

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат: «Особенности стоматологического приема беременных»

Выполнил: клинический ординатор 2-го года обучения

Специальность: стоматология общей практики

Калинина Е. Н.

Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Тарасова Н.В.

Красноярск 2018 г.

Беременные и кормящие пациентки на стоматологическом приеме представляют особую группу риска в связи с необычной психофизиологической сущностью этих периодов жизни женщин.

Потребность в стоматологической помощи при беременности обусловлена несколькими обстоятельствами:

необходимостью плановой санации ротовой полости с целью сохранности общего здоровья матери и, тем самым, создания наиболее благоприятных условий для развития плода;

обращаемостью в связи со значительными изменениями в полости рта женщины, характерными для периода беременности и кормления;

возможностью обострения имевшихся ранее хронических одонтогенных очагов инфекции.

При физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет $91,4 \pm 0,7$ %, заболевания тканей пародонта встречаются в 90 % случаев, поражение ранее интактных зубов (с преимущественным острым течением кариозного процесса) - у 38 % беременных пациенток.

У половины беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при нормальном течении уже на 2-3 месяце беременности. Со второй половины беременности патологический процесс становится более выраженным и чаще протекает по типу диффузного катарального или гипертрофического гингивита, нередко появляются полипозные разрастания десны, эпюлиды. По мере развития беременности пародонтопатии непрерывно прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина улучшается. В отдаленные сроки (до 8 лет) гингивиты, возникшие во время беременности, приобретают хроническое течение.

Значительно более тяжело протекают поражения ротовой полости при токсикозах беременности. Так, например, при позднем токсикозе распространенность кариеса увеличивается до $94,0 \pm 1,2$ % (причем интенсивность поражения зависит от тяжести течения токсикоза). Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали встречается у 79 % беременных. При этом интенсивность прироста кариеса составляет 0,83.

Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних токсикозах беременных, является острое течение, быстрое распространение не только по периферии, но и в глубину - к пульпе зуба, что приводит в короткие сроки к развитию осложненного кариеса. При токсикозах второй половины беременности поражение тканей пародонта достигает 100 % случаев, значительно чаще выявляются тяжелые формы гингивита. Причем, хирургическое удаление разрастаний десны во время беременности не дает желаемого эффекта, так как вскоре наступает рецидив.

Нередко у беременных женщин, особенно при ранних и поздних токсикозах, определяется повышенная чувствительность интактных зубов к химическим, термическим и механическим раздражителям, а также некариозные поражения в виде клиновидных дефектов и вертикальной патологической стираемости зубов.

Слизистая оболочка полости рта легко ранима, кровоточит при малейшем прикосновении, что затрудняет некоторые этапы протезирования. У беременной женщины на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма скрытые одонтогенные очаги инфекции могут привести к серьезным осложнениям в результате обострения воспалительного процесса.

Состояние ротовой полости в период беременности в некоторой степени может определять качество послеродового периода. Так, например, при изучении причин послеродовых заболеваний было установлено, что у 10 % оно связано, главным образом, с заболеваниями зубов и слизистой оболочки полости рта, в то время как у родильниц с интактной и санированной полостью рта не установлено осложненного течения

послеродового периода.

Состояние здоровья беременной, оказывает влияние на антенатальные процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка, поэтому лечение и профилактика кариеса у беременной женщины является антенатальной профилактикой кариеса зубов будущего ребенка. Справедливо мнение академика Рыбакова А.И. (1968): "Забота о здоровых зубах человека должна начинаться с заботы о правильном его внутриутробном развитии, когда формируются все органы. Здоровье будущей матери - залог здоровья будущего ребенка". В настоящее время известны сроки повышенного риска возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта, а также возрастания интенсивности кариеса зубов у беременных. Наибольшая выраженность воспалительных явлений в тканях пародонта встречается во II триместре беременности, а критическое нарастание кариесогенной ситуации в ротовой полости - в III триместре, что не только определяет оптимальные сроки стоматологических осмотров в течение беременности и послеродового периода, но и дифференцированность подхода к программам профилактики и лечения, наиболее значимых для данного периода беременности заболеваний ротовой полости.

Как правило, отмечается зависимость показателей стоматологической заболеваемости от возраста женщины, срока и характера течения беременности, количества предшествовавших беременностей, закончившихся родами. Как видно из краткого обзора исследований последних десятилетий, необходимость в обращении беременных женщин за стоматологической помощью достаточно велика. Так, потребность в терапевтической помощи возникает у 94,7%, в ортопедической - у 56,1% беременных женщин, экстренные хирургические вмешательства выполняются у 2,2 % от общего числа беременных.

Закономерные для беременности изменения психофизиологического состояния женщины представляют колоссальную нагрузку на её организм, и любое вмешательство, особенно связанное с эмоциональным воздействием, болью, травмой тканей, использованием медикаментозных средств, может послужить поводом для нарушений в состоянии здоровья матери, развитии плода и новорожденного, а также прерывания беременности. В чем же заключаются основные причины возможного негативного влияния стоматологического лечения у беременных женщин?

Факторы стоматологического вмешательства, неблагоприятные для беременной пациентки:

- психоэмоциональный стресс, обусловленный самим визитом к стоматологу, ожиданием боли, наличием боли при стоматологическом заболевании и (или) лечении;
- горизонтальное положение в стоматологическом кресле, особенно на более поздних стадиях беременности;
- длительность проводимой стоматологической процедуры;
- использование медикаментозных средств в процессе стоматологического лечения (местные анестетики, транквилизаторы, нестероидные противовоспалительные препараты, системное использование антибактериальных средств и др.).

По характеру неблагоприятного исхода факторы стоматологического вмешательства можно подразделить на:

- представляющие угрозу для здоровья беременной женщины;
- представляющие угрозу развития неотложного состояния у беременной и (или) кормящей на стоматологическом приеме;
- представляющие угрозу для здоровья плода или новорожденного;
- снижающие гарантии лечебного успеха стоматологического лечения, проведенного пациентке во время беременности или периода лактации.

Физиологическое течение беременности предъявляет к женскому организму повышенные требования. Наличие же сопутствующей патологии еще больше усугубляет течение беременности и предрасполагает женский организм к неадекватному ответу на

стоматологическое вмешательство.

Беременность сопровождается физиологическими системными и органными изменениями, большая часть, из которых исчезает после родов. Несмотря на то, что этим изменениям подвержены все системы и органы беременной и (или) кормящей пациентки, для врача-стоматолога на приеме клинически значимы изменения со стороны нескольких систем: сердечно-сосудистой, почек, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, а также психики.

Стоматологу важно знать, что у беременной пациентки:

1. после 6-й недели беременности изменен тип кровообращения на гипердинамический, что клинически может проявиться увеличением частоты пульса и его наполнения;
2. нередко снижено артериальное давление (АД) во II-м триместре беременности с увеличенным, пульсовым давлением при нормальном течении беременности;
3. могут быть нарушения сердечного ритма в виде экстрасистол;
4. возможно повышение АД во II-м и III-м триместрах, как проявление артериальной гипертензии 2-ой половины беременности.

Клинически эти изменения в условиях стоматологического приема могут привести к:

1. появлению сердечно-легочной недостаточности в связи с неадекватным увеличением сердечного выброса, частоты сердечных сокращений, потреблением кислорода и минутного объема дыхания в ответ на психоэмоциональную и физическую нагрузки (горизонтальное положение пациентки в кресле с изменением условий гемодинамики и увеличением преднагрузки на сердце);
2. повышенному риску синкопальных состояний (обмороки как проявление симптоматических ортостатических коллапсов);
3. появлению нарушений, сердечного ритма в виде экстрасистол (как правило, не требующих медикаментозного лечения);
4. повышенному риску артериальных гипертензий второй половины беременности вплоть до эклампсий.

Функция почек в период беременности особенно чувствительна к изменениям положения тела. Она усиливается в положении беременной лежа и в положении на боку, (появляются позывы на мочеиспускание). При сроке 30-32 недель у 10% женщин в горизонтальном положении на жестком основании, например, на стоматологическом кресле, развивается синдром, сдавления нижней полой вены. Увеличенная матка, сдавливая нижнюю полую вену, уменьшает приток крови к сердцу, что приводит к повышению периферического сопротивления, падению АД и ухудшению маточно-плацентарного кровотока. Особенно выражен этот синдром при осложненных формах беременности и артериальной гипотонии.

Повышение внутрибрюшного давления в сочетании с расслаблением гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта приводит к появлению и усугублению гастроэзофагально рефлюксной болезни, что клинически проявляется изжогой, тошнотой, рвотой, иногда болями за грудиной.

Горизонтальное положение провоцирует появление этой симптоматики. Поэтому, учитывая изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и почек, в работе с беременной следует предусмотреть, только полусидячее положение пациентки в стоматологическом кресле!

Во время беременности изменяется функция большинства желез внутренней секреции. Повышение функции щитовидной железы проявится в виде следующих симптомов: тахикардии, приступов сердцебиения, повышенного потоотделения, эмоциональной неустойчивости.

Наблюдаются нарушения в обмене глюкозы, и увеличение потребности в инсулине. Беременность служит метаболическим нагрузочным тестом на наличие сахарного диабета (СД): у женщин, не выдержавших нагрузку, развивается диабет беременных; при этом

возможно как ожирение, гиперинсулинемия и резистентность к инсулину, так и относительная недостаточность инсулина при малой массе тела. При развитии беременности на фоне уже имеющегося СД, независимо от типа (инсулинозависимый или инсулинонезависимый) всегда имеется потребность в инсулине. Причем, введение инсулина продолжается и после родов в период кормления грудью, так как высок риск развития гипогликемии. У женщин с инсулинозависимым СД (I типа) возможно развитие гипогликемической комы без продромальных признаков.

Для стоматолога важно знать, что:

1. беременность может выявить или усугубить течение имеющегося СД;
2. любой тип СД требует коррекции инсулином как в период беременности, так и в период кормления грудью;
3. у пациенток с СД I типа в период беременности и кормления высок риск развития на стоматологическом приеме гипогликемической комы без продромального периода.

Хорошо известен тот факт, что беременность ярко выявляет лиц с неустойчивой реактивностью, организм которых не обладает способностью быстро и стойко выравнять изменения, происшедшие нем в результате внешних и внутренних раздражителей, а после устранения их быстро возвращаться, к исходному состоянию. Среди беременных женщин с неустойчивой реактивностью выделяются две группы лиц: с преобладанием возбудительного процесса над тормозным или превалированием тормозного процесса. В первом случае ярко выражены эмотивные процессы, во втором - превалируют влияния второй сигнальной системы, нередко навязчивые идеи и сомнения. В связи с тем, что эти женщины могут быть мрачно настроены в отношении исхода имеющейся беременности и предстоящих родов; в работе стоматолога могут встретиться проблемы с использованием определенных технологий, медикаментозной терапии, способов анестезии. Разъяснительная беседа с хорошей доказательной базой в отношении не только безопасности предлагаемого лечения, но и целесообразности проведения его как в интересах самой матери, так и будущего ребенка, должны быть использованы в работе стоматолога!

Среди пациенток с неустойчивой реактивностью встречаются лица, которые на некоторые обычные раздражители отвечают парадоксальной реакцией. Работами С.А. Рабиновича с соавт. (2000) показано достоверное преобладание активно отрицательных эмоций над активно положительными эмоциями у беременных на стоматологическом приеме. Пороги боли у беременных имеют меньший уровень болевой чувствительности, чем у небеременных женщин.

Сообразно запросам развивающегося плодного яйца (плода) на протяжении всего срока беременности выявлены определенные закономерности в перестройке функций центральной нервной системы. Значимо влияние тормозных процессов, осуществляемых с помощью нервных механизмов. Однако на протяжении беременности отмечаются два "критических момента", в течение которых изменяются нормальные физиологические соотношения между деятельностью мозга и матки (П.П. Лазарев, И.И. Яковлев, 1971):

1. в начале беременности (12-14 недель);
2. в конце её (последняя неделя до ожидаемых родов). Оба эти периода характеризуются особенно резким повышением

рефлекторной возбудимости матки. Благодаря этому даже самые незначительные по силе раздражения как внутренние, так и внешние, могут изменить состояние тонуса беременной матки, обусловить её сокращения, а в конечном итоге привести к наступлению выкидыша или преждевременных родов. По мнению И.И.Яковлева (1971), уравновешенность нервно-психического состояния женщины и наличие у неё положительного отношения к имеющейся беременности определяет успех её сохранения. С другой стороны, "травма словом" в подобных случаях, с какой бы стороны она не исходила, может привести к нарушению исхода беременности.

Известно, что при проведении различных стоматологических вмешательств достоверно

увеличивается количество выкидышей: в I триместре - 9,6 % против 5 % в контрольной группе, во II триместре - 2,6 % и 1,4 %, соответственно.

Самопроизвольный выкидыш чаще наблюдается у повторнобеременных, многорожавших женщин, в возрасте 25 лет и старше, имеющих отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, чаще в ранние сроки беременности (в пределах 12-15 недель). Планируя те или иные стоматологические вмешательства у беременной женщины, стоматолог должен знать, что характер репаративных процессов, ремоделирования костных структур челюстей и антибактериальной защиты существенно отличаются от общепризнанной нормы. Это объясняется, что, во-первых, при беременности развивается отрицательный баланс железа, в наибольшей степени обусловленный возрастанием потребности в связи с наличием плода и плаценты, а у кормящих - расходом железа при кормлении. Во-вторых, в период беременности развивается дефицит кальция, особенно при первой беременности, не имеющий фатального значения в плане развития остеопении или остеопороза в дальнейшем, но отчетливо сказывающийся на состоянии твердых тканей зубов матери и процессов ремоделирования при нарушении целостности костных структур челюстей. И, наконец, в-третьих, иммунный статус беременных женщин отличается снижением числа и функций Т- и В-лимфоцитов. Наблюдается увеличение содержания и активности Т-супрессоров, что необходимо для подавления иммунного , ответа на аллоантигены плода. Умеренная степень антигенной чужеродности матери и плода необходима для контролируемого конфликта между ними, запускающего процесс образования плаценты. На границе тканей матери и эмбриона протекают анафилактические реакции, приводящие к образованию микротромбов, экранирующих эмбриональные антигены от иммунной системы матери.

Чувствительность беременных к лекарственным препаратам отличается от чувствительности к ним небеременных женщин. У беременных возможно развитие анафилактического шока и лекарственной интоксикации в таких ситуациях, в которых у небеременных женщин они могут и не возникнуть. Следует считать , что беременная женщина находится в предшоковом состоянии , поэтому физиологические изменения в гемодинамике и гормональном статусе , а также усиленный метаболизм могут вызвать развитие у нее гиперчувствительности к лекарственным препаратам.

Изменения психо-физиологического статуса, различных видов гомеостаза (иммунного, гормонального, метаболического, обмена кальция и железа и др.) по мере развития беременности, а также в раннем послеродовом периоде действительно делают женщину уязвимой для проявления негативного воздействия, в том числе – стоматологического.

Список используемой литературы:

1. Консультант врача. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, - 385 с. - Режим доступа: [http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=&res_id=26350](http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=26350)
2. Николаев, А. И. Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : Медпресс-информ, 2010. - 928 с.
3. Максимовский Ю. М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011- 298 с.
4. Терапевтическая стоматология : учеб. для мед. вузов / ред. Е. В. Боровский. - М. : Мед. информ. агентство, 2011. - 840 с.
5. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]: нац. рук./гл. ред. Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888с.-
Режим доступа: [https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=51240](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=51240)
6. Салова А.В., Рехачев В. М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: Практическое руководство. – СПб.: Человек, 2008.- 160 с.
7. Пропедевтическая стоматология: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. Э.А.Базикина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 768с.
8. Терапевтическая стоматология: учебник. В 3 ч. Ч. 1. Болезни зубов / ред. Е. А. Волков, О. О. Янушевич. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с.
9. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология : учебник - РнД : Феникс, 2008. -508 с.
10. Максимовский Ю. М. Кариес зубов : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, Т.В. Ульянова, В. М. Гринин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 377 с.
11. Клиническая и практическая стоматология : справочник / Рудольф Вальтер Отт, Ханс-Петер Вольмер, Вольфганг Е. Круг ; пер. с нем. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 640 с.