



## АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ.

*Автор: М.Н.Мирвахидова*

**Аннотация :** В статье представлен Беременные пациентки на стоматологическом приеме составляют особую группу риска, что связано с определенными физиологическими перестройками, происходящими в организме женщины. В это время происходит активный прирост стоматологических заболеваний и обострение ранее имевшихся хронических инфекций – как общесоматических, так и в полости рта. Учитывая сроки беременности, ее критические периоды и сопутствующую патологию, был определен алгоритм оказания безопасной стоматологической помощи, включающий в себя разработку способов как коррекции психоэмоционального состояния беременной, так и безопасного местного обезболивания.

Поддержание стоматологического здоровья беременной женщины играет важную роль в физиологическом течении беременности и нормальном развитии плода. Многими авторами отмечено, что во время беременности происходит активный прирост стоматологических заболеваний, обострение ранее имевшихся хронических инфекций – как общесоматических, так и в полости рта. Отмечается активный прирост кариеса, индекс КПУ увеличивается с  $10,2 \pm 0,9$  до  $13,6 \pm 1,1$ . К концу беременности нарастает число очагов де-минерализации в пришеечной области зубов на 40% или 21%, что напрямую связано с ухудшением гигиенического состояния полости рта. Патология пародонта встречается и имеет тенденцию к прогрессированию в тех случаях, когда уже до беременности были отмечены признаки воспаления или имела место неудовлетворительная гигиена полости рта. Патологические процессы в полости рта связаны с эндокринной перестройкой организма



женщины, изменениями pH ротовой жидкости в кислую сторону и недостаточной гигиеной полости рта. Таким образом, значение санации полости рта, бесспорно, остается большим. Устранение очагов хронической инфекции способствует улучшению стоматологического статуса беременной женщины, что в конечном итоге благоприятно сказывается на здоровье матери и будущего ребенка. Ввиду физиологических особенностей данного периода перед врачом-стоматологом, работающим с беременными женщинами, стоит очень важная задача – максимально комфортно и безопасно провести стоматологическое лечение в полном объеме, сведя к минимуму вероятность возникновения рисков для здоровья матери и будущего ребенка, связанных с психоэмоциональным напряжением, применением медикаментов, в том числе обезболивающих средств, и рентгенологическим обследованием. По данным авторов, наиболее благоприятным периодом для проведения планового стоматологического лечения является второй триместр беременности, а именно с 15 по 22 неделю. В этом периоде мы проводили весь спектр необходимых стоматологических терапевтических и хирургических вмешательств с применением психоэмоциональной коррекции и адекватным обезболиванием. Вопросам страха и дистресса на стоматологическом приеме посвящены работы. На основании клинического опыта работы с беременными женщинами нами был разработан способ коррекции эмоционального состояния беременной перед стоматологическим вмешательством, основанный на применении методов рациональной психотерапии в зависимости от определяемого типа темперамента. При первом посещении пациенткам предлагалось пройти тестирование на определение типа темперамента по Айзенку и определение уровня тревожности по методу Спилберга-Ханина. После тщательного анализа полученных результатов для каждой из пациенток в зависимости от темперамента предложен индивидуальный метод. Так, для пациенток типа «меланхолик»



использовалась рациональная психотерапия в форме убеждения и переориентации, направленная на изменение в когнитивном и эмоциональном отношении к стоматологическому вмешательству в данный период, а также стабилизации этих изменений путем описания положительных перемен в целом в течение беременности. При типе темперамента «холерик» мы использовали метод психогогики, создавая позитивные перспективы для пациентки после проведенного стоматологического вмешательства. Для типа темперамента «флегматик» применялась методика объяснения и разъяснения, направленная на истолкование сущности и важности стоматологического вмешательства, причин его необходимости и возможных психосоматических связей, до этого игнорировавшихся пациенткой. Для пациенток типа «сангвиник» применялся метод переориентации, направленный на достижение стабильных перемен в отношении к необходимости проведения стоматологического лечения в данный момент. Оценка эффективности указанных способов проводилась динамикой уровня ситуативной тревожности и гемодинамических показателей. Угол наклона спинки кресла не должен превышать  $45^\circ$  из-за возможного сдавления v. cava inferior и, как следствие, возникновения обморочных состояний. Определяющим в проведении безопасного и эффективного стоматологического лечения является выбор способа и средства для проведения обезболивания. Для беременных женщин с физиологическим течением беременности для аппликационного обезболивания места вкола иглы перед инъекцией использовали препараты на основе 5% и 10% лидо-каина в виде гелей и растворов. Для инъекционных способов обезболивания (инфильтрационные и проводниковые методики) используем анестетики на основе 4% артикаина с эпинефрином в концентрации 1:200000 (Артикаин ИНИБСА). Поскольку второй триместр беременности является пиком развития и обострения заболеваний пародонта, плановую санацию полости рта начинают с



проведения профессиональной гигиены. Для этого используются ультразвуковые аппараты, не содержащие спирта противовоспалительные средства, препараты на основе лекарственных трав. Контроль уровня гигиены и его коррекция проводится на протяжении всего срока беременности. Лечение кариеса во втором триместре беременности проводится в соответствии со стандартными протоколами и рекомендациями. Санацию осложненных форм кариеса (пульпитов и периодонтитов) планируют в несколько посещений. Завершение лечения проводится постоянным пломбированием корневых каналов под контролем визиографа и созданием герметизма полости зуба с применением стеклоиономерных цемента или композитных материалов химического отверждения. В случае наличия противопоказаний к проведению визиографического контроля со стороны акушерско-гинекологической патологии лечение осуществляется с использованием отсроченного пломбирования корневых каналов препаратами на основе гидроокиси кальция и заканчивается после родов. При наличии осложненных форм, не подлежащих терапевтическому лечению и требующих удаления, лечение проводили в полном объеме с использованием адекватного обезболивания. Назначение антибактериальных препаратов возможно с учетом соматического статуса беременной и принципа польза – риск. Проведение ортопедического лечения во время беременности не противопоказано, но по возможности рекомендуем отложить на послеродовой период, так как велик риск возникновения острой травмы пародонта и прогрессирование заболеваний пародонта в дальнейшем. Оказание помощи беременным по неотложным стоматологическим состояниям («острой боли») проводится на любом сроке с учетом сопутствующей патологии и соматического статуса. В табл. 1 представлены нозологии и рекомендации по проведению стоматологических вмешательств в I и III триместрах



беременности, встречающиеся в условиях амбулаторного стоматологического приема.

### Литература

1. Biondi E, McCulloh R, Alverson B, Klein A, Dixon A, Ralston S. Treatment of mycoplasma pneumonia: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;133(6):1081-1090. doi: 10.1542/peds.20133729.
2. Trolino AS, Jahan Porhomayon Ali A, El-Solh: Guideline — concordant antimicrobial therapy for healthcare-associated pneumonia: meta-analysis. *Lung*. 2013;191:229-237.
3. Phung DT, Wang Z, Rutherford S, Huang C, Chu C. Body mass index and risk of pneumonia: a meta-analysis. *Obesity Rev*. 2013;14:839-857.