

БРЕМЕННОСТ И ДЕНТАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

По принцип бременността не представлява контраиндикация за провеждане на дентално лечение. Все пак пред вид психическото и физическо състояние на бременните пациентки трябва да се отделя специално внимание преди и по време на лечението с оглед профилактика на инциденти, които могат да застрашат здравето на плода и майката. Особено важен е ранният период на бременността (до 12-ата седмица), тъй като увреждания през този съществен стадий на ембриогенезата могат да нарушат развитието на органите у плода.

Бременност и планиране на дентално лечение

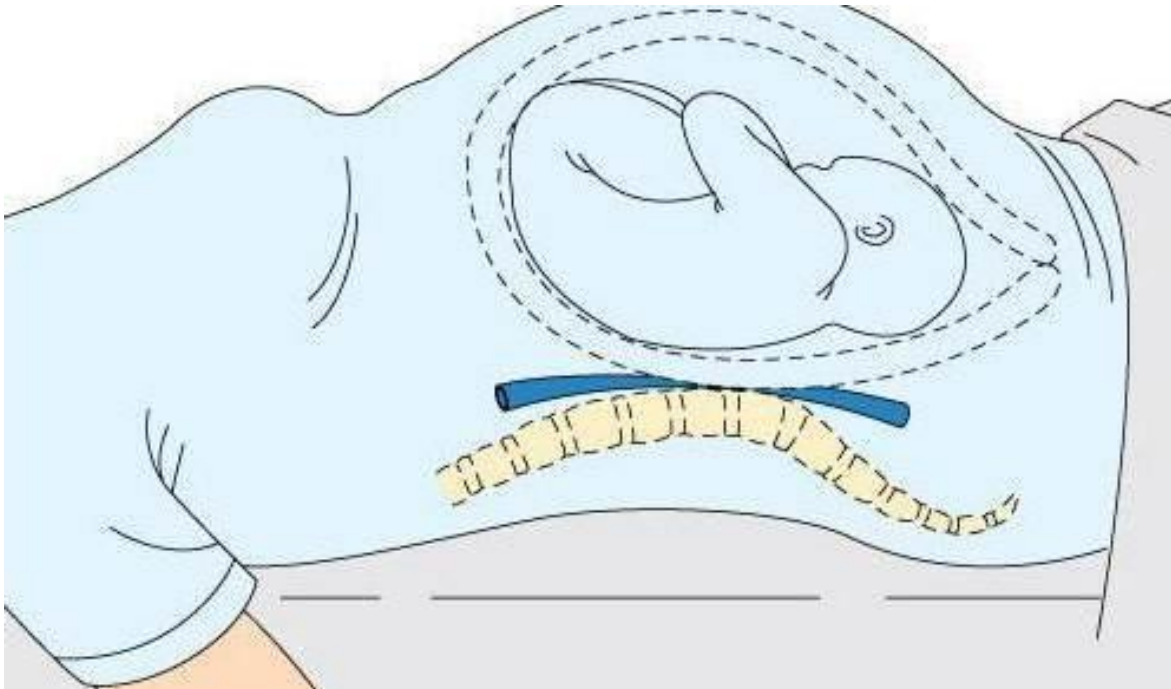
При насочено снети анамнестични данни за застрашена бременност (предишни бременности, завършили със спонтанен аборт, преждевременно раждане, прееклампсия, и бременни над 35 години) е необходимо да се уведоми лекуващият гинеколог за размера и продължителността на предстоящата намеса и да се обсъдят съвместно евентуални предоперативни мероприятия. Съобразно етапа на бременността се решава дали позволяващите отлагане намеси могат да се извършат във фаза с по-малък риск или след раждането. По възможност трябва да се избягват рискови дентални интервенции през първото тримесечие на бременността, за да се предотвратят възможни усложнения. Най-стабилно е протичането на бременността от 4-ия до 7-ия месец и затова през този период се предпочита провеждането на дентални и стоматологично-хирургични мероприятия. През третото тримесечие (след 8-ия месец) всяко психическо и физическо претоварване на бременната може да доведе до преждевременно раждане. Ето защо са индицирани само неотложни хирургични намеси.

При планиране на лечението трябва да се предвиждат кратки и щадящи сеанси. Необходимото през бременността саниране (нпр. малка хирургия, нехирургична пародонтална терапия, терапевтични процедури и др.) е добре да се извършва многоетапно с оглед на опасността от постоперативни усложнения. Контраиндицирани са лечебни процедури с проблематичен изход, например лечение на многокоренови зъби с периапикални усложнения. В такива случаи е необходимо да се предпочете екстракцията.

При нормално протичаща бременност могат да се извършват без голям риск кратки и неотложни хирургични намеси (отстраняване на персистиращи гангренозни корени, на малки доброкачествени тумори, екстракции на разклатени зъби, интраорални инцизии). Необходимо е възникналите перикоронарити да се облекчават с консервативни мерки, а отстраняването на ретинирани зъби, апикалните резекции и други по-обемни интервенции да се отлагат за след освобождаването от бременност.

Лечението на бременната след 6-ия месец се провежда в седнало положение, за да се избегне т. нар. "*vena cava inferior синдром*", изразяващ се в нарушено

кръвообращение от притискането на долната празна вена от гравидната матка.
Фиг. 1, Фиг. 2 а, б



Фиг. 1 Схематично представен "vena cava inferior синдром" при притискане на долната куха вена от плода при хоризонтално положение на пациентката на зъболекарския стол (източник: <http://jacobburton.wordpress.com/2007/04/14/supine-hypotensive-syndrome/>).



Фиг. 2 а, б Правилно и неправилно положение на зъболекарския стол на бременна пациентка (след 6-ти месец на бременността)

Трябва да се помни, че спадане на систоличното кръвно налягане на майката под 80 мм живачен стълб само за 5 минути води до увреждане на плода поради хипоксия на утеро-плацентарния сегмент.

Локалната анестезия се провежда фракционирано, за да се доловят отрано евентуалните странични действия на анестетиците, респ. на техните вазоконстриктивни компоненти. Не се налага специален избор на локален

анестетик, тъй като той се разгражда и отделя от майчиния организъм, без да преминава през плацентата. Могат да се прилагат спокойно анестетици от киселинно-амиден тип (лидокаин), които се разграждат ензимно в майчиния черен дроб. Разчита се на големите компенсаторни възможности на черния дроб у здравата бременна жена, макар и натоварен и от обменните метаболити на фетуса. Трябва да се има пред вид, че адреналиновите деривати, освен че имат странични действия, могат да причинят при невнимателно интравазално инжектиране кардио-васкуларни и церебрални усложнения у бременната и фетуса. Преди стоматологични намеси на страхливи и свръхчувствителни пациентки е показана седативна премедикация за психическа релаксация и намаляване ендогенното изливане на катехоламините. При контракции и опасност от преждевременно раждане се поставя една ампула „No-Spa” (Drotaverine hydrochloride) i.m., след което пациентката се хоспитализира.

Страхът от кръвоизлив след хирургични манипулации при бременни не е оправдан, тъй като е установено достоверно покачване на фактори VII, VIII и X на кръвосъсирването и на фибриногена през бременността. Не са наблюдавани по-чести смущения на оздравителния процес на раните у бременни пациентки.

Бременност и пародонтално здраве

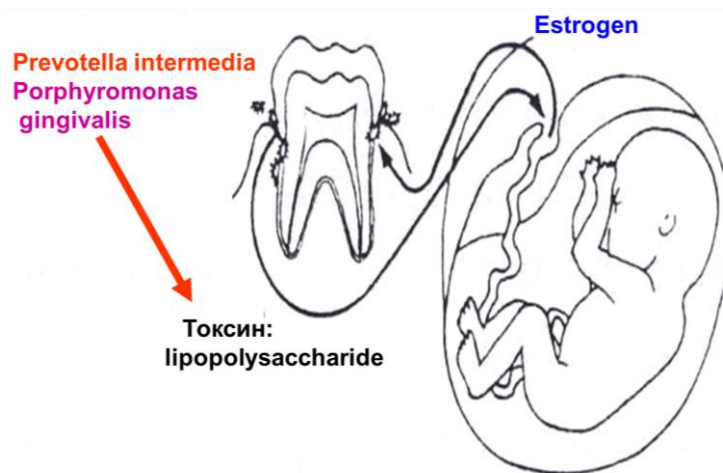
През време на бременността настъпват сложни хормонални промени в организма, свързан с подготовката на майчиния организъм да износи плода. Тези хормонални промени водят до екзацербация на преди съществуващ и безсимптомно протичащ хроничен гингивит. Появява се хиперпластичен гингивит с подчертана пролиферация на капилляри, водещ до ярко червен цвят на венечните папили. При оглед се виждат пролиферирани кръвоносни съдове, които са нежни и кървят силно дори и при леко докосване. Може да се образуват и лъжливи венечни джобове. Между 5-ти и 7-ми лунарен месец на бременността единична папила може да хипертрофира до т.нар. *epulis gravidarum*. Типичната клинична картина и появата му през време на бременността е достатъчно за поставяне на диагнозата, без да е необходимо извършването на биопсия. Бременността не е противопоказание за биопсия, но при силно васкуларизиране на тъканите може да се очаква по-обилно кървене. Ако изменението е достигнало големи размери и пречи на пациентката при хранене или провеждане на хигиенни процедури се препоръчва оперативното му отстраняване. Предпочита се това да се направи с лазер, за по-добра хемостаза. **Фиг. 3 а, б**

Пародонталното здраве при бременните пациентки трябва да се мониторира внимателно. Редица нови проучвания доказват корелацията между влошения пародонтален статус и преждевременното раждане. (Jeffcoat et al., 2003) Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study). **Фиг. 4** Това налага специален инструктаж за провеждането на орално-хигиенните процедури, употребата на хлорхексидин под формата на разтвор за изплакване

на устата и при необходимост провеждане на редовна професионална орална хигиена в кабинета.



Фиг. 3 а, б Ексцизионна лазерна биопсия на *epulis gravidarum*. Наблюдава се добър заздравителен процес десет дни след интервенцията. На пациентката са дадени указания за подобряване на оралната хигиена.



Фиг. 4 Бременността модулира пародонталните тъкани и е причина за екзацербирание на съществуващи пародонтални проблеми. При възпаление някои биологично активни вещества (PgE_2 , $IL-6$, $TNF-\alpha$, ендотоксин) и микроорганизмите от пародонталните джобове могат преминат плацентарната бариера и да предизвикат преждевременно раждане (източник: G. Todd Smith, *The Role of Oral Disease in Systemic Disorders*)

Протетичното лечение трябва да се смята като неналожително през периода на бременността, а ендодонтското лечение има характер на спешна процедура (при пулпит, периодонтит), но без окончателно obtуриране на канала, поради

необходимостта от рентгенов контрол. Предпочита се херметичното затваряне с резорбируема паста от калциев хидроксид и дефинитивно obtуриране с рентгенова снимка след освобождаване от бременност. Препоръчва се смяната на амалгамени obtурации да става също след раждането.

Бременност и стоматологичен рентген

По време на бременността не трябва да се провежда рентгеново изследване. Ако такова изследване е належащо по медицински индикации, то за опазване на плода трябва да се използват всички възможности за намаляване на лъчевото натоварване, особено чрез намаляване броя на рентгеновите снимки, кратка експонация, използване на оловни престилки за пациентките и пр. Освен това при еднакви възможности за диагностична информация трябва да се предпочитат методите с по-малко лъчево обременяване - например на ортопантомограма при снемане на зъбен статус. Някои автори изтъкват в проучванията си раждането на деца с по-ниско тегло след бременност съпътствана от рентгенови изследвания. (Philippe P Hujuel, Antepartum dental radiography and infant low birth weight, JAMA 291:1987-93. 2004). Тези резултати се обясняват с влиянието на йонизиращата радиация върху тиреоидната функция на плода.

Лекарствена терапия по време на бременност

Фармакокинетиката на много медикаменти през бременността е все още недостатъчно изследвана, поради което медикаментозно лечение от всякакъв вид трябва да се провежда в този период само при строги индикации и съблюдаване на рисковете за майката и плода. **Табл. 1** Най-важното изискване за фармакотерапията е избягване на ненужни и маловажни лекарства, както и правилният избор на медикамента и времето за прилагането му. Безкритичното лечение с антибиотици като алтернатива на хирургичната намеса (например интраорална инцизия на малък абсцес) е изобщо недопустимо. Същото се отнася за неоправданото профилактично приемане на антибиотици. Вместо това през бременността се отдава предпочитание на локални, общохиgienни и антисептични мероприятия.

<i>Андрогени, естрогени, гестагени и високи концентрации глюкокортикостероиди</i>	<i>Салицилати</i>
<i>Синтетични антитиреоидни средства</i>	<i>Фенитоин</i>
<i>Кумаринови антикоагуланти</i>	<i>Фенобарбитал</i>
<i>Витамин „К“</i>	<i>Бензодиазепини</i>
<i>Диуретици</i>	<i>Сулфанилурейни препарати</i>

Сулфонамиди (в края на бременността)	АСЕ инхибитори
Цитостатици	Опиати
Карбамазепин, Валпроати	Някои антибиотици*: Тетрациклини, Аминогликозиди, Хлорамфеникол, Клиндамицин, Рифампицин, Флуорхинолони *Антибиотици с голяма молекулна маса (>700-800 D) не преминават плацентата и са подходящи за лечение (β -лактами, макролиди)

Табл. 1. Опасни медикаменти за бременните жени (адаптирано от: Стоян Миленков, Лекарствен справочник, Пловдив, 2008, Медицинско издателство „ВАП“)

При фармакотерапията се съблюдават възможните странични действия за майчиния организъм и за плода - през ембрионалния (1-ви – 3-ти месец), феталния (4-ти и следващите месеци) и перинаталния период.

През феталния период трябва да се избягват тетрациклини и стрептомицин. Тетрациклините преминават в организма на детето и причиняват дефекти в емайла и костното развитие чрез дефицитна минерализация на скелета и зъбите. Пред вид възможните увреждания на вътрешното ухо и слуховия нерв на майката и детето от стрептомицин, прилагането му през бременността е абсолютно противопоказано.

Преди раждането бременната не бива да приема преминаващите през плацентата сулфонамиди и хлорамфеникол. Първите създават опасност за иктерус на плода, а хлорамфениколът води до т. нар. “Grey baby” синдром със сиво-пепелява цианоза, повръщане, метеоризъм, хипертермия и дихателни нарушения у детето и смущения в кръвообразуването у майката.

Подобно на тетрациклините и хлорамфениколите относително контраиндицирано е приемането през цялата бременност и на съдържащите фенацетин аналгетици, които могат да доведат до метхемоглобинемия и бъбречни увреждания. Нестероидните противовъзпалителни също са контраиндицирани, защото предизвикват преждевременна облитерация на *ductus arteriosus Botalli*, а оттам остра сърдечна недостатъчност на плода и смърт през целия период на бременността.

Обикновените терапевтични дози на кортикостероидните препарати не оказват нито абортивно, нито тератогенно действие. Същото се отнася и за локално прилаганите в денталната медицина кортикостероиди за лечение на възпалителни процеси на оралната лигавица. Малките дози и само частичната им резорбция позволява да се прилагат във всяка фаза на бременността.

През периода на лактацията майката може да приема пеницилин и хлорамфеникол, тъй като те преминават в незначителни дози в майчиното мляко. В този период трябва да се избягват тетрациклините и стрептомицинът, които оказват същите странични действия, както преди раждането. По време на лактацията могат да се приемат умерени дози салицилати, преминаващи в ограничени количества в млякото.

Клиничните снимки са от личния архив на доц. д-р Г. Томов.