

УДК 616.31:618.2]-07

**П. В. Польовий**Миколаївська обласна стоматологічна  
поліклініка**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІНГІВІТУ  
В ПЕРІОД ГЕСТАЦІЇ****Ключові слова:** гінгівіт,  
вагітність, діагностика.**Резюме.** У статті наведені дані щодо особливостей перебігу гінгівіту у вагітних. Показано, що під час гестації рівень захворюваності на дану патологію суттєво зростає. Встановлено, що гормональні зміни впродовж вагітності створюють сприятливі умови для порушення системи гомеостазу, зниження імунітету та активації мікроорганізмів ротової порожнини, а відтак - до зростання рівня захворюваності на гінгівіт вагітних.**Вступ**

Вагітність - природний стан жіночого організму, який за фізіологічного перебігу не спричиняє негативного впливу на стан здоров'я майбутньої матері. Проте суттєві зміни гормонального фону впродовж вагітності створюють сприятливі умови для порушення системи гомеостазу, зниження імунітету, підвищеної активності мікроорганізмів ротової порожнини, що призводить до порушень мікроциркуляції та підвищеної проникності судин слизової оболонки та ясен [2,3,10]. Збільшена в десятки і сотні разів кількість статевих стероїдних гормонів впливає на відповідні рецептори тканин слинних залоз і пародонта, викликає порушення адаптаційних реакцій слинних залоз, що, у свою чергу, зумовлює зміни складу і властивостей ротової рідини, призводить до порушень трофіки, мікроциркуляції, секреції та місцевого імунітету в тканинах ротової порожнини [4,6,11]. Перебудова гормонального гомеостазу у вагітних супроводжується також зміною тону вегетативної нервової системи та судинними розладами тканин пародонта, внаслідок чого порушується обмін кальцію, виникають ендogenous гіповітамінози, розлади функції парашитоподібних залоз, що в кінцевому результаті призводить до розвитку гінгівітів [7,8,10]. У половини жінок «гінгівіт вагітних» спостерігається вже у першому триместрі гестації і є одним із перших проявів патології вагітності.

На сьогоднішній день розкриті окремі ланки патогенезу гінгівіту у вагітних, не дають повної картини механізмів розвитку цієї патології. Сучасні уявлення про роль гормонального гомеостазу, імунної реактивності та метаболічних змін у патогенезі гінгівітів, а також відсутність досліджень із цього питання у вагітних дозволяють дійти висновку щодо необхідності вивчення вказаних показників гомеостазу у вагітних та підійти до дослідження сучасних механізмів виникнення гінгівіту при вагітності з принципово нових позицій і,

відповідно, розробити новий комплекс лікувально-профілактичних заходів [1,4,9, 12].

**Мета дослідження**

Підвищити ефективність профілактики та лікування гінгівітів у вагітних.

**Матеріал і методи**

Проведено динамічне обстеження та лікування 96 вагітних у різні (I,II,III) триместри гестації (основна група). Контрольну групу склали 45 жінок репродуктивного віку. Гінгівіт діагностували за допомогою скринінг - методів. Результати обстеження заносили в первинний банк даних, моніторинг якого проводили впродовж усього періоду вагітності. Гормональний гомеостаз визначали за рівнем прогестерону, плацентарного лактогену та естріолу, які визначали в динаміці у відповідні терміни вагітності (Фірма «Сінево»). Лікувально-профілактичні заходи з приводу захворювань пародонта визначали за допомогою міжнародного індексу CPITN (Community periodontal index of treatment need), рекомендованого ВООЗ для епідеміологічних досліджень (Яковлева В.И. и др., 1995).

Стан тканин пародонта оцінювали, користуючись індексом РМА, пробою Шиллера-Писарева (Яковлева В.И. и др., 1995), індексами ДПІ, КПІ, ППР (Никитина Т.В., 1982). Крім того, у вагітних встановлювали наявність та глибину пародонтальних кишень, втрату кісткової тканини, ступінь кровоточивості ясен (Никитина Т.В., 1982). Гігієнічний стан ротової порожнини у вагітних визначали за допомогою індексів Грін-Вермільйона (Боровский Е.В. и др., 1988), Турески, О'Лірі (Пахомов Г.Н., 1982; Никитина Т.В., 1982).

**Обговорення результатів дослідження**

Результати досліджень показали, що характер клінічного перебігу та ступінь тяжкості перебігу гінгівіту в період вагітності визначається низкою

чинників: рівнем гормонального стану, перебігом вагітності, кількістю вагітностей і пологів. Встановлено, що з динамічним зростанням рівня прогестерону в сироватці крові до 300-350 нмоль/л посилюється кровоточивість ясен від  $0,9 \pm 0,4$  в I триместрі вагітності до  $1,5 \pm 0,6$  – у III триместрі (табл.). За зростання рівня прогестерону до 600-700 нмоль/л у 21 пацієнтки спостерігали спонтанну кровоточивість.

Із прогресуванням вагітності та зростанням екскреції плацентарного лактогену в сироватці крові вагітних спостерігали значне зниження рН ротової рідини (II триместр -  $6,69 \pm 0,06$  ( $p < 0,001$ ); III триместр -  $6,57 \pm 0,11$  ( $p < 0,001$ ); контроль -  $7,10 \pm 0,09$ ), при тому вірогідно зростала в'язкість слини у вагітних (відповідно:  $2,09 \pm 0,1$ ;  $2,54 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ );  $1,83 \pm 0,11$ ; ) та визначалася тенденція до зниження слиновиділення, завдяки чому створювалися найбільш сприятливі умови для росту патогенних мікроорганізмів зубного нальоту та до порушення санації ротової порожнини.

Крім того, динамічне зростання рівня стероїдних гормонів вагітності сприяло зниженню локального секреторного імунітету: зниження рівня лізоциму в II триместрі вагітності у 1,3 раза, підвищення концентрації білка в ротовій рідині в 1,5 раза і тенденція до росту активності б-амілази.

Встановлено, що 38 (39,5%) обстежених пацієнток основної групи мали незадовільні санітарно-гігієнічні знання і навички з догляду за ротовою порожниною, незадовільну мотивацію до профілактики і стоматологічного нагляду в період вагітності встановлено у 21 (21,8 %) жінки, що можна вважати додатковими чинниками ризику, який поряд із незадовільним гігієнічним станом порожнини рота сприяє більш високому рівню інтенсивності запалення ясен. У жінок із задовільними знаннями з профілактики та гігієни індекс ОНІ-S становив -  $2,27 \pm 0,15$ , індекс РМА -  $33,8 \pm 2,7\%$ , індекс КППВ –  $10,6 \pm 0,9$ ; із незадовільними знаннями - відповідно:  $2,95 \pm 0,14$  ( $p < 0,001$ ),  $37,9 \pm 3,5$ ,  $12,3 \pm 1,0$ ; із задовільними навичками з догляду за ротовою порожниною -  $0,96 \pm 0,15$  ( $p < 0,001$ ),  $21,4 \pm 3,8$  ( $p < 0,01$ ),  $8,2 \pm 1,9$ . Погіршення гігієни порожнини рота супроводжувалося зростанням запальних процесів, що засвідчило достовірне підвищення індексу РМА у вагітних, найвищі показники якого відзначені в II триместрі вагітності, що вказує на переваги запальних процесів у тканинах пародонта в період вагітності 16 - 28 тижнів і вважати його періодом підвищеного ризику виникнення та розвитку гінгівітів. У I триместрі вагітності індекс РМА становив  $28,5 \pm 3,1$  %, у II триместрі -  $39,2 \pm 2,2\%$ ; у III триместрі -  $31,7 \pm 2,7\%$  порівняно з контрольною групою  $20,7 \pm 3,3$  %, ( $p < 0,05$ ).

Таблиця

Гормональні зміни у жінок за триместрами вагітності

	6-12 тиж.	16-27 тиж.	32-38 тиж.	40-41 тиж.
Плацентарний лактоген, нмоль/л	$35,5 \pm 0,3$	$220,4 \pm 0,6$	$289,3 \pm 0,8$	$302,0 \pm 0,7$
Естріол, нмоль/л	$15,3 \pm 0,01$	$80,1 \pm 0,4$	$119,9 \pm 0,8$	$139,4 \pm 0,6$
Прогестерон, нмоль/л	$135,4 \pm 0,2$	$349,0 \pm 0,5$	$665,6 \pm 0,9$	$798,1 \pm 0,8$

Таким чином, динамічне зростання гормонального гомеостазу впродовж вагітності підвищує вимоги щодо захисних секреторних реакцій ротової порожнини, що потребує впровадження обґрунтованих профілактично-лікувальних заходів.

### Висновки

1. Профілактика гінгівіту вагітних потребує суттєвої прегравідарної підготовки жінок у період планування сім'ї.

2. Вагома частка суб'єктивних відмов від санації ротової порожнини в період вагітності вимагає посилення санітарно-просвітницької роботи серед вагітних.

### Перспективи подальших досліджень

Буде продовжено пошук у вибраному напрямі.

**Література.** 1. Бахмудов Б.Р. Организационные уровни и методы проведения санитарно-просветительной работы по стоматологическому гигиеническому воспитанию в женской консультации / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Алиева, Г.-М.Г. Муртузалиев: Сб. науч. трудов: [Актуальные вопросы в стоматологии]. – Махачкала, 2005. – С.113-115. 2. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин [и др.] – Москва, 2001. – 271 с. 3. Клинико-биохимические особенности течения катарального гингивита и генерализованного пародонтита при беременности / Л.Г.Сандига, Г.Ф.Белоклицкая, О.О.Протукевич [и др.] // Современная стоматология. – 2000. – №2. – С.41-44. 4. Кобилянський А.М. Особливості гігієни ротової порожнини у вагітних жінок / А.М.Кобилянський, П.В. Польовий // Клін. та експерим. патол. – 2012. – Т. XI, №3 (41) Ч. 2. – С. 161-164. 5. Левицкий А.П. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод, рекомендации / А.П.Левицкий. – Одесса, 2010. – 16 с. 6. Мазуркевич О.В. Некоторые показатели стоматологического статуса у беременных женщин: материалы VII российского научного форума с международным участием. – М., 2005. – С.169-170. 7. Орехова Н.С. Формирование взаимоотношений врача-стоматолога с беременными женщинами для профилактики и лечения заболеваний пародонта // Вест. Смолен. мед. академии. – 2007. – №2. – С. 28 – 31. 8. Орлова В.С. Дискуссия о роли микроорганизмов периодонтальных биотопов в недонашивании беременности инфекционного генеза / В.С. Орлова, Ю.И. Набережнев, С.П. Пахомов // Ж. акушерства и жен. болезней. – 2010. – Т. 59, №2. – С. 58-64. 9. Сандига Л.Г. Клінічні особливості запальних захворювань пародонту у жінок з ускладненим перебігом вагітності / Л.Г.Сандига: Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім.П.Л.Шупика. – Київ, 2000. – Вип.9, кн.1. – С.606-609. 10. Толмачева С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиных. – М., 2005. – 152с. 11. Успенская О.А. Стоматология беременных / О.А. Успенская, Е.А. Шевченко, Н.В. Казарина. – Нижний Новгород, 2008. – 22 с. 12. Bogges K.A. Oral hygiene practices and dental service utilization among

pregnant women / K.A. Bogges, D.M. Urlaub, K.E. Massey, M.K. Moos, M.B. Matheson, C. Lorenz // J. Am. Dent. Assoc. – 2010.-№ 141. – P.553-661.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

*П. В. Полевой*

**Резюме.** В статье приведены данные особенностей течения гингивита у беременных. Показано, что во время гестации уровень заболеваемости на данную патологию существенно возрастает. Показано, что гормональные изменения во время беременности создают благоприятные условия для нарушения системы гомеостаза, снижения иммунитета и активации микроорганизмов ротовой полости, а также – к росту уровня заболеваемости гингивита у беременных.

**Ключевые слова:** гингивит, беременность, диагностика.

### PECULIARITIES OF GINGIVITIS CLINICAL COURSE IN PREGNANCY

*P. V. Polyov*

**Abstract.** Data pertaining peculiarities of the clinical course of gingivitis in pregnancy are presented in the article. It has been shown that during gestation the level of morbidity is significantly increasing. It has been established that hormonal changes during pregnancy create favourable conditions for disorders of the homeostasis system, decrease of immunity and activation of oral cavity microorganisms, as well as – to increase gingivitis morbidity in pregnant women.

**Key word:** gingivitis, pregnancy, diagnostics.

**Mykolaiv Regional Stomatology Outpatient Clinic**

*Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №1 (43). - P.134-136.*

*Надійшла до редакції 07.02.2013*

*Рецензент – проф. О.Б.Беліков*

*© П. В. Полевой, 2013*