



## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР)

Шукурова У.А.<sup>1,a</sup>

Камилова И.А.<sup>2</sup>

Жураева Н.И.<sup>3</sup>

Рахматуллаева О.Л.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный стоматологический институт

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия

<sup>3</sup>Андижанский государственный медицинский институт

<sup>a</sup>shua1981@mail.ru

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8063914>

### ARTICLE INFO

Received: 14<sup>th</sup> June 2023

Accepted: 20<sup>th</sup> June 2023

Online: 21<sup>th</sup> June 2023

### KEY WORDS

*Беременность, триместр  
беременности, кариес  
зубов, заболевания  
пародонта, заболевания  
слизистой оболочки  
полости рта, хронический  
пародонтит, гингивит.*

### ABSTRACT

Высокие требования к организму женщины предъявляет беременность, а именно – физиологическая беременность. Наличие же сопутствующей патологии ещё больше усугубляет течение беременности и предрасполагает женский организм к неадекватному ответу на стоматологическое вмешательство. Периодические изменения психофизиологического состояния женщины во время беременности ложатся на ее организм огромной нагрузкой, и любое вмешательство, особенно связанное с эмоциональным воздействием, болью, травмой тканей или приемом лекарственных средств, может привести к нарушению работы организма матери, нарушением здоровья, влиянием на развитие плода и новорожденного и даже, способствовать прерыванию беременности.

По данным Жулева Е.Н. (2002), Флейшера Г.М. (2007), Chen J.P. (2000), беременность является критическим периодом, который непосредственно влияет на стоматологический статус женщины.

В научных трудах Ямщиковой Е.Е. (2010), Бизяева А.Ф. (2002), Якубова И.И. (2007) даны обоснованные факты о распространенности кариеса зубов при физиологическом течении беременности, которая составила до 99%, у беременных с гестозом – показатель кариес достигал до 100%. Это говорит о том, что в период беременности терапевтическая стоматологическая помощь в отношении кариеса и его осложнений имеет максимальные показатели. На основании данных эпидемиологического аспекта, не только заболевания твердых тканей зубов, но и заболевания пародонта, а именно,



воспалительные и воспалительно-деструктивные поражения имели достоверно высокий показатель [8,14].

Беременные женщины подвержены риску развития и прогрессирования серьезных стоматологических заболеваний – кариеса и пародонтита [1,4,26]. Как доказывают многолетние научные исследования, интенсивность и распространенность кариеса зубов значительно возрастает во время данного периода [1,3,7].

Распространенность кариеса зубов у беременных остается достаточно высокой, а эффективность предлагаемых в настоящее время средств и методов профилактики заболеваний твердых тканей зубов у этой категории больных зачастую недостаточна. [3,25].

Так, по данным ряда авторов, даже при физиологической беременности распространённость заболеваний твердых тканей зубов составляет 91,4%, нужно отметить, что при этом нередко отмечается прирост новых кариозных полостей в ранее интактных зубах [2,17,22].

Связь между заболеваниями пародонта и преждевременными родами была впервые определена Оффенбахером в 1996 году, а дальнейшие исследования продемонстрировали связь между стоматологическим здоровьем и неблагоприятными исходами беременности, такими как невынашивание беременности на ранних сроках, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении, преэклампсия.

Ещё один показатель удовлетворительного стоматологического статуса – это гигиеническое состояние полости рта у беременных, который также ухудшается [5,8]. По данным исследований, гормональный дисбаланс, который происходит в организме беременной способствует таким изменениям [5,29,30].

У 36-70% беременных зарегистрирован повышенный уровень прогестерона, который оказывает непосредственное влияние на характер зубной бляшки, способствующий развитию воспалительных процессов в тканях пародонта [13]. Кроме того, высокий уровень эстрогена и прогестерона приводит к повышенной реакции слизистой десны на зубную бляшку. Реакция такого характера в полости рта у беременных способствует развитию как гингивитов, так и пародонтитов [10,28], в котором, согласно данным ADA (2013), достоверно высокий титр анаэробов. Такой показатель непосредственно влияет на возникновение гиперестезии эмали [1,7,23].

Женщины в период беременности и лактации представляют, особую группу риска в кабинете стоматолога, в связи с особенностями психофизиологического характера. Заболевания слизистой оболочки полости рта являются дополнительным фактором риска внутриутробного инфицирования плода и осложнений беременности. Проведена оценка состояния микробиоценоза полости рта и кишечника у беременных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и определены приоритетные клинико-микробиологические взаимосвязи [6,10,11,12].

Для установления качественного синтеза и метаанализа были включены 5935 участников, где общая распространенность заболеваний слизистой полости рта составила 11,8%. Наиболее распространенными поражениями были гиперплазия десен (17,1%), morsicatio buccarum (10%), кандидоз полости рта (4,4%), пиогенная гранулема (3%) и доброкачественный мигрирующий глоссит (2,8%). Общий риск



систематической ошибки считался умеренным, а качество доказательств было очень низким. Заболевания слизистой полости рта обнаружены у 1 из 10 беременных, а гиперплазия десен была наиболее распространенным поражением [15].

Толмачевой С.М. (2005), Данилиной С.М. (2007) и Moss K.L. et al., (2005) также обоснованы данные по поводу встречаемости заболеваний пародонта у беременных. Данные литературы указывают высокую частоту встречаемости, а именно 60-93% хронических пародонтитов во время гестационного периода. Доказано влияние воспалительных и воспалительно-деструктивных процессов пародонта на течение беременности, является одним из факторов риска преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода [5,27]. При этом, у женщин на поздних сроках, доказано резкое снижение зубо-десневого прикрепления, которое ухудшает степень тяжести заболеваний пародонта [8,9,32].

Установлено, что беременность достоверно повлияла на тяжесть пародонтита (18,18% против 9,88%;  $p < 0,01$ ). Также, у данной группы беременных распространенность поражений слизистой оболочки полости рта была одинаковой в обеих группах (30%), в основной группе выявлено 13 ( $p < 0,005$ ) поражений с преобладанием травматических изъязвлений, красных травматических поражений, десквамативного мигрирующего глоссита (географический язык) и гнойного дерматита. У небеременных женщин, в свою очередь, было обнаружено 57 ( $p < 0,005$ ) поражений. При этом, пиогенная гранулема и десквамативный глоссит показали значительные различия между двумя группами ( $p < 0,005$ ). Данное исследование позволило сделать вывод, что, гингивит и пародонтит имели одинаковую распространенность у беременных и небеременных женщин, хотя у первых чаще встречался тяжелый пародонтит. Пиогенная гранулема и десквамативный глоссит были поражениями с наибольшей распространенностью во время беременности. [18,25].

Авторами проведена оценка влияния лечения заболеваний пародонта у беременных с целью предотвращения или снижения перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Были проведены два основных сравнения: пародонтальное лечение и отсутствие лечения во время беременности и пародонтальное лечение в сравнении с альтернативным пародонтальным лечением. Сообщаемые исходы включали преждевременные роды <37 недель, преждевременные роды <35 недель, массу тела при рождении <2500 г, массу тела при рождении <1500 г и перинатальную смертность (доказательства очень низкого качества). Неясно, есть ли разница в сроках <37 недель, преждевременных родах <35 недель, массе тела при рождении <2500 г, массе тела при рождении <1500 г и перинатальной смертности при сравнении различных пародонтологических методов лечения, поскольку качество доказательств очень низкое. В ходе проведенного исследования, не установлено влияет ли пародонтологическое лечение во время беременности на преждевременные роды (доказательства низкого качества). Имеются доказательства низкого качества того, что лечение пародонтита может снизить низкий вес при рождении (<2500 г), однако наша уверенность в оценке эффекта ограничена. Будущие исследования



должны быть направлены на отчет о пародонтальных исходах наряду с акушерскими исходами. [21,24].

В зависимости от структуры патологии тканей пародонта, а также степени тяжести хронического пародонтита установлены особенности клеточного иммунитета путем иммунофенотипического анализа (ИФА) лимфоцитов периферической крови у беременных. Установлено, по мере нарастания степени тяжести хронического пародонтита у беременных развивается более выраженная лимфопения, дисбаланс Т-клеточных субпопуляций со снижением относительного количества зрелых Т-лимфоцитов и Т-хелперов на фоне увеличения количества клеток, обладающих киллерной и апоптотической активностью. У беременных с хроническим пародонтитом выявлены изменения иммунофенотипа лимфоцитов, которые похожи с изменениями при беременности без стоматологической патологии, но более выраженные, которое, способствовало длительному течению хронических воспалительных заболеваний пародонта [24,30,32].

Очень много научных исследований у ВИЧ-позитивных беременных направлены на определения влияния патологии тканей пародонта и преждевременных родов. Большинство из 96 (44,44%) случаев гингивита относятся к категории «умеренного гингивита», а большинство из 62 (28,70%) случаев пародонтита относятся к категории легкого пародонтита. Относительный риск для женщин с гингивитом или пародонтитом, у которых были преждевременные роды, низкий вес при рождении и маловесный вес, не был статистически значимым. Однако обнаружено, что тенденция соотношения рисков увеличивается по мере тяжести пародонтита. Доказана связь между неблагоприятными неонатальными исходами и пародонтитом средней и тяжелой степени. Это исследование подчеркивает важность ухода за полостью рта у ВИЧ-позитивных беременных женщин [7,23].

Eres G. et al., (2011) провели обследование беременных на сроке 28-32 недель. В ходе исследований состава зубо-десневого кармана было обнаружено присутствие двух видов герпес-вирусов, а именно, вируса Эпштейн-Барр и цитомегаловируса. Динамический анализ показал, что количественное соотношение цитомегаловируса у беременных с хроническим гингивитом достоверно не отличалось от уровня показателей у беременных женщин без гингивита. Но, при сравнительном аспекте вируса Эпштейна-Барр – показатели титра у беременных было в три раза больше ( $p < 0,05$ ) чем показатели небеременных [19].

Немаловажное значение имеют вредные привычки у беременных женщин. Курение во время беременности не только влияет на общее состояние здоровья беременных женщин, но и вызывает такие серьезные проблемы, как преждевременные роды, низкая масса тела при рождении и внезапная младенческая смерть. Уровень курения во время беременности особенно высок среди женщин из числа коренных народов. Изучение опыта курения женщинами из числа коренных народов во время беременности и связанных с этим потребностей в прекращении курения важно для предоставления им информированной медицинской помощи [31].

Анализ негативных последствий курения и употребления алкоголя во время беременности позволяет сделать вывод о том, что курение в большей степени, чем



алкоголь, оказывает симптоматическое влияние на течение беременности, и не только увеличивает частоту осложнений, но и усугубляет тяжесть течения беременности. Тем не менее, внутриутробная гибель плода чаще встречается у беременных, употребляющих алкоголь (6,25%). Вероятность сочетанного появления курения и алкоголя оказывает наиболее сильное негативное влияние на развитие патологий при беременности [9,26].

Также мы не можем пропустить сведения о влиянии короновирусной инфекции в период беременности. Во время беременности происходят некоторые метаболические изменения и изменение состава микроорганизмов, населяющих полость рта, с увеличением количества патогенных бактерий, способствующих возникновению заболеваний десен. На основании обзора, который основан на исследованиях по модели PICO (проблема/вмешательство/сравнение/результат), связанных с изменениями микробиома полости рта беременных женщин и возможными последствиями для полости рта у пациентов с COVID-19. Результаты показали рост некоторых патогенных бактерий у беременных, в том числе *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* и *Fusobacterium nucleatum*, а также селективный рост видов *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* и *Tannerella*, вероятно, из-за того, что эти бактерии используют прогестерон в качестве источника питания. Эти же бактерии участвуют в развитии заболеваний пародонта. Пародонтальные карманы имеют двустороннее взаимодействие между полостью рта и системой кровообращения через периферические десневые кровеносные сосуды. Сродство вируса SARS-CoV-2 к специфическим мембранным рецепторам в настоящее время ясно и может затрагивать внутреннюю и внешнюю эпителиальную выстилку или фибробласты периодонтальной связки. Использование пробиотиков может помочь клиницистам вести беременных, снижая индексы воспаления в тканях пародонта [16, 20].

На основании вышеизложенного литературного анализа, достоверные исследования демонстрируют необходимость санации полости рта у беременных. Неоднократно было доказано, что стоматологическая патология у беременных оказывает непосредственное влияние на развитие плода. В связи с этим, актуальным является выявить встречаемость стоматологических заболеваний по отношению к триместру беременности и интергенетическому интервалу между беременностями.

## References:

1. Алиев, Т. Я. Особенности гиперестезии твёрдых тканей зубов при физиологической и патологической беременности / Т. Я. Алиев // Украинский журнал клинической и лабораторной медицины. - 2013. - Т. 8 № 1. - С. 173-176.
2. Анисимова Е. Н. и др. Выбор препарата для обезболивания и материала для реставрации при лечении кариеса дентина у беременных женщин // Институт стоматологии. - 2019. - № 1. - С. 40-41.
3. Бахмудов, М. Б. Заболеваемость беременных женщин кариесом зубов по данным пятилетнего наблюдения / М. Б. Бахмудов, З. Б. Алиева, Б. Р. Бахмудов // Российский стоматологический журнал. - 2010. - № 4. - С. 29-33.



4. Газизова, Р. Н. Анализ стоматологических заболеваний у беременных, наблюдаемых в МБУЗ стоматологическая поликлиника № 9 г. Уфы / Р. Н. Газизова, М. В. Жаркова, Ю. В. Жарков // Сб. материалов республ. научно- практич. конф. стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии», г. Уфа. - 2014. - С. 89-91.
5. Жаркова, О. В. Аспекты профилактики основных стоматологических заболеваний в период беременности / О. В. Жаркова, А. В. Дубовец, Д. Д. Полякова // Вестник ВГМУ. - 2014. - Т. 13. - № 4. - С. 126-132
6. Камилов Х. П., Лукина Г. И., Шукурова У. А. Клинико-микробиологические взаимосвязи хронического рецидивирующего афтозного стоматита и дисбиотических нарушений ротовой полости и кишечника у беременных женщин // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2009. – №. 2. – С. 67-70.
7. Копчак, О. В. Заболевания пародонта и гиперестезия дентина у женщин во время беременности и лактации: распространённость и особенности течения / О. В. Копчак // Современная стоматология. - 2013. - № 3 (67). - С. 162-164.
8. Орехова, Л. Ю. Опыт клинического применения лечебнопрофилактической программы у беременных женщин / Л. Ю. Орехова, А.А. Узденова // Пародонтология. - 2013. - № 1. - С. 41-44.
9. Радзинский В.Е., Семятов С.Д., Тотчиев Г.Ф., Шишкин Е.А. Табакокурение и беременность // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2009. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tabakokurenje-i-beremennost>
10. Успенская О. А. Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита //Российский стоматологический журнал. – 2015. – Т. 19. – №. 3. – С. 20-22.
11. Шукурова У. А. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2022. – Т. 1. – №. 12. – С. 303-315.
12. Шукурова У., Наврузова Ф., Тошпулатов Б. Эффективность комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у беременных //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – №. 1. – С. 822-825.
13. Юдина, Н. А. Гиперчувствительность дентина во время беременности и менопаузы / Н. А. Юдина // Медицинский алфавит. Стоматология. - 2014. - № 3. - С. 44-45.
14. Юлдашева Н. А. и др. Развитие дисбиоза полости рта у беременных //Журнал" Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 125-127.
15. Bett JVS, Batistella EÂ, Melo G, Munhoz EA, Silva CAB, Guerra ENDS, Porporatti AL, De Luca Canto G. Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. J Oral Pathol Med. 2019 Apr;48(4):270-277. doi: 10.1111/jop.12831. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30673134.
16. Butera A, Maiorani C, Morandini A, Simonini M, Colnaghi A, Morittu S, Barbieri S, Ricci M, Guerrisi G, Piloni D, Cimarossa R, Fusaro B, Sinesi A, Bruni A, Scribante A. Assessment of Oral Microbiome Changes in Healthy and COVID-19-Affected Pregnant Women: A Narrative



Review. Microorganisms. 2021 Nov 19;9(11):2385. doi: 10.3390/microorganisms9112385. PMID: 34835510; PMCID: PMC8618476.

17. Comparative evaluation of oral health knowledge, practices and attitude of pregnant and non-pregnant women, and their awareness regarding adverse pregnancy outcomes / S. Gupta, A. Jain, S. Mohan [et al.] // J. Clin. Diagn. Res. - 2015. - Vol. 9, № 11. - P. ZC26-32.

18. Díaz-Guzmán LM, Castellanos-Suárez JL. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004 Nov-Dec;9(5):434-7; 430-3. English, Spanish. PMID: 15580121

19. Eres, G. Subgingival Epstein-Barr and cytomegalovirus occurrence in pregnancy gingivitis / G. Ereş, E. Altiok, A. Ozkul, C.H. Agikel // J. Periodontol. - Vol. 82. - P. 1676 - 1684.

20. Gadzhula, N. G. The interdependence of indicators of mineral metabolism of saliva and the individual factors of risk appearance of dental caries with the account of their correction during pregnancy / N. G. Gadzhula // Новини СтоматологИ. - 2013. - № 2 (75). - С. 44-51.

21. Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 12;6(6):CD005297. doi: 10.1002/14651858.CD005297.pub3. PMID: 28605006; PMCID: PMC6481493

22. Kandan, P. M. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers) / P. M. Kandan, V. Menaga, R. R. Kumar // J. Pak. Med. Assoc. - 2011. - Vol. 61, № 10. - P. 1009-1014.

23. Kiran SR, Karnam Y, Ramya Y, Niharika B, Rani PD, Sarma SN. Association between periodontitis and preterm low birth weight in human immunodeficiency virus seropositive pregnant women in India: A cohort study. J Family Med Prim Care. 2022 Dec;11(12):7830-7835. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1203\_22. Epub 2023 Jan 17. PMID: 36994013; PMCID: PMC10041023

24. Lopez N. J., Smith P. C., Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. J. Dent. Res. 2012;81(1):58-63.

25. Maintaining oral health during pregnancy: Perceptions of midwives in Southwest Sydney / A. George, M. Johnson, M. Duff [et al.] // Collegian. - 2011. - Vol. 18, issue. 2. - P. 71-79.

26. Malkawi, Z. A. Knowledge, practice and utilization of dental services among pregnant women in the north of Jordan / Z. A. Malkawi, R. S. Tubaishat // Contemp. Dent. Pract. - 2014. - Vol. 15, № 3. - P. 345-51.

27. Oral infections and pregnancy: knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists / H. Boutigny, M.-L. de Moegen, L. Egea [et al.] // Oral Health Prev. Dent. - 2016. - Vol. 14, № 1. - P. 41-47.

28. Patton, L. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions / L. Patton. - 2012. - 467 p.

29. Rose, L. Periodontal Medicine / L. Rose [et al.] // London Decker Inc. Periodontal Medicine. - 2000. - P. 151-163.

30. Silva de Araujo Figueiredo C. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant Women / C. Silva de Araujo Figueiredo [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. - 2017. - Jan. - Vol. 43 (1). - P. 16-22.



31. Small S, Porr C, Swab M, Murray C. Experiences and cessation needs of Indigenous women who smoke during pregnancy: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Feb;16(2):385-452. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003377. PMID: 29419622
32. Spivakovsky S. Periodontal treatment for the prevention of adverse birth outcomes. Evid Based Dent. 2018 Mar 23;19(1):12-13. doi: 10.1038/sj.ebd.6401286. PMID: 29568020.