

З.Б. Алиева<sup>1</sup>,  
врач-стоматолог женской консультации

Е.А. Брагин<sup>2</sup>,  
д.м.н., профессор, зав. кафедрой  
ортопедической стоматологии

Б.Р. Бахмудов<sup>1</sup>,  
к.м.н., врач-стоматолог высшей категории  
стоматологической поликлиники

М.Б. Бахмудов<sup>1</sup>,  
к.м.н., врач-стоматолог (I категории)  
женской консультации

<sup>1</sup> Центральная городская больница,  
г. Дербент

<sup>2</sup> Ставропольский медицинский  
государственный университет

## Результаты проведения мероприятий по хирургической санации полости рта у беременных женщин

**Резюме.** Проведен анализ результатов хирургической санации полости рта беременных женщин г. Дербент за 2007–2016 гг. Согласно данным первичного обследования, в среднем 21,66% беременных женщин Дербента нуждаются в хирургических вмешательствах – удалении зубов. За период наблюдения проведены 2844 плановых операций удаления зубов и зарегистрировано всего 73 (2,57%) осложнения, но ни одно из них не оказало отрицательного влияния на течение беременности.

**Ключевые слова:** беременные женщины, хирургическая санация полости рта, осложнения при удалении зуба

**Summary.** During 2007–2016, an analysis of the results of surgical debridement of pregnant women in the city of Derbent was conducted. Data collected during the initial examination reveal that on average, 21.66% of pregnant women in Derbent may require surgical tooth extraction. Over the course of the observation, 2844 elective teeth extractions resulted in 73 cases (2.57%) with complications none of which negatively impacted the pregnancy

**Key words:** pregnant women, surgical debridement, complications during tooth extraction

Научная литература изобилует клиническими исследованиями, проведенными в самых разных регионах, которые демонстрируют высокую потребность беременных женщин в санации полости рта, которая включает и большой объем хирургической стоматологической помощи [2, 6, 8, 10, 17].

По данным Е.Н. Жулева и соавт. и Ю.А. Шухоровой и соавт., в Нижнем Новгороде и в Самарской области при распространенности кариеса среди беременных 97,3 и 100% соответственно и его интенсивности поражения 8,77 и 12,3 в структуре КПУ кариозные зубы, подлежащие удалению, составляют 6,55 и 7,7% [8, 17]. Подтверждают вышеизложенное и данные исследования Л.Ф. Можейко и соавт., которые изучали стоматологический статус беременных женщин Минска [10]. Авторы установили, что подлежащие удалению зубы выявляются после срочных родов у 9,4% женщин, а при преждевременных родах еще чаще – у 20,8% беременных.

Результаты наших многолетних исследований в г. Дербент показали, что при колебании средних значений КПУз от 9,98 до 10,44 и индекса «К» от 2,20 до 2,64 в среднем каждая вторая беременная нуждалась в удалении одного зуба [2, 5, 6].

Таким образом, данные литературы и наш собственный материал показывают, что при проведении санации

полости рта беременным женщинам требуется большой объем хирургической стоматологической помощи.

Поскольку доказано, что подлежащие удалению зубы чаще всего являются очагами хронической инфекции, негативно влияют на здоровье матери и оказывают вредное воздействие на плод, операция удаления зуба является важнейшим оздоровительным мероприятием [1, 10, 14, 16].

Следует обратить внимание еще на одно важное обстоятельство. Несмотря на то, что удаление зуба является самым массовым хирургическим вмешательством в стоматологии, очень часто практикующие врачи боятся проводить эту операцию у беременных [1, 7]. У многих врачей и пациентов сохранилось идущее еще из глубины веков предубеждение против экстракции зубов во время беременности [4].

При столь большой значимости данной проблемы мы не нашли в доступной нам литературе сведений о результатах проведения стоматологических хирургических вмешательств при проведении санации полости рта у беременных, кроме как общих рекомендаций – в какой период гестации лучше всего удалять разрушенные зубы [1, 5, 12].

Целью данной работы являлось изучение объема хирургической стоматологической помощи при санации

полости рта у беременных г. Дербент на основе многолетних наблюдений и оценка результатов ее проведения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 10 лет с 2007 по 2016 гг. под наблюдением находились 6416 беременных в возрасте 17–39 лет, обратившихся в женскую консультацию ЦГБ г. Дербент. Сбор статистического материала проводился методом сплошного охвата первичных обращений беременных в течение рабочих дней с 1 января по 31 декабря каждого года наблюдения.

Стоматологические вмешательства осуществлялись в профильном кабинете женской консультации. На каждую беременную заполняли специально разработанную «Карту осмотра полости рта беременной», в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные и удаленные [5]. Для определения объема требуемой хирургической помощи, при регистрации в «Карте осмотра полости рта беременной» элемента «К» индекса КПУ отдельно выделяли зубы, заведомо подлежащие удалению, как рекомендуют некоторые авторы, обозначив их индексом «У<sup>1</sup>» [2, 5, 6, 8, 13].

По результатам первичного обследования беременных распределяли на 3 группы:

- I — беременные со здоровой полостью рта;
- II — беременные с санированной полостью рта;
- III — беременные, нуждающиеся в санации полости рта.

Для оценки объема предстоящей хирургической санации считали нуждающихся в хирургической помощи женщин и число подлежащих удалению зубов, в том числе в среднем на одну беременную [5].

В этой статье мы учитывали только плановые хирургические вмешательства по удалению зубов на 13–32-й неделях беременности [1, 5, 12].

При удалении зуба придерживались следующего алгоритма:

- 1) на удаление зуба пациентку приводила участковая акушерка после проведения разъяснительной беседы с участковым акушером-гинекологом и измерения артериального давления и пульса; давление должно было не превышать 140/90 мм рт. ст. при пульсе не более 80 ударов в минуту;
- 2) перед удалением зуба двукратно, с интервалом 5–10 минут, полоскали рот 20,0 мл 0,05% раствором хлоргексидина в течение 60–90 секунд;
- 3) для местной анестезии использовали наименее опасный для беременных

женщин препарат группы артикаина Ультракаин Д-С 1:2000 [1, 9];

- 4) после удаления зуба, не накладывая тампон, дожидались образования кровяного сгустка в лунке согласно известной методике [7];
- 5) после удаления рекомендовали пациенткам воздержаться от приема пищи в течение 2 часов и в течение дня от горячей пищи;
- 6) повторный осмотр на следующий и на 7–10-й день после экстракции.

Результаты хирургической санации оценивали по счетам числа и доли удаленных зубов. Отдельно подсчитывали осложнения после экстракции: возникшие при проведении местного обезболивания, во время удаления зуба и в послеоперационном периоде. Результаты исследования обработали методами математической статистики с использованием критерия Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сводные данные о состоянии полости рта беременных по результатам первичного обследования представлены в табл. 1.

За годы наблюдения распределение беременных по группам достоверно не изменилось и составило в I группе от 2,42 (2013 г.) до 3,04% (2010 г.), во II группе — от 18,54 (2013 г.) до 20,77% (2007 г.), и в III группе — от 76,20 (2007 г.) до 79,03% в 2013 г. ( $p > 0,05$ ). Также в III группе достоверно не изменилась доля беременных с показаниями к удалению зубов (21,66% в среднем за 10 лет наблюдения), составляя от 20,24 (2010 г.) до 23,30% (2012 г.). Таким образом, за 10 лет наблюдения не выявлено положительной динамики состояния полости рта, что подтверждают ранее опубликованные результаты наших исследований, свидетельствующие о низком уровне стоматологической помощи в регионе [2, 6].

Таблица 1. Нуждаемость беременных в санации полости рта по результатам первичного обследования

Год	Число беременных	Группа							
		I		II		III		III (с показаниями к удалению зубов)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2007	626	19	3,03±0,68	130	20,77±1,62	477	76,20±1,70	143	22,84±1,68
2008	629	17	2,70±0,64	129	20,51±1,61	483	76,79±1,68	139	22,10±1,65
2009	644	18	2,79±0,65	130	20,19±1,58	496	77,02±1,66	135	20,96±1,60
2010	657	20	3,04±0,67	130	19,79±1,55	507	77,17±1,64	133	20,24±1,56
2011	636	18	2,83±0,65	125	19,65±1,57	493	77,51±1,65	134	21,07±1,62
2012	631	19	3,01±0,68	120	19,02±1,56	492	77,97±1,65	147	23,30±1,68
2013	701	17	2,42±0,58	130	18,54±1,46	554	79,03±1,54	147	20,97±1,54
2014	605	15	2,48±0,63	115	19,01±1,59	475	78,51±1,67	131	21,65±1,67
2015	609	16	2,63±0,65	113	18,55±1,57	480	78,82±1,65	129	21,18±1,65
2016	678	17	2,51±0,60	132	19,47±1,52	529	78,02±1,59	152	22,42±1,60
Всего	6416	176	2,74±0,20	1254	19,54±0,49	4986	77,71±0,52	1390	21,66±0,51

Данные об объеме хирургических стоматологических вмешательств при проведении санации полости рта у беременных и их результаты отражены в табл. 2.

Наш опыт показал, что завершить хирургическую санацию полости рта удается не всем беременным. Ни за один год не удалось устранить все очаги хронической одонтогенной инфекции, выявленные при первичном обследовании. От общего числа зубов, подлежащих удалению по результатам первичного обследования, доля удаленных зубов в среднем за 10 лет составила 90,89%: от 88,46 (2014 г.) до 93,33% (2009 г.; различие достоверно,  $p < 0,05$ ).

Важно отметить, что имеющиеся за некоторые годы наблюдения достоверные различия показателей результатов хирургической санации за 2010 и 2014 гг. по сравнению с 2009 г. обусловлены исходным состоянием стоматологического здоровья и особенностями соматического и акушерско-гинекологического здоровья беременных. К примеру, такой показатель как «количество зубов, подлежащих удалению в среднем на одну беременную» наибольшим был в 2008, 2010, 2012, 2015 и 2016 гг. и равнялся 0,51. Достоверно меньше подлежащих удалению зубов было у беременных в 2014 г. — 0,43 ( $p < 0,05$ ). По результатам санации в 2010 г. удалили 296 и в 2014 г. — 230 зубов, а показатель «доля удаленных зубов» за эти годы достоверно не отличался (88,46 и 88,62% соответственно).

Среди причин незавершения хирургической санации у беременных основными являлись не только большой объем требуемой стоматологической помощи и позднее обращение к врачу-стоматологу, но и невозможность проведения стоматологических вмешательств из-за общего состояния, обусловленного особенностями течения беременности и сопутствующей экстрагенитальной

патологией. Беременных нередко, а иногда несколько раз за период беременности приходилось госпитализировать и лечить в условиях стационара, что приводило к прерыванию и незавершению хирургического этапа оздоровления полости рта [3].

Следует особо отметить, что при проведении 2844 плановых операций удаления зуба у беременных на 13–32-й неделях гестации зарегистрировали всего 73 (2,57%) осложнения, ни одно из которых не повлияло на течение беременности. Это является свидетельством того, что выбранный срок проведения плановых хирургических вмешательств являлся оптимальным.

Наиболее часто встречающимся осложнением при экстракции зуба у беременных было проявление острой сосудистой реакции в виде обморока — 35 (47,9%) случаев. Обморок развивался непосредственно во время введения анестетика или в течение 5–10 минут после проведения анестезии. Во всех случаях обморока экстракцию зуба завершили без дополнительного введения анестетика в тоже посещение после проведения простейших мероприятий (дав вдохнуть пары нашатырного спирта, обтерев кожу лица и шеи салфеткой, смоченной холодной водой). Большая доля обмороков среди осложнений объяснима особенностями нервной системы женщин при беременности и увеличением среди них лиц с неустойчивой реактивностью, отвечающих на происходящее парадоксальной реакцией [1, 11].

Гематомы диагностировали в 9 (12,3%) случаях, в том числе у 5 женщин после проведения туберальной анестезии и у 4 после инфильтрационной анестезии на месте выхода подбородочного нерва. Эти осложнения проходили через 7–12 дней без лечения.

Тризм жевательных мышц выявлен в 5 (6,9%) случаях после мандибулярной анестезии, который самостоятельно прошел без последствий на 5–7-й день после удаления.

Самоповреждение мягких тканей в виде укушенной раны щеки по линии смыкания зубов после мандибулярной анестезии выявлено в 1 (1,4%) случае. Рана зажила вторичным натяжением через 2 недели.

К осложнениям, возникшим непосредственно при удалении зуба, отнесены 22 (30,1%) случая переломов коронок или корней, обусловленные значительным поражением зуба кариозным процессом или анатомическими особенностями удаляемого зуба (особенности строения корней, гиперцементоз). Во всех случаях лечение было доведено до конца в тоже посещение общеизвестными хирургическими методами без применения дополнительного обезболивания с наложением швов на слизистую оболочку после

**Таблица 2. Объем хирургической помощи, необходимый для беременных женщин за 2007—2016 гг., при необходимой для беременных женщин за 2003—2012 гг. санации полости рта, и его результаты**

Год	Число беременных	Зубов, подлежащих удалению		Удаленных зубов		Осложнений при удалении	
		абс.	на одну беременную	абс.	%	абс.	%
2007	626	283	0,450±0,027	258	91,17±1,68	7	2,71±1,01
2008	629	327	0,520±0,026*	295	90,21±1,64	7	2,37±0,88
2009	644	300	0,470±0,028	280	93,33±1,44**	8	2,85±0,99
2010	657	334	0,510±0,028*	296	88,62±1,74	8	2,70±0,94
2011	636	295	0,460±0,028	265	89,83±1,76	6	2,26±0,91
2012	631	324	0,510±0,028*	296	91,36±1,56	7	2,36±0,88
2013	701	345	0,490±0,026	315	91,30±1,52	9	2,85±0,94
2014	605	260	0,430±0,026	230	88,46±1,98	7	3,04±1,13
2015	609	312	0,510±0,028*	290	92,95±1,45	7	2,41±0,90
2016	678	349	0,510±0,028*	319	91,40±1,50	7	2,19±0,82
<b>Всего</b>	<b>6416</b>	<b>3129</b>	<b>0,490±0,010</b>	<b>2844</b>	<b>90,89±0,51</b>	<b>73</b>	<b>2,57±0,29</b>

Примечание: \* —  $p < 0,05$  по сравнению с показателем 2014 г., \*\* —  $p < 0,05$  по сравнению с показателями за 2010 и 2014 гг.

щающей ревизии костной раны. Послеоперационное течение протекало без осложнений.

К осложнениям, выявленным в послеоперационном периоде, мы отнесли 1 (1,4%) случай обнажения костной ткани челюсти, возникший после удаления в одно посещение двух рядом расположенных разрушенных зубов. На 15-й день после удаления под местной анестезией убрали выступающий обнаженный костный участок и рану закрыли мобилизованным слизисто-надкостничным лоскутом. Послеоперационное течение — без особенностей.

Важно отметить, что по итогам 2844 плановых операций удаления зуба у беременных в послеоперационном периоде не было ни одного случая луночкового кровотечения и альвеолита, которые нередко встречаются при экстракции зубов. Объяснить это обстоятельство можно тем, что именно начиная с 3-го месяца гестации происходят многочисленные адаптационные изменения в системе гемостаза, с повышением уровня

VII, VIII и X факторов свертывания крови и особенно фибриногена [15].

## ВЫВОДЫ

Результаты исследования показывают, что удаление зубов у беременных при санации полости рта с 13-й по 32-ю неделю гестации при адекватном обезболивании и соблюдении правильной техники оперативного вмешательства не вызывает серьезных осложнений с последствиями для течения беременности.

Крайне важно привлечение участковых акушеров-гинекологов и акушерок к психоэмоциональной подготовке беременных перед операцией удаления зуба. Индивидуальная беседа и соответствующий инструктаж позволяют установить доверительные взаимоотношения и снизить беспокойство перед стоматологическим вмешательством.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Батраков А.В., Батракова Т.В.** Особенности стоматологической хирургической помощи беременным в условиях амбулаторного приема: учебное пособие. — СПб., 2015. — 38 с.
2. **Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б.** Структурная характеристика интенсивности кариеса зубов и исходный уровень стоматологической помощи у беременных женщин по данным 4-летнего наблюдения. — *Клиническая стоматология*. — 2008; 2: 82—86.
3. **Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.** Распространенность и структура экстрагенитальной патологии у беременных женщин, обращающихся за стоматологической помощью в г. Дербент. — *Российский стоматологический журнал*. — 2009; 5: 32—55.
4. **Бахмудов М.Б., Муртазалиев Г.Г., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.** К изучению вопроса об операции удаления зубов у беременных женщин. — В сб. науч. тр. конф.: «Актуальные вопросы стоматологии», посв. 25-летию организации кафедры ФПК и ППС. — Махачкала, 2010. — С. 178—181.
5. **Бахмудов М.Б.** Поражаемость кариесом беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий (по материалам обследования беременных г. Дербент): автореф. дис. ... к.м.н. — Ставрополь, 2010. — 22 с.
6. **Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б.** Анализ распространенности кариеса зубов среди беременных женщин Дербента в динамике за 10 лет наблюдения. — *Стоматология*. — 2012; 4: 60—2.
7. **Губайдулина Е.А., Цегельник Л.Н., Чмырев В.С.** Тактика врача после операции удаления зуба. — *Стоматология*. — 1981; 2: 81—2.
8. **Жулев Е.Н., Лукиных Л.М., Покровский М.Ю.** Стоматологический статус беременной женщины. — *Нижегородский медицинский журнал*. — 2002; 4: 47—50.
9. **Зорян Е.Н., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н.** Препараты артикаина и мепивакаина: особенности фармакологического действия и клинического применения. — *Клиническая стоматология*. — 2002; 2: 28—32.
10. **Можейко Л.Ф., Третьякович А.Г., Макарова О.В.** Анализ влияния стоматологических болезней на течение и исход беременности. — *Современная стоматология (Минск)*. — 2006; 4: 45—8.
11. **Носова В.Ф., Рабинович С.А.** Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам. — *Институт стоматологии*. — 2001; 3: 46—9.
12. **Рабинович С.А., Дмитриева-Носова В.Ф.** Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (часть III). — *Институт стоматологии*. — 2005; 1: 85—7.
13. **Рудько В.Ф.** Принципы и методика изучения стоматологической заболеваемости. — *Стоматология*. — 1964; 1: 99—102.
14. **Рыбаков А.И., Базиян Г.В.** Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. — М.: Медицина, 1973. — 320 с.
15. **Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.** Руководство по практическому акушерству. — М.: МИА, 1997. — С. 34—37, 211—216.
16. **Триголос Н.Н., Михальченко В.Ф., Гавриков Л.К., Ергиева С.И.** Риск преждевременных родов и низкого веса плода на фоне заболеваний пародонта и верхушечного периодонта. — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2011; 1: 32—4.
17. **Шухорова Ю.А., Семина М.А., Мышенцева А.П.** Анализ ситуации по оказанию стоматологической помощи беременным женщинам в Самарской области. — *Управление качеством медицинской помощи*. — 2012; 1: 64—6.