

UDK: 618.3-06+ 616.314.17+ 616.314-08-039.71

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ
(адабиётлар шарҳи)

Шукруллаева Гулираъно Жобировна Бухоро давлат тиббиёт институти
ассистенти gulira'no_shukrullayeva@bsmi.uz

Ахмедов Алибек Баҳодирович Бухоро давлат тиббиёт институти доценти
<https://orcid.org/0009-0007-2946-334X>

ANNOTATSIIYA

Ҳомиладорлик даврида периодонтал касалликларнинг кечиши. Аёлларда ҳомиладорлик даврида деминерализация ўчоқларининг интенсификацияси. Ҳомиладор аёлларда КПУ индекси. Ҳомиладор аёлларда CPITN индексида фойдаланган ҳолда периодонтал тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш. РМА индексида кўра, яллиғланишнинг энг катта интенсификацияси. Ҳомиладор аёллар учун хос бўлган гингивит тури. Ҳомиладор аёлларда pH қийматининг кислоталик даражаси, оғиз бўшлиғида водород ионларининг концентрацияси

Калит сўзлар: КПУ индекси, CPITN индекси, РМА индекси, физиологик ҳомиладорлик, реминерализация, деминерализация, pH қиймати

АННОТАЦИЯ

Заболевания пародонта во время беременности. Интенсивность очагов деминерализации у женщин во время беременности. Индекс КПУ у беременных женщин. Оценка состояния тканей пародонта у беременных женщин с помощью индекса CPITN. Наибольшая интенсивность воспаления по индексу РМА. Виды гингивита, характерные для беременных женщин. Уровень кислотности, значение pH у беременных, концентрация ионов водорода в полости рта.

Ключевые слова: Индекс КПУ, индекс CPITN, индекс РМА, физиологическая беременность, реминерализация, деминерализация, значение pH

ABSTRACT

Periodontal disease during pregnancy. Intensity of demineralization foci in women during pregnancy. KPU index in pregnant women. Assessment of the state of periodontal tissues in pregnant women using the CPITN index. The greatest intensity of inflammation according to the PMA index. Types of gingivitis characteristic of pregnant women. The acidity level of the pH value in pregnant women, the concentration of hydrogen ions in the oral cavity.

Keywords: KPU index, CPITN index, PMA index, physiological pregnancy, remineralization, demineralization, pH value

Ҳомиладорлик даври аёлнинг тиш саломатлиги учун жуда муҳим давр бўлиб, қуйидаги оғиз бўшлиғи касалликлари даражаси ва тузилишининг ўзгариши билан

тавсифланади: кариеснинг интенсивлиги ошади, гингивитнинг турли шакллари пайдо бўлади ёки мавжуд яллиғланишли периодонтал касалликларнинг кечиши ёмонлашади.

Шу сабабдан, Улитовский С. Б (2019) ҳомиладорликнинг сони ва давомийлигига қараб тиш кариесининг кўпайишини қайд этади. Кузатув давридаги КПУ индекси биринчи ҳомиладорликдаги аёлларда 6,41 дан 7,08 гача, иккинчисида эса 9,18 дан 9,96 гача кўтарилган. Физиологик ҳомиладорликда КПУ индекси 7,68 дан 8,25 гача кариеснинг кўпайиши билан кўтарилган. Токсикози мавжуд аёлларда 7,49 дан 8,46 гача кўтарилган.

Ҳомиладор аёлларда бўйин қисми кариесини ўрганаётганда, Гринин В. М бўр доғларининг тарқалиши ҳомиладорликнинг 7-9 хафталигида 23% дан 9 ойгача 63% гача, интенсивлиги эса 4-5 тишга ошганини аниқлади [12].

Жаркова О. А (2014) 68,9 дан 76,8% гача ўчоқли деминерализация шаклида бошланғич кариеснинг юқори тарқалишини кузатди. Таъсирланган тишларнинг ўртача сони ҳомиладор аёл учун $4,74 + 1,14$ дан $5,17 + 1,08$ гача.

Алиев Т. Я ва бошқалар нинг фикрига кўра, ҳомиладорлик даврида деминерализация ўчоқларининг интенсивлиги иккинчи триместрда 0,25 ва учинчи триместрда 0,32 ни ташкил этди [9]. Алиев Т. Я. ва Зейналов Г. А.га кўра бўр доғларининг интенсивлиги ҳомиладор бўлмаган аёлларда 0,22 ўчоқ, ҳомиладор аёлларда эса - иккинчи триместрда 0,96 ва учинчи триместрда 0,58 га тенг еди [9].

Денисенко Л.Н. томонидан олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, оқ доғлари биринч текширувдаёқ аёлларнинг 23,7 фоизда қайд этилган, таъсирланган тишлар сони эса $5,8 + 1,0$ эди [13]. Кузатиш жараёнида бу кўрсаткичлар қуйидаги ўсишни акс эттирган: иккинчи триместрда - 28,9% ва $5,6 \pm 0,9$, учинчи триместрда - 32% ва $5,9 \pm 0,9$; туғруқдан кейин - 32% ва $4,3 \pm 0,9$.

Хамадаева А.М. (2012) ҳомиладорликнинг физиологик даврида кариеснинг бўшлиғи $1,33 + 0,11$ га кўпайишини қайд етган; $1,53 \pm 0,13$ - эрта гестознинг енгил шакли билан; $0,88 \pm 0,13$ - ҳомиладорликнинг сунъий равишда тўхтатгандан кейин. Ҳомиладор бўлмаган аёлларда бу кўрсаткич $0,43 + 0,09$ диапазонни ташкил етди.

Jessani A. ва бошқалар 16 ёшдан 42 ёш оралиғидаги ҳомиладор аёлларни текширишганда КПУ нинг ўртача қиймати - 15,8 ни ташкил этди [5]. Ушбу қийматдан 2,7 - кариесли тишлар; 4,5 - тортилган тишлар ва 8,6 - пломбали тишлар эди; Аёлларнинг 70 фоизи реставрацияни, 10 фоизи эса камида битта тишни олиб ташлашни талаб қилган.

Ҳомиладорлик даврида периодонтнинг ҳолати ҳақидаги маълумотлар уларга нисбатан алоҳида қизиқишни уйғотади. Шундай қилиб, Денисенко Л.Н. бўйича, текширилган аёлларнинг 46,66 фоизда ҳомиладорлик даври гингивитнинг пайдо бўлиши ва кучайиши билан кечган, бунда милк яллиғланиши баъзи бир клиник белгилар билан кечган [14]. Ҳомиладор аёлларда гингивитнинг дастлабки клиник белгилари кўпинча ҳомиладорлик даврининг учинчи (16,99%) ва тўртинчи (14,52%) ойларида содир бўлади. Ҳомиладорлик даврида гингивит доимий равишда ўсиб боради ва диффуз катарал (54,57%) ёки гипертрофик (45,43%) яллиғланиш шаклида ўткир тарзда давом этади ва қуйидаги белгилар билан тавсифланади: оч қизил яллиғланган милк, кучли қон кетиши ва сервикал шиллиқ қаватининг шишиши. Ушбу маълумотлар бир қатор муаллифларнинг фикрларига ҳам мос келади [2, 3, 7].

Қандли диабет билан хасталанган аёлларда ҳомиладорликнинг 11-15 ва 24-26 хафталарида ифлослантирувчи моддалар таъсир қилиш интенсивлигининг ортиши оғиз бўшлиғи гигиенаси билан аниқ боғлиқлиги Anwar N. ва бошқалар томонидан

аниқланган. Проходная В.А. (2018) - ҳомиладорликнинг учинчи триместрда ифлослантирувчи моддалар таъсир қилиш интенсивлигининг ошишини содир бўлишини аниқлаган [1].

Гайфуллина В. Р., Бутвиловский А. В томонидан олиб борилган CPITN индексидан фойдаланган ҳолда периодонтал тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш қуйидаги натижаларни кўрсатди: ҳомиладор аёлларда интакт(бузилмаган) секстантлар ўртача сони $1,76 \pm 0,22$, қон кетиши билан бўлган секстантлар $1,67 \pm 0,19$, тошлар билан $2,39 \pm 0,25$, чўнтаклар билан $0,18 \pm 0,07$ [11]. Ҳомиладорликнинг охирига келиб, бузилмаган периодонтал секстантлар сони 2.3 барабарга камайди.

Денисенко Л. Н. CPITN индексининг ўртача қийматини $0,57 \pm 0,05$ балл деб баҳолади, шу жумладан: соғлом секстантлар сони - $3,41 \pm 0,21$; қон кетиши билан - $1,82 \pm 0,17$; милкусти ва милкости тиш тошлари мавжудлиги билан - $0,40 \pm 0,06$; периодонтал чўнтак билан - $0,24 \pm 0,07$; тишсизлик билан $0,06 \pm 0,03$ балларга тенг эди. Биринчи триместрда гингивал индексининг ўртача қиймати $0,44 \pm 0,05$; иккинчи ва учинчи триместрларда $0,63 \pm 0,07$ индекс билан сезиларли ўсиш қайд этилди [13]. РМА индексига кўра, яллиғланишнинг энг катта интенсивлиги учинчи триместрда содир бўлади ва у қуйидаги қийматда бўлади: $10,8 \pm 1,0\%$.

Onigbinde, O. O., Sorunke, M. E., Braimoh, M. O. лар CPITN индекси бўйича 18 ёшдан 34 ёшгача бўлган ҳомиладор аёлларни текширишганда ҳомиладорликнинг учинчи триместрида тиш бляшка, тош, қон кетиши билан энг кўп секстантлар ҳомиладорликнинг учинчи триместрида учрашини аниқлашган, 35-45 ёш оралиғидаги аёлларда эса таъсирланган секстантлар энг кўп иккинчи триместрда содир бўлган [6].

Onigbinde, O. O., Sorunke, M. E. ва бошқалар биринчи ва иккинчи триместр давридаги аёлларда ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан гингивал индексининг сезиларли ўсишини, учинчи триместрда янада кўпайишини ва туғруқдан кейинги 3 ой ўтдан кейин пасайишини аниқлади [6]. Ушбу маълумотлар бошқа тадқиқотлар натижалари билан мос келади [10].

Figuerо F. ва бошқалар ҳомиладор аёллар учун хос бўлган гингивитни - маҳаллийл гиперплазиядан фарқлашган. Уларнинг фикрига кўра, гиперпластик гингивит, шунингдек, "ҳомиладорлик ўсмаси" ёки ҳомиладорлик грануломаси ёки эпюлис деб аталади ва у ҳомиладорликнинг 2-3 ойида пайдо бўлади, секин ўсиб боради, қон кетиш ва чайновнинг бузилишига мойил бўлади [4].

Saravanan T. ва бошқалар эпюлис учун лунж эпителийси ва кўпинча милк тўқималари манбаъ бўлиши мумкинлигини эътиборга олишди ва у юқори жағнинг олд қисмида ҳомиладорликнинг учинчи триместрида пайдо бўлади ҳамда асимптоматик курс билан тавсифланади [8].

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида рН нинг кислотали томонга сезиларли силжиши кузатилади ва рН қийматининг кислоталик даражаси ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда $0,64$ бирлик кўпроқдир. Энг паст рН қийматлари ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместридаги аёлларда, шунингдек, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида токсикозли аёлларда кузатилган [12, 13].

Оғиз бўшлиғида водород ионларининг концентрацияси сўлак ферментларининг фаоллигига, эмалнинг минерализация ва реминерализация жараёнларига, микросиркуляцияга, микрофлоранинг фаоллигига, оғиз тўқималарининг ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган қаршилигига таъсир қилади.

Оғиз бўшлиғидаги рН нинг энг катта беқарорлигига сабаб бу матаболик портлаш деб аталадиган углевод таркибли маҳсулотларнинг микрофлора томонидан метаболик парчаланишидир [15].

Ушбу портлашнинг чўққиси микроорганизмлар тўпланган тиш ва тил бляшка соҳасида пайдо бўлади. Тиш бляшкасида рН нинг энг катта пасайиши кариоген хусусиятларга боғлиқ бўлган сут кислотаси концентрациясининг максимал ошиши билан мос келади, "дам олган" тиш бляшкасининг рН даражаси эса 4,6 дан 6,8 гача ўзгариб туради. Энг паст қийматлар тишларнинг контакт юзаларида ва олдинги юқори тишларнинг вестибуляр юзаларида кузатилади [15].

Хулоса. Юқоридагиларга асосланиб ҳамда адабиётлар таҳлилини ҳисобга олган ҳолда, оғиз бўшлиғидаги клиник вазиятни объектив баҳолашга имкон берадиган периодонтал индексларнинг оптимал комбинациясини танлаш, шунингдек ҳомиладорлик даврида преэклампсия патологиясининг (ПП) нозологик шаклини аниқлаш учун барча қўшимча шартлар ва омиллардан тўғри фойдаланиш керак.

REFERENCES / ССЫЛКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Anwar N. et al. Factors Associated with Periodontal Disease in Pregnant Diabetic Women //Mymensingh Medical Journal: MMJ. – 2016. – Т. 25. – №. 2. – С. 289-295.
2. Betancourt-Zuluaga L. et al. Oral health in pregnant women treated at a hospital of Manizales (Colombia), 2013: Descriptive study //Revista de la Facultad de Medicina. – 2017. – Т. 65. – №. 4. – С. 615.
3. Corchuelo-Ojeda J., Soto-Llanos L., Villavicencio J. Situation of caries, gingivitis and oral hygiene in pregnant and non-pregnant women in hospitals of Valle del Cauca, Colombia //Universidad y Salud. – 2017. – Т. 19. – №. 1. – С. 67-74.
4. Figuero E. et al. Gingival changes during pregnancy: I. Influence of hormonal variations on clinical and immunological parameters //Journal of clinical periodontology. – 2010. – Т. 37. – №. 3. – С. 220-229.
5. Jessani A. et al. Self-Perceived Oral Health and Use of Dental Services by Pregnant Women in Surrey, British Columbia //Journal of the Canadian Dental Association. – 2016.
6. Onigbinde O. O. et al. Periodontal status and some variables among pregnant women in a Nigeria tertiary institution //Annals of medical and health sciences research. – 2014. – Т. 4. – №. 6. – С. 852-857.
7. Ruiz D. R., Romito G. A., Dib S. A. Periodontal disease in gestational and type 1 diabetes mellitus pregnant women //Oral Diseases. – 2011. – Т. 17. – №. 5. – С. 515-521.
8. Saravanan T., Shakila K. R., Shanthini K. Pregnancy epulis //Indian Journal of Multidisciplinary Dentistry. – 2012. – Т. 2. – №. 3.
9. Алиев Т. Я., Зейналов Г. А. Особенности оказания стоматологической помощи беременным при кариесе зубов //Современная стоматология. – 2019. – №. 2 (75). – С. 49-51.
10. Гажва С. И., Иголкина Н. А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта //Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85. – №. 10. – С. 116-118.
11. Гайфуллина В. Р., Бутвиловский А. В., Манак Т. Н. Обоснование необходимости профилактики стоматологических заболеваний у беременных женщин. – 2013.
12. Гринин В. М., Еркянн И. М., Иванов С. Ю. Распространенность и факторы риска развития основных стоматологических заболеваний у беременных //Стоматология. – 2018. – Т. 97. – №. 4. – С. 19-22.
13. Денисенко Л. Н., Деревянченко С. П., Колесова Т. В. Стоматологическое здоровье беременных женщин //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2012. – Т. 14. – №. 2. – С. 147.

14. Денисенко Л. Н., Касибина А. Ф., Наумова В. Н. Особенности течения гингивитов женщин с поздними токсикозами беременности //Образовательный вестник «Сознание». – 2012. – Т. 14. – №. 7. – С. 135-136.
15. Ерганова О. И. Возможности метода электрометрии твердых тканей зуба //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью " Форум стоматологии", 2013. – №. 3. – С. 44-45.