 2 мг, меди и марганца по 0,5 мг, бора 500 мкг) по 1-2 таблетке в сутки, или кальций-седику по 1 пакетику в сутки, предварительно растворив в 0,5 стакана воды

– Содержащие йод: калия йодид по 1 таблетке 1 раз в день на курс 3 месяца или йодомарин 200 по 1 таблетке (200 мкг) в сутки 20-30 дней

- Содержащие железо: ферретаб по 1 капсуле в сутки 3-4 недели
- Аскорутин в I и III триместрах. В I триместре аскорутин назначают вместе с витамином Е и фолиевой кислотой по 1 таблетке 3 раза в день 1 месяц, в III – вместе с поливитаминами по 1 таблетке 2 раза в день 10-14 дней.

Г. Иммуномодуляторы. Иммуностимулирующие средства растительного происхождения: эхинацея пурпурная или иммунал по 1 таблетке 3-4 раза в день в течение 4-6 недель в I и 6-8 недель в III триместрах беременности.

Д. Соблюдение диеты и рационального режима питания.

II. Экзогенные лекарственные и безлекарственные лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в период беременности:

А. Рациональная гигиена полости рта. Контролируемая гигиена полости рта. Назначение дополнительных предметов и средств гигиены полости рта (эликсиры, ополаскиватели, флоссы, жевательная резинка). Аутомассаж, гидромассаж.

Б. Профессиональная гигиена полости рта не менее 3 раз в течение беременности.

В. Коррекция кислотно-щелочного баланса индивидуально подобранными средствами гигиены.

Г. Ротовые ванночки с отварами лекарственных трав (ромашка, зверобой, кора дуба, шалфей, календула) в теплом виде 2 раза в день после чистки зубов, при наличии кровоточивости десен - 3-4 раза в день. Длительность курса в I триместре - 10-15 процедур; во II и III триместрах 25-30 процедур либо 15 процедур 2 раза за триместр с интервалом 1 месяц.

Д. Курсы аппликаций 2-3% раствора ремодента, 5-10% раствора глюконата кальция, кальций-фосфатных гелей с последующей аппликацией фторсодержащих средств (лаки, гели, растворы, система глубокого фторирования) 3-5кратно в течение беременности.

Е. Активная и пассивная стоматологическая просветительная работа, направленная на формирование у беременных женщин мотивированного подхода к проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям.

Заключение:

1. Беременных женщин целесообразно включать в группу риска по развитию стоматологических заболеваний.

2. Основной причиной заболеваний полости рта беременных женщин следует считать микробный ландшафт ротовой полости, который имеет тенденцию изменяться под воздействием общих и местных факторов.

3. Ключевым моментом следует считать подбор стоматологом наиболее чувствительных и оптимальных диагностических критериев обследования, которые позволили бы максимально объективно оценить клиническую ситуацию в полости рта, учесть все факторы риска развития стоматологических заболеваний. Чрезвычайно важным является координированность в работе акушера-гинеколога и врача-стоматолога.

4. Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий профилактики стоматологических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска.

5. Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей.

Литература

1. Аксамит, Л.А. Значение зубного налета в возникновении пришеечного кариеса у беременных женщин / Л.А. Аксамит // Стоматология. – 1978. - №5. – С. 26-31.
2. Лахтин, Ю.В. Антенатальная профилактика кариеса / Ю.В. Лахтин // Фельдшер и акушерка. – 1990. - №4. – С. 28-30.
3. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2003. – 196 с.
4. Макаричева, А.Д. Иммунологические процессы и беременность / А.Д. Макаричева. – Новосибирск: Наука, 1979. – 212 с.
5. Laine, M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol. Scand. – 2002 Oct. – Vol. 60, N 5. – P. 257-264.
6. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: Материалы международной конференции. – Иркутск, 1992. – С. 106-107.
7. Абрахам-Инпайн, Л. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных. //Стоматология. – 1966. - №3. – С. 15-18.
8. Amar, S. Influence of hormonal variation on the periodontium in women / S. Amar, K.M. Chung // Periodontol. – 2000. – 1994. – Vol. 6. – P. 79-87.
9. Zachariasen, R.D. Pregnancy gingivitis / R.D. Zachariasen // J. Gt. Houst Dent Soc. – 1997 Oct. – Vol. 69, N3. – P. 10-12.
10. Association of estrogen receptordinucleotide repeat polymorphism with osteoporosis / M. Sano [et al.] // Biochem-Biophys-Res-Commun. – 1995 Dec. 5. – Vol. 217, N1. – P. 378-383.
11. Рецепторы эстрогенов в тканях маргинального пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / В.Н. Копейкин [и др.] // Стоматология. – 1995. – №4. – С. 13-15.
12. Sooriyamoorthy, M. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease / M. Sooriyamoorthy, D.B. Gower // J. Clin. Periodontol. – 1989. – Vol. 16, N4. – P. 201-208.
13. Ojanotko-Harri, A.O. Altered tissue metabolism of progesterone in preg-

nancy gingivitis and granuloma / A.O. Ojanotko-Harri // J. Clin. Periodontol. – 1991 Apr. – Vol. 18, N4. – P. 262-266.

14. Tsami-Pandi, A. Old and new aspects of gingivitis in pregnancy / A. Tsami-Pandi // Odontostomatol Proodos. – 1989 Jun. – Vol. 43, N3. – P.3 99-403.

15. Meijer van Puttern, J.B. Female hormones and oral health / J.B. Meijer van Puttern // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 1988 Nov. – Vol. 105, N11. – P. 416-418.

16. Tsai, C.C. A study on sex hormones in gingival crevicular fluid and black pigmented bacteria in subgingival plaque of pregnant women / C.C. Tsai, K.S. Chen // Gaoxiong Yi Xue Za Zhi. – 1995. – Vol. 11, N5. – P. 265-273.

17. Чернышов, В.П. Субпопуляция лимфоцитов, специфические белки беременности при физиологической ранней беременности и раннем спонтанном аборте неясного генеза / В.П. Чернышов, С.В. Теличкун // Иммунологические аспекты репродуктивного здоровья. – ВОЗ. ТОО «Гендальф». – М., 1995. – С. 164-169.

18. Серов, В.Н. Состояние иммунной системы у женщин перед родоразрешением / В.Н. Серов, Е.В. Жаров, О.И. Сусков // Вопр. охраны материнства. – 1986. – №12. – С. 34-37.

19. Дашкевич, В.Е. Взаимосвязь показателей иммунологической реактивности, гормонального баланса и липидного обмена во время беременности у здоровых женщин / В.Е. Дашкевич, И.Ю. Гордиенко, Л.И. Тутченко // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 65-67.

20. Изменение показателей иммунной и протезно-ингибиторной систем при физиологической беременности / В.Н. Запорожан [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1992. – №8-12. – С. 8-11.

21. Некоторые показатели клеточного иммунитета при неосложненной беременности и при угрозе невынашивания / Л.В. Тимошенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 27-29.

22. Иммунологические изменения в организме рожениц при различных видах родовой деятельности / П. Варга [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С. 45-47.

23. 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.

24. Литовская, А.В. Состояние местного иммунитета у населения регионов размещения предприятий микробиологической и химической промышленности / А.В. Литовская, И.В. Егорова, Н.И. Толкачева // Гигиена и санитария. – 1998. - №5. – С. 52-54.

25. Кочетова, Л.И. Иммунный статус у детей с различной интенсивностью кариеса / Л.И. Кочетова, Б.А. Шиф, И.К. Цебере // Стоматология. – 1989. – №3. – С. 60-63.

26. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy. A study of dental health education in pregnancy / E. Goepel [et al.] // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1991 Mar. – Vol. 51, N3. – P. 231-235.

27. Овруцкий, Г.Д. Иммунология кариеса зубов / Г.Д. Овруцкий, А.И.

Марченко, Н.А. Зелинская. – Киев: Здоровье, 1991. – 96 с.

28. Юденкова, С.Н. Роль генетического фактора в формировании уровня противомикробной активности крови и возникновении кариеса зубов у детей / С.Н. Юденкова // Стоматология. – 1987. - №4. – С. 60-61.

29. Морфологические изменения зачатков временных зубов при отягощенном течении антенатального периода / Н.И. Бубнова [и др.] // Стоматология. – 1994. – №3. – С. 60-62.

30. Носова, В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам / В.Ф. Носова, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2001. - №3. – С. 46-49.

31. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов [и др.]. – М.: Мед. книга, 2001. – 344 с.

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

33. Епідеміологічний аналіз стану ендокринної системи вагітних жінок, що мешкають у різних екологічних умовах / О.А. Мілютін [та ін.] // Український радіологічний журнал. – 1999. - №7. – С. 210-211.

34. Alterations or separate indicators of endocrine status in pregnant women that reside in the regions contaminated by radionuclides / A. Milyutin [et al.] // Womens health: Occupation, Cancer&Reproduction. – 1998. – May 14-16. – P. 89.

35. Львова, Л.В. Эти разные, разные, разные гингивиты / Л. Львова // Стоматолог. – 2001. - №5. – С. 4-9.

36. Гноевая, Л.В. Анализ влияния беременности на показатели состояния пародонта / Л.В. Гноевая, Н.В. Мельников // Медицинский реферативный журнал. – XII раздел. – 1987. - №6. – С. 11.

37. Изменение структурных свойств слюны при изменении pH / В.К. Леонтьев [и др.] // Стоматология. – 1999. – №2. – С. 22-24.

38. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / Э.М. Кузьмина и др. М.: ММСИ, 1997. – 136 с.

39. Сайфуллина, Х.М. Кариес зубов у детей и подростков: Учебное пособие / Х.М. Сайфуллина. – М.: МЕДпресс, 2000. – 96 с.

40. Дурдыниязов, М.К. Социально-гигиенические аспекты стоматологической заболеваемости у многорожавших женщин / М.К. Дурдыниязов, А.В. Алимский // Стоматология. – 1993. - №1. – С. 60-65.

41. Лукиных, Л.М. Кариес зубов (этиология, клиника, лечение, профилактика) / Л.М. Лукиных, С.И. Гажва, Л.Н. Казарина. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 129 с.

42. Покровский, М.Ю. Уровень санитарно-гигиенических знаний по уходу за полостью рта у беременных женщин / М.Ю. Покровский // Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – №1. – С. 144-147.

43. Bratschko, R.O. Dental treatment in pregnancy / R.O. Bratschko, W. Carrelliere // Osterr. Z. Stomatol. – 1979 Sep. – Vol. 76, N9. – P. 312-316.