



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45254 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ГРУП У ВАГІТНИХ ЖІНОК

1

2

(21) u200908979

(22) 31.08.2009

(24) 26.10.2009

(46) 26.10.2009, Бюл.№ 20, 2009 р.

(72) ЯКУБОВА ІНЕССА ІГОРІВНА, КРИЖАЛКО
ОКСАНА ВАСИЛІВНА

(73) ЯКУБОВА ІНЕССА ІГОРІВНА, КРИЖАЛКО
ОКСАНА ВАСИЛІВНА

(57) Спосіб формування стоматологічних груп у вагітних жінок, що включає проведення обстеження, заповнення документації та розподіл на групи, який **відрізняється** тим, що після обстеження вагітних жінок розподіляють в наступні диспансерні

групи: I - жінки з фізіологічним перебігом вагітності або раннім токсикозом (КПВ не більше 5 зубів, інтактний пародонт), II - жінки з фізіологічним перебігом вагітності або з раннім токсикозом (КПВ більше 5 зубів і/або патологія пародонта), III - жінки з гестозом вагітності і/або з екстрагенітальною патологією, потім складають план-графік і проводять диспансерне спостереження вагітних за наступною схемою: 1 раз в три місяці для жінок I групи, 2 рази - для II і III груп, в другому триместрі - 1 раз в три місяці для I групи, 2 рази - для II і III груп, в третьому триместрі - 1 раз в три місяці для I і II груп, 2 рази - для III групи.

Корисна модель, що заявляється, наліжить до медицини, а саме до терапевтичної стоматології, і може бути використана для профілактики стоматологічних захворювань у вагітних жінок.

Вагітність є дуже важливим періодом для формування стоматологічного здоров'я майбутньої дитини і збереження його у вагітної жінки. На основі особливостей перебігу вагітності і розвитку плоду виділяють три періоди - триместри. Першим триместром вагітності вважається проміжок часу від зачаття до кінця 16 тижня вагітності (гестаційний вік) (1). Цей період є найбільш критичним, коли ембріон найбільш сприйнятливий до дії будь-яких чинників, здатних вплинути на його розвиток. Надається лише невідкладна стоматологічна допомога вагітній жінці. Другий триместр триває з 17 по 31 тиждень вагітності. Цей період характеризується найбільш стабільними показниками гемодинаміки, тому саме у цей час рекомендується проводити необхідні стоматологічні втручання. Третій - з 32 тижня до пологів. Також вважається складним період відносно надання планової стоматологічної допомоги (2).

Внутрішньоутробний період є найважливішим у формуванні зубощелепної системи. Перші ознаки розвитку тимчасових зубів у людини визначаються на 6-7 тижні ембріогенезу. Під час вагітності відбувається закладка усіх тимчасових та 16 постійних зубів. Від того, як буде закладена білкова матриця, залежатиме повноцінність формування

структури зуба. Також розпочинається первинна мінералізація тимчасових зубів з 13 тижня ембріонального розвитку та перших постійних молярів з 9 місяця внутрішньоутробного розвитку (3).

Перші клінічні ознаки патології зубощелепної системи виникають на 1-4 місяцях вагітності, що зумовлено процесами адаптації організму до нових умов функціонування. Так, на 3-4 місяцях вагітності у більшості вагітних жінок виявлено патологію пародонта, подальший перебіг якої залежав від терміну вагітності.

Клінічна форма і ступінь тяжкості запальних захворювань пародонта у вагітних залежить від віку жінки, терміну і характеру перебігу вагітності, кількості вагітностей, які закінчилися пологами.

При гінгівіті вагітних розрізняють запалення ясен, яке або вперше виникає під час вагітності, або загострюється під час вагітності (4). У половини майбутніх мам при фізіологічному перебігу вагітності діагностуються ознаки катарального гінгівіту легкого ступеня тяжкості вже на 2-3 місяці вагітності (1, 2).

Якщо серозне запалення ясен виникло до вагітності, то в I триместрі спостерігається загострення процесу і діагностується середній ступінь тяжкості гінгівіту. У жінок, що мали в анамнезі хронічний катаральний гінгівіт і двоє - троє пологів, в 23,3% випадків розвивається пародонтит. При гестозах II половини вагітності захворювання пародонту досягає 100% випадків; значно частіше

(19) UA (11) 45254 (13) U

зустрічаються важкі форми гінгівіту (5). Потреба в терапевтичній допомозі виникає у 94,7% вагітних жінок.

В I триместрі вагітності можливий розвиток карієсу зубів, чому сприяє наявність карієсогенної ситуації в порожнині рота і фізіологічне підкислення ротової рідини під час вагітності (1, 6). Вагітність, ускладнена карієсом, розглядається як своєрідна форма токсикозу вагітних разом з остеомалією кісток. Демінералізацію емалі спостерігали у 29% жінок з терміном вагітності 4-12 тижнів, в кінці вагітності цю патологію діагностували у 64% жінок (7). Друга половина вагітності супроводжується наростанням не тільки частоти, а й тяжкості ураження зубів карієсом, виявили перші клінічні ознаки початкового карієсу на 6-7 місяцях вагітності, тобто в період інтенсивної мінералізації тимчасових зубів та скелету плода.

На жаль, не завжди вагітність має фізіологічний перебіг. Ускладнення гестаційного періоду спостерігаються у 94,3% вагітних (8). Результати ряду досліджень показали, що поширеність карієсу молочних зубів у дітей, матері яких перенесли ранній токсикоз вагітності, складає 76,45% при інтенсивності ураження 5,46 зуба. В той час, у дітей, які народилися в результаті фізіологічного перебігу вагітності, ці показники дорівнюють 58,79% і 3,77 зуба (9, 10).

На формування стоматологічного здоров'я жінки та майбутньої дитини також впливають соматичні захворювання у жінок під час вагітності.

Більше 100 етіологічних чинників (анемії, захворювання серця, нирок, сечової системи, вроджений сифіліс, діабет, стреси та ін.) приводять до формування дефектів емалі (11). Частота захворювань сечостатевої системи, що ускладнюють перебіг вагітності, за останні 10 років збільшилася в 3 рази (з 5,9 до 18,6%), анемії - в 3,3 рази (з 12,8 до 42,7%) (12). Вплив хронічних захворювань матері на виникнення карієсу у дітей описаний різними авторами (10, 12.). Так, у трирічних дітей, які народилися від матерів з гіпертонією, поширеність карієсу молочних зубів складала 52,0% (кп=5,07), з нефропатією - 42,0% (кп=5,91), з ревматизмом - 53,0% (кп=4,39).

З іншого боку різні захворювання ротової порожнини пагубно впливають на організм вагітних. Патологія зубів і пародонту є хроніосептичним вогнищем, з яких мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності розповсюджуються по всьому організму, викликаючи ускладнення вагітності. Зокрема, у вагітних, хворих на тиреотоксикоз, спостерігається ураження твердих тканин, шийок зубів.

Аналіз отриманих даних про вплив вагітності на перебіг основних стоматологічних захворювань дає можливість висловити припущення, що у жінок під час вагітності спостерігається 2 періоди підвищеного виникнення патології ротової порожнини. Перший період спостерігається на 2-4 місяцях вагітності, коли відбувається швидка адаптація органів і систем матері до нових умов (вагітності), коли відбуваються інтенсивні нейрогуморальні зсуви в організмі вагітної. Цей період характеризується передусім підвищеним ризиком розвитку захворювань тканин пародонту. Другий період росту пато-

логії ротової порожнини майбутньої матері спостерігається на 6-7 місяцях вагітності, коли зростає необхідність в задоволенні потреб плоду, що росте в мінералах та мікроелементах, що пов'язана з активним процесом мінералізації тимчасових зубів, який розпочинається за даними з 13 тижня ембріонального розвитку. Таким чином, діагностику і профілактику захворювань тканин пародонту треба здійснювати з перших днів вагітності, а твердих тканин зуба - з п'ятого місяця вагітності.

Під час вагітності жінка знаходиться під спостереженням лікарів багатьох спеціальностей. Дуже важлива робота стоматолога, яка починається з диспансеризації вагітних жінок. Важливим завданням лікаря-стоматолога є забезпечення оптимального антенатального розвитку зубів плода. Проведення диспансеризації вагітних жінок залишається актуальним і в сучасних умовах. Диспансеризація вагітних жінок у стоматолога передбачає проведення санації порожнини рота й призначення профілактичних заходів системної та місцевої дії для попередження карієсу зубів та захворювань пародонта у вагітної, прогнозування високого ризику виникнення карієсу зубів дитини після народження та призначення засобів антенатальної профілактики, дієти, гігієнічне навчання й виховання вагітних жінок по питанням запобігання стоматологічних захворювань. Робота стоматолога під час диспансеризації вагітних включає постійне динамічне спостереження за станом здоров'я майбутньої матері, контроль за харчуванням і побутом, оцінку ефективності лікувально-профілактичних заходів, профілактику ускладнень.

На даний час не існує способу диспансеризації вагітних жінок, що є зручним для використання практикуючим лікарем - стоматологом, і враховує особливості перебігу стоматологічних захворювань у кожному триместрі вагітності.

Відомий спосіб, обраний нами в якості прототипу (1), який передбачає обстеження і заповнення документації розподіл жінок на чотири групи. Перша група: практично здорові жінки з фізіологічним перебігом вагітності і з КПВ не більше 5 зубів, друга - жінки з токсикозом першої половини вагітності, КПВ не більше 5 каріозних зубів, із інтактним пародонтом та жінки з фізіологічним перебігом вагітності і з КПВ більше 5 зубів, третя група - жінки з токсикозом першої половини вагітності, КПВ більше 5 зубів, з патологією пародонта та жінки з токсикозом другої половини вагітності при наявності каріозних зубів і з патологією пародонта, четверта, жінки з екстрагенітальною патологією, токсикозом другої половини вагітності і з КПВ більше 5 каріозних зубів, а також з патологією пародонта.

Після розподілу вагітних на групи складають план-графік диспансерних оглядів. Жінок 1-ї диспансерної групи стоматолог оглядає 2 рази (в 1-му і 2-му триместрах); жінок 2-ї групи - 3 рази (в 1-му, 2-му і 3-му триместрах); жінок 3-ї групи - 4 рази (в 1-му триместрі - один раз, в 2-му - 2 рази, в 3-му триместрі - 1 раз); вагітних 4-ї групи - 6 раз (по 2 рази в кожному триместрі)

Однак даний спосіб має суттєві недоліки: він громіздкий і важкий у використанні у практичній стоматології.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає в підвищенні ефективності профілактики стоматологічних захворювань вагітної жінки за рахунок удосконалення організаційного підходу до диспансерного спостереження за станом вагітних жінок у стоматолога.

Технічний результат, що досягається корисною моделлю, буде полягати у підвищенні ефективності диспансерного спостереження за станом вагітних жінок у стоматолога.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що передбачає проведення обстеження, заповнення документації та розподіл на групи, згідно корисної моделі, після обстеження вагітних жінок розподіляють в наступні диспансерні групи: перша - з фізіологічним перебігом вагітності або раннім токсикозом (КПВ не більше 5 зубів, інтактний пародонт), друга - жінки з фізіологічним перебігом вагітності або з раннім токсикозом (КПВ більше 5 зубів і/або патологія пародонта), третя - жінки з гестозом вагітності і/або з екстрагенітальною патологією, потім складають план-графік диспансерних оглядів і проводять його за наступною схемою: 1 раз в три місяці для жінок 1-ї групи, 2 рази - для II і III груп, в другому триместрі - 1 раз в три місяці для 1-ї групи, 2 рази - для II і III груп в третьому триместрі - 1 раз в три місяці для I і II груп, 2 рази - для III групи.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Після обстеження і заповнення документації ми рекомендуємо розподіляти вагітних жінок в наступні диспансерні групи. Перша група: жінки з фізіологічним перебігом вагітності або з раннім токсикозом (КПВ не більше 5 зубів, інтактний пародонт). Друга: жінки з фізіологічним перебігом вагітності або з раннім токсикозом (КПВ більше 5 зубів і/або патологія пародонта). Третя група: жінки з гестозом вагітності і/або з екстрагенітальною патологією.

Ми рекомендуємо в першому триместрі проводити диспансерне спостереження вагітних жінок за наступною схемою: 1 раз в три місяці для I диспансерної групи, 2 рази - для II і III груп. В другому триместрі - 1 раз в три місяці для I диспансерної групи, 2 рази - для II і III груп. В третьому триместрі - 1 раз в три місяці для I і II диспансерних груп, 2 рази - для III групи.

Запропонований спосіб був апробований на 31 вагітній жінці. Вони були розподілені на 3 стоматологічні диспансерні групи згідно запропонованим вище критеріям.

Усім був проведений комплекс лікувально-профілактичних заходів згідно з графіком диспансерного спостереження. Під час вагітності не відзначалося статистично достовірного приросту захворювань тканин пародонту та твердих тканин зубів.

Отже, запропонована схема розподілу жінок в диспансерні групи, на нашу думку, є доцільною та більш зручною для практичних лікарів.

Список літератури:

1. Чучмай Г.С., Смоляр Н.І. Стоматологічні захворювання у вагітних. К.: Здоров'я, 1991. - 104с.
2. Носова В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам. //Клиническая стоматология. - 2001. - №3. - С.46-49.
3. Хоменко Л.А., Остапко Е.И., Биденко Н.В. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков. - К.: Книга плюс, 2004. - 200с.
4. Чучмай Г.С. Клиника и лечение гингивита беременных. - Киев, 1964.
5. Львова Л.В. Эти разные, разные, разные гингивиты //Стоматолог. - 2001. - №5. - С.4-9.
6. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов и подростков: Учебное пособие. - М.: МЕДпресс, 2000. - 96с.
7. Бутане И.Я. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных //Стоматология. - 1983. - №4. - С.25
8. Стриженко Е.А. Фармакоэпидемиология лекарственных средств у беременных. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Смоленск, 2005. - 33с.
9. Епідеміологічний аналіз стану ендокринної системи вагітних жінок, що мешкають у різних екологічних умовах /О.А. Мілютін, Р.О. Дудинська, А.М. Іскрицький та ін. //Український радіологічний журнал. - 1999. - №7. - С.210-211.
10. Смоляр Н.И., Солонько Г.М., Мирчук Б.Н. Профилактика кариеса у детей с учетом течения антенатального периода развития //Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей. Научные труды. - Казань: Изд-во КГМИ, 1990. - Т.72. - С.11-16.
11. Справочник по детской стоматологии /Под ред. А.С. Сатернон, R.P. Widmer; Перевод с англ. под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - С.154-155.
12. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002). М., 2003.