

Profilaktyka stomatologiczna i postępowanie lecznicze u kobiet w ciąży. Stanowisko grupy roboczej ds. profilaktyki stomatologicznej u kobiet w ciąży Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy

¹Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowego, Katedra Stomatologii Wieków Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

²Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

³Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dentist, Kraków

⁴Praktyka Stomatologiczna Uśmiech w Zabrze

⁵Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Barbara Tymczyńska-Borowicz

SŁOWA KLUCZOWE

profilaktyka przeciwp próchnicowa, ciąża, opieka stomatologiczna

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciąża jest szczególnym okresem w życiu kobiety, w którym powinna dbać o zdrowie swoje i przyszłego potomka. Pod pojęciem „opieka prenatalna” kryje się kompleksowa i wielospecjalistyczna opieka zdrowotna nad kobietą ciężarną, rozwijającym się płodem, a następnie noworodkiem. Profilaktyka próchnicy w okresie ciąży ma za zadanie nie tylko chronić przyszłą matkę przed powstaniem ubytków próchnicowych, ale również jest profilaktyką próchnicy zębów u nienarodzonego jeszcze dziecka.

Cel pracy. Przedstawienie zaleceń na temat stomatologicznego postępowania profilaktyczno-leczniczego u kobiet w ciąży w odniesieniu do chorób jamy ustnej występujących u matki i dziecka.

Materiał i metody. Elektroniczne wyszukiwanie piśmiennictwa w medycznych bazach danych (Pubmed, EMBASE, MEDLINE) oraz ręczne cytowanie piśmiennictwa dotyczącego profilaktyki pierwotnie pierwotnej choroby próchnicowej i opieki stomatologicznej w czasie ciąży.

Wyniki. Dostępne piśmiennictwo wskazuje na bezpieczeństwo prowadzenia działań profilaktyczno-leczniczych w czasie ciąży, w tym stosowania środków znieczulenia miejscowego i stomatologicznej diagnostyki radiologicznej. Leczenie stomatologiczne wymaga modyfikacji uwzględniających zmiany zachodzące w ciąży, jednak może być prowadzone z korzyścią dla zdrowia matki i dziecka.

Wnioski. Opieka stomatologiczna nad kobietą ciężarną powinna obejmować przede wszystkim edukację, działania profilaktyczne oraz lecznicze, jeśli zajdzie taka konieczność. Przyszłym matkom należy uświadomić, że już w okresie płodowym można i trzeba dbać o zdrowie jamy ustnej dziecka.

WSTĘP

Liczne badania nad zjawiskiem kolonizacji jamy ustnej dziecka przez próchnicogenne szczepy bakterii wykazały, że źródłem transmisji bakterii próchnicotwórczych kolonizujących jamę ustną dziecka są jego opiekunowie, najczęściej matka. Stwierdzono, że obecność licznych ognisk próchnicy zębów w jamie ustnej matki zwiększa ryzyko wystąpienia próchnicy wczesnego dzieciństwa (1-3). Ryzyko rozwoju zmian próchnicowych zwiększa wczesna kolonizacja jamy ustnej i słabo zmineralizowanych zębów mlecznych przez *Streptococcus mutans* (2).

Na podstawie tych obserwacji opracowano zagadnienie „pierwotnie pierwotnej profilaktyki próchnicy zębów” czy też „preprofilaktyki próchnicy”, definiujące zabiegi i instruktaże przeprowadzane u kobiety ciężarnej celem ograniczenia w przyszłości intensywności próchnicy zębów u jej nienarodzonego dziecka. Ryzyko infekcji u dziecka oszacować można, wykonując u matki ocenę stanu zdrowia i higieny jamy ustnej, szczególnie intensywności próchnicy z uwzględnieniem liczby aktywnych ognisk próchnicy (pierwotnej i wtórnej), a także zbierając szczegółowy wywiad odnośnie jej nawyków dietetycznych i higienicznych. Pomocne tu mogą być testy ślinowe oceniające miano bakterii próchnicotwórczych w ślinie matki oraz wybarwienie płytki nazębnej (1).

W organizmie kobiety ciężarnej dochodzi do licznych zmian, głównie w układzie hormonalnym, immunologicznym oraz nawykach żywieniowych i zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Zwiększają one ryzyko wystąpienia chorób w obrębie jamy ustnej i wpływają na sposób stomatologicznego postępowania leczniczego (4-10). Najbardziej korzystne dla przyszłej matki i jej potomstwa jest poddanie się kompleksowemu leczeniu stomatologicznemu w okresie poprzedzającym poczęcie. W opiece stomatologicznej u kobiet w wieku rozrodczym należy zatem uwzględnić przygotowanie ich do zmian, jakie zachodzą w środowisku jamy ustnej w czasie ciąży, poprzez działania edukacyjne i profilaktyczno-lecznicze oraz przekazać informacje niezbędne do sprawowania opieki nad zdrowiem jamy ustnej potomstwa po porodzie. Udzielanie informacji na temat zasad dotyczących profilaktyki przeciwp próchnicowej oraz chorób przyzębia powinno spoczywać na lekarzu dentyście lub higienistce stomatologicznej, natomiast wprowadzenie w życie i stosowanie ich w codziennych zabiegach zależą od stopnia zrozumienia problemu oraz sumienności pacjentek (11-13). Wśród czynników wpływających na zgłaszalność się do dentysty na świecie wymieniane są: regularne korzystanie z opieki stomatologa przed ciążą, poziom wiedzy o zdrowiu jamy ustnej i jego wpływie na przebieg ciąży i dziecko oraz poczucie, że leczenie stomatologiczne w ciąży jest bezpieczne (14-18).

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie wytycznych na temat stomatologicznego postępowania profilaktyczno-leczniczego

u kobiet w ciąży w odniesieniu do chorób zębów występujących u matki i dziecka.

MATERIAŁ I METODY

Dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia i zespołów ekspertów w odniesieniu do opieki stomatologicznej kobiet w ciąży. Przeszukano medyczne bazy: Pubmed, EMBASE, MEDLINE, wpisując hasła: „primary-primary prevention”, „dental care in pregnan”, „oral health in pregnan”, „dental treatment in pregnan”. Jako filtry zastosowano: język angielski i polski, prace oryginalne, poglądowe, zalecenia, wytyczne. Na podstawie analizy zgromadzonej literatury opracowano zalecenia dla kobiet w ciąży dotyczące zasad profilaktyki i stomatologicznego postępowania terapeutycznego. Przeglądu piśmiennictwa dokonała Grupa Robocza ds. profilaktyki stomatologicznej u kobiet w ciąży Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy.

WYNIKI

Opieka stomatologiczna kobiety w ciąży obejmuje trzy najważniejsze aspekty: działania profilaktyczne, postępowanie terapeutyczne i promocję zdrowia.

Naczelną zasadą opieki nad kobietą ciężarną powinna być współpraca między lekarzem ginekologiem i lekarzem dentystą, gdyż ochrona zdrowia kobiety w ciąży wymaga stałej opieki stomatologicznej w połączeniu z okresowymi badaniami ciężarnych. Badania ankietowe 3439 Polek w okresie 5 lat od porodu pokazały, jak ważna jest rola lekarza prowadzącego ciążę w zwiększaniu odsetka kobiet ciężarnych korzystających z opieki stomatologicznej – skierowanie przez ginekologa znacząco zwiększało szanse zgłoszenia się do lekarza dentysty (OR = 5,20 (4,05-6,67); $p < 0,001$). Jeszcze większą skuteczność wykazano przy jednoczesnym żądaniu od lekarza dentysty pisemnej odpowiedzi zwrotnej o stanie zdrowia jamy ustnej (OR = 2,19 (1,3-3,66); $p = 0,003$) (17, 18). Równie ważna jest edukacja prozdrowotna kobiet, która wpływa na zmianę niewłaściwych zachowań pacjentek sprzyjających próchnicy zębów oraz chorobom przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej zarówno u kobiet, jak i u przyszłego potomstwa. Kobiety ciężarne powinny być jak najwcześniej poinformowane o tym fakcie, przez co możliwe jest osiągnięcie odpowiedniego poziomu świadomości i motywacji do poprawy higieny jamy ustnej (16, 19, 20).

W przypadku stwierdzenia obecności istnienia ognisk zapalnych w obrębie jamy ustnej, należy dążyć do ich eliminacji już przed okresem ciąży oraz w czasie jej trwania.

Aspekty stomatologiczne, które należy wziąć pod uwagę przy planowaniu ciąży, dotyczą:

- likwidacji ognisk infekcji – zęby pozbawione żywej miazgi powinny być prawidłowo przeleczone endodontycznie lub usunięte,
- eliminacji aktywnych zmian próchnicowych (przy wysokiej aktywności poprzez zastosowanie materia-

tów uwalniających fluor – cementów szkłojonome-
rowych, jako wypełnień tymczasowych długotermi-
nowych),

- likwidacji zmian zapalnych w obrębie dziąseł i błony
śluzowej jamy ustnej,
- profesjonalnego usunięcia złogów nazębnych,
- wprowadzenia działań z zakresu profilaktyki fluor-
kowej,
- wdrożenia prawidłowych nawyków żywieniowych
i higienizacyjnych.

Działania profilaktyczne

Profilaktyka stomatologiczna u kobiet w ciąży obejmuje
zapobieganie próchnicy zębów, kwasowej erozji szkliwa
i chorobom przyzębia (4, 6, 13, 21-23).

Działania profilaktyczne w czasie ciąży mają na celu ob-
niżenie poziomu bakterii próchnicotwórczych i opóźnienie
kolonizacji jamy ustnej dziecka kariopatogenami poprzez:

- płukanie jamy ustnej przez 2 tyg. 0,12% roztworem
chlorheksydyny, 10-15 ml, 2 razy dziennie, przez
30 sek.,
- stosowanie miejscowo związków fluoru (dwukrotne
w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem
1450 ppm F, codzienne płukanie jamy ustnej płukan-
ką z fluorem 225 ppm F (0,05% NaF) – nie zaleca się
wdrażania endogennych metod fluoryzacji (23),
- stosowanie miękkich szczotek do zębów i łagodnych
środków czyszczących,
- oczyszczanie powierzchni języka (gromadzący się
na nim nalot zawiera drobnoustroje i złuszczone
komórki nabłonka, które stanowią rezerwuuar płytki
nazębnej),
- żucie gumy z ksylitolem, 2-3 razy dziennie po posił-
kach, przez 5 min (24),
- promocję zachowań prozdrowotnych, m.in. unikanie
zachowań obarczonych ryzykiem transmisji bakterii
próchnicotwórczych do jamy ustnej dziecka,
- zabiegi profesjonalne: usunięcie złogów nazębnych,
aplikacja lakieru z chlorheksydyną lub związków flu-
oru (pianki, lakiery, żele),
- wdrożenie prawidłowych nawyków żywieniowych
i higienizacyjnych,
- stosowanie płukanek alkalicznych oraz preparatów
remineralizujących szkliwo w celu obniżenia ryzyka
kwasowej erozji szkliwa zębów.

Leczenie stomatologiczne kobiety w czasie ciąży

Wizyta w gabinecie stomatologicznym powinna odbyć
się co najmniej 2 razy w okresie ciąży przy braku potrzeb
leczniczych i co 6 miesięcy po narodzinach dziecka. Termin
pierwszej wizyty najkorzystniej ustalić na 3.-4. miesiąc ciąży,
drugiej zaś w 8. miesiącu ciąży.

Mając na uwadze ryzyko szkodliwego oddziaływania
na płód niektórych leków podczas organogenezy oraz ze
względu na samopoczucie ciężarnej (senność, nudności,

wymioty) w I trymestrze ciąży (do 12.-13. tygodnia), zaleca
się przeprowadzenie oceny stanu zdrowia jamy ustnej, ry-
zyka rozwoju próchnicy i oszacowanie potrzeb leczniczych
pacjentki. Jest to również odpowiedni czas na edukację na
temat zmian zachodzących w jej organizmie, instruktażu
higienicznego i kontroli płytki nazębnej, a także działania
profilaktyczne w obrębie przyzębia i stosowanie miejscowo
związków fluoru.

Optymalnym okresem do przeprowadzenia ewentual-
nych zabiegów stomatologicznych jest II trymestr ciąży (14.-
27. tydzień). W tym okresie organizm pacjentki zaadaptował
się do fizjologicznych zmian hormonalnych, organogeneza
płodowa została zakończona, a ryzyko porodu przedwczesnego
jest stosunkowo niewielkie. Rekomendacje obejmują:

- instruktaż higieniczny i kontrolę płytki nazębnej,
- profesjonalne usunięcie złogów nazębnych według
wskazań,
- kontrolę aktywności choroby,
- leczenie choroby próchnicowej, schorzeń miazgi,
ekstrakcje (4, 6, 7, 22, 25).

W pierwszej połowie III trymestru zalecana jest konty-
nuacja działań z poprzedzającego okresu, jednak w drugiej
połowie należy unikać sytuacji stresogennych, ze względu
na zwiększający się dyskomfort pacjentki wynikający z po-
większania się macicy w wyniku rosnącej masy płodu i ryzyko
wystąpienia tzw. zespołu żyły głównej dolnej.

Niezależnie od etapu ciąży, kobiecie należy zapewnić
maksymalny komfort poprzez ograniczenie czasu zabiegu,
odpowiednie ułożenie i możliwość zmiany pozycji oraz korzy-
stania z toalety w trakcie wizyty, unikanie sytuacji stresogen-
nych m.in. poprzez eliminację bólu – stosowanie środków
znieczulenia miejscowego, podtlenku azotu (26-28).

Do czasu po rozwiązaniu zaleca się odroczyć leczenie pro-
tetyczne, ortodontyczne, planowe zabiegi chirurgiczne (im-
planty, dłutowanie zatrzymanych zębów) oraz wybielanie.

Zapobieganie chorobom przyzębia

Przewlekłe zapalenie przyzębia może być jednym
z istotnych czynników ryzyka wystąpienia porodu przed-
wczesnego oraz niskiej wagi urodzeniowej noworodków.
Niektóre badania wykazały, że u matek, które urodziły
swoje dzieci wcześniej lub z niską wagą urodzeniową,
stwierdza się statystycznie częściej w mikroflorze poddź-
słowej bakterie z gatunków związanych z etiopatogenezą
zapaleń przyzębia (*Actinobacillus actinomycetemcomi-
tans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*,
Treponema denticola). Drobnoustroje te mogą indukować
zwiększone wydzielanie cytokin prozapalnych (IL-1 β , IL-6,
TNF- α), przez co pośrednio przyspieszają syntezę pro-
staglandyn (PGE₂, PGF₂), które odgrywają znaczącą rolę
w prowokowaniu akcji porodowej. Dodatkowo wydzie-
lane do krwiobiegu matki mediatory zapalne wpływają
na nieprawidłową absorpcję składników odżywczych,
w szczególności lipidów, na poziomie łożyska, co może
skutkować niską masą urodzeniową (< 2500 g) (29).

Ciążowe zapalenie dziąseł wymaga przeprowadzenia profesjonalnych zabiegów higienizacyjnych w postaci regularnie powtarzanego skalingu, polerowania koron zębów i uzupełniającego leczenia farmakologicznego preparatami przeciwwzapalnymi. W bardziej zaawansowanych stanach zapalnych leczenie zachowawcze przyzębia jest tylko wstępem do leczenia chirurgicznego. W przypadku konieczności wdrożenia farmakoterapii należy uwzględnić ryzyko dla płodu i stosować leki zgodnie z zaleceniami Food and Drug Administration (FDA), u kobiet ciężarnych leki z grupy A i B, a w sytuacjach, gdy korzyść przewyższa ryzyko, również tych z kategorii C (30). Ponieważ ciąża jest okresem, który wymaga stosowania bezpiecznych dla płodu preparatów leczniczych, przed zaleceniem środków do profilaktyki próchnicy należy rozważyć ich potencjalny szkodliwy wpływ na przebieg ciąży i rozwój nienarodzonego jeszcze dziecka. Zgodnie z klasyfikacją ryzyka leków dla płodu chlorheksydyna zaliczana jest do kategorii B, a więc do leków, w przypadku których badania na zwierzętach nie wykazały ryzyka dla płodu, choć z oczywistych powodów nie potwierdzono wyników tego badania u kobiet w ciąży. Stomatologiczne preparaty chlorheksydyny aplikowane są miejscowo i ich profesjonalne wykorzystanie zalecane jest po zakończeniu organogenezy płodu. Zważywszy, iż przynoszą wyraźne korzyści matce i dziecku, bezpieczeństwo ich stosowania przy przestrzeganiu wskazań nie powinno budzić niepokoju (27, 28). Istotne jest zwrócenie uwagi na zalecanie bezalkoholowych środków do płukania jamy ustnej.

Stosowanie leków i środków do znieczulenia miejscowego

W stomatologii stosuje się głównie leki z grupy antybiotyków oraz środków przeciwbólowych, w tym środki do znieczulenia miejscowego (tab. 1 i 2). Za bezpieczną do stosowania w ciąży i okresie karmienia uznawana jest lidokaina (kat. B). Ze względu na przedłużony czas działania i zwiększone ryzyko wystąpienia methemoglobinemii należy unikać stosowania benzokainy i mepiwakainy (kat. C). Przed podaniem artykainy rekomendowana jest konsultacja z ginekologiem (ze względu na brak badań zaliczana jest do kategorii C). By ograniczyć ryzyko powikłań znieczulenia miejscowego, preferowane są znieczulenia ze środkami obkurczającymi naczynia. Są one powszechnie dodawane do znieczuleń miejscowych, by opóźnić wchłanianie, zwiększyć skuteczność i przedłużyć działanie znieczulenia. Stężenie epinefryny w środkach znieczulających nie przekracza 0,01 lub 0,005 mg/ml odpowiednio dla stężeń 1:100 000 i 1:200 000. Przy zachowaniu odpowiedniej techniki podawania znieczulenia – obowiązkowo za każdym razem należy wykonać aspirację – skumulowana dawka 0,1 mg epinefryny może być bezpiecznie podawana ciężarnym. Odpowiada to 5 ampułkom znieczulenia o stężeniu 1:100 000 lub 10 ampułkom 1:200 000. Sedację podtlenkiem azotu można stosować w II i III trymestrze, nie przekraczając 30-minutowego łącznego

Tab. 1. Stosowanie leków przeciwbakteryjnych w ciąży według kategorii FDA

Antybiotyki			
Amoksycylina	B		
Penicylina	B		
Erytromycyna	B	mogą być stosowane	
Cefalosporyny	B		
Klindamycyna	B		
Metronidazol	B	24-72 h (II, III)	T
Tetracykliny	D	N	N
Inne			
Chlorheksydyna	B	T	T
Nystatyna	B	T	T
Klotrimazol	B	T	T
Flukonazol	C	ostrożnie	ostrożnie
Ketokonazol	C	ostrożnie	N
Podtlenek azotu	C	T (II, III)	T

Tab. 2. Stosowanie środków przeciwbólowych i do znieczulania miejscowego w ciąży według kategorii FDA

Środki przeciwbólowe			
Paracetamol	B		
Kodeina + P	C		
Oksykodon + P	B	mogą być stosowane	
Hydrokodon + P	C		
Morfina	B		
Aspiryna	C		N
Ibuprofen	B	48-72 h unikaj w I i III trymestrze	T
Naproksen	B		T
Znieczulenie miejscowe			
Lidokaina	B	T	T
Mepiwakaina	C	ostrożnie	T
Artykaina	C	ostrożnie	T
Prilokaina	B	T	T
Bupiwakaina	C	ostrożnie	T

czasu podawania oraz używając stężenia 50%. Należy pamiętać, że ciężarne wymagają niższych dawek podtlenku azotu, by osiągnąć stan sedacji.

Diagnostyka radiologiczna

Przy podejmowaniu decyzji o wykonywaniu zdjęć rentgenowskich u ciężarnych należy zawsze rozważyć, czy korzyści wynikające z przeprowadzenia określonej procedury radiologicznej przewyższają ryzyko ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie oraz zastosować wszelkie środki ostrożności. Zdjęcia rentgenowskie należy wykonywać wtedy, gdy są one niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, a ekspozycja musi być utrzymana na najmniejszym możliwym poziomie. Jest to zgodne z podstawową zasadą radiologii światowej ustanowioną przez Międzynarodową Komisję Ochrony Radiologicznej (International Commission on Radiological Protection – ICRP), a określaną akronimem ALARA (ang. *As Low As Reasonably Achievable*). Badanie radiologiczne przy użyciu nowoczesnego sprzętu, przy jednoczesnym przestrzeganiu ustalonych zasad ochrony, jest obecnie oceniane jako bezpieczne, a ekspozycja dawki < 0,05-0,1 Gy (lub 5 radów) nie powoduje skutków szkodliwych dla płodu. W stomatologii najczęściej wykorzystuje się zdjęcia wewnątrzustne, których jednorazowa dawka promieniowania wynosi 1-2 mGy, status zębowy to 18 zdjęć, które sumarycznie nie przekraczają bezpiecznej dawki (31, 32).

Postępowanie z kobietą w ciąży podczas leczenia stomatologicznego

Podczas zabiegu stomatologicznego zalecane jest przyjmowanie pacjentek w ciąży w pozycji półleżącej na lewym boku z uniesionym prawym pośladkiem o 10-12 cm, z odciążającym o 12-15° podparciem biodra poduszką po stronie prawej lub pozycji siedzącej. W przypadku pozycji leżącej (ułożenie kobiety w ciąży na plecach) macica uciska żyłę główną dolną, utrudniając powrót krwi żyłnej do serca, co może prowadzić do hipotonii tętnicznej, niedokrwienia mózgu, omdlenia matki oraz zmniejszenia przepływu krwi przez łożysko, a nawet niedotlenienia dziecka. W pierwszych miesiącach ciąży mogą nasilać się objawy dyspeptyczne i refluksu żołądkowego, co stwarza niebezpieczeństwo zachłyśnięcia się. Należy również zwrócić uwagę na temperaturę pomieszczenia oraz obecność zapachów, ponieważ w czasie ciąży wrażliwość na temperaturę, smaki i zapachy jest zmieniona, dlatego wskazane jest unikanie substancji o intensywnym lub nieprzyjemnym smaku lub zapachu. Zalecane jest również spożycie przez ciężarną niewielkiego posiłku i napoju przed wizytą, aby uniknąć odwodnienia lub omdlenia z powodu hipoglikemii. Należy pamiętać, że przeprowadzanie leczenia w I trymestrze ciąży wiąże się z większym ryzykiem poronienia oraz niekorzystnego wpływu na

organogenezę, natomiast w III trymestrze może dojść do przedwczesnego porodu między 32. a 36. tygodniem ciąży. W takich sytuacjach lekarz stomatolog musi współpracować z lekarzem ginekologiem prowadzącym ciążę, oceniając ryzyko oraz potencjalne korzyści przeprowadzenia lub zaniechania leczenia. Dlatego też najkorzystniejszym okresem na przeprowadzenie zabiegów stomatologicznych jest początek II trymestru, natomiast leczenie ostrych stanów zapalnych należy wykonywać natychmiast w każdym okresie (4, 7, 22, 25).

Edukacja prozdrowotna

Podczas instruktażu dla kobiet w ciąży powinny zostać przekazane następujące informacje:

1. Zęby dziecka zaczynają się rozwijać w 4.-6. miesiącu życia płodowego.
2. Wzrost stężenia hormonów płciowych we krwi i zmiany w wydzielaniu śliny oraz w składzie płynu dziąsłowego wpływają na odkładanie płytki bakteryjnej i stan zdrowia przyzębia.
3. Zła higiena jamy ustnej i choroby przyzębia mogą stwarzać w niektórych przypadkach ryzyko przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej dziecka.
4. Próchnica zębów jest chorobą wywołaną przez bakterie, które kolonizują jamę ustną już od urodzenia najczęściej na drodze transmisji od opiekunów dziecka.
5. Matka powinna zredukować czynniki ryzyka wystąpienia powikłań zdrowotnych poprzez codzienne, regularne zabiegi higienizacyjne, unikanie palenia tytoniu i wszelkich używek, racjonalne odżywianie i regularne wizyty kontrolne u lekarza dentysty.
6. Pierwsza wizyta z dzieckiem w gabinecie dentystycznym powinna odbyć się pomiędzy 6. a 12. miesiącem życia dziecka, w celu ustalenia indywidualnej strategii zapobiegania próchnicy.

PODSUMOWANIE

Opieka stomatologiczna nad kobietą ciężarną powinna obejmować przede wszystkim edukację, działania profilaktyczne oraz lecznicze, jeśli zajdzie taka konieczność. Przyszłym matkom należy uświadomić, że już w okresie płodowym można i trzeba dbać o zdrowie jamy ustnej dziecka. Kobiety w ciąży należy zachęcać do zdrowego odżywiania i racjonalnej diety (bogatej w owoce, warzywa i produkty mleczne), regularnej higieny jamy ustnej, zdrowego i spokojnego trybu życia, tak aby postępowanie terapeutyczne ograniczyć tylko do działań zapobiegawczych, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo stosowanych materiałów, środków znieczulających i leków oraz ograniczenie czasu trwania wizyt ze względu na niedogodną pozycję ciała, szczególnie w zaawansowanej ciąży.

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Elżbieta Pels

Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowego
Katedra Stomatologii Wieków Rozwojowego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Karmelicka 7, 20-081 Lublin
tel.: +48 (81) 532-06-19
elzbieta.pels@umlub.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Dacyna N, Trzaska M, Zawadzka A et al.: Wskaźniki wysokiej liczby bakterii kariogennych u kobiet ciężarnych. *Nowa Stomatol* 2017; 22: 63-72.
2. Mitchell SC, Ruby JD, Moser S et al.: Maternal transmission of mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent* 2009; 31(3): 193-201.
3. Finlayson TL, Gupta A, Ramos-Gomez FJ: Prenatal Maternal Factors, Intergenerational Transmission of Disease, and Child Oral Health Outcomes. *Dent Clin North Am* 2017; 61(3): 483-518.
4. Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals. February 2010; http://www.cdafoundation.org/portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf (data dostępu: 10.09.2018).
5. Gończowski K, Gandurska-Dyga M, Górnik N et al.: Ocena stanu zdrowia jamy ustnej u kobiet ciężarnych. Analiza wybranych wskaźników. *Por Stomat* 2005; 10: 27-32.
6. California Dental Association Foundation; American College of Obstetricians and Gynecologists, District IX: Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. *J Calif Dent Assoc* 2010; 38: 391-440.
7. Kalińska A, Olczak-Kowalczyk D: Opieka stomatologiczna w czasie ciąży. *Med Dopl* 2014; 3: 33-43.
8. Barak S, Oettinger-Barak O, Oettinger M et al.: Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 624-628.
9. Podsiadło-Urban G, Kiernicka M, Wysokińska-Miszczuk J: Wpływ estrogenów i progesteronu na stan przyzębia w poszczególnych okresach życia kobiety – przegląd piśmiennictwa. *Dent Med Probl* 2010; 47: 89-96.
10. Naseem M, Khurshid Z, Ali Khan H et al.: Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. *SJDR* 2016; 7: 138-146.
11. Opydo-Szymaczek J, Borysewicz-Lewicka M: Opieka stomatologiczna nad kobietą w aspekcie profilaktyki próchnicy – na podstawie piśmiennictwa. *Czas Stomatol* 2005; 58: 188-193.
12. Mędrala-Kuder E: Wybrane zwyczaje żywieniowe kobiet w ciąży. *Roczn PZH* 2006; 57: 389-395.
13. American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD: Guideline on Perinatal Oral Health Care. Chicago, Illinois: American Academy of Pediatric Dentistry, 2011; http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf (data dostępu: 10.09.2018).
14. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL: Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health* 2010; 10: 75.
15. Keirse MJNC, Plutzer K: Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med* 2010; 38: 3-8.
16. Thomas N, Middleton P, Crowther C: Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8: 13.
17. Kobylińska A, Sochacki-Wójcicka N, Dacyna N et al.: The role of the gynaecologist in the promotion and maintenance of oral health during pregnancy. *Ginekolog* 2018; 89(3): 120-124.
18. Kobylińska A, Sochacki-Wójcicka N, Gozdowski D et al.: Opieka stomatologiczna w czasie ciąży w Polsce. Postnatalne badanie ankietowe. *Nowa Stomatol* 2018; 23(1): 18-24.
19. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE et al.: Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2010; 141(5): 553-561.
20. Al Khamis S, Asimakopoulou K, Newton T, Daly B: The effect of dental health education on pregnant women's adherence with toothbrushing and flossing – A randomized control trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45: 469-477.
21. Olczak-Kowalczyk D, Wagner L: Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci. Borgis, Warszawa 2013: 25-32.
22. Kumar J, Samelson R: Oral health care during pregnancy recommendations for oral health professionals. *N Y State Dent J* 2009; 75: 29-33.

23. Takahashi R, Ota E, Hoshi K et al.: Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: CD011850.
24. Nakai Y, Shinga-Ishihara C, Kaji M et al.: Xylitol gum and maternal transmission of mutans streptococci. *J Dent Res* 2010; 89(1): 56-60.
25. Kurien S, Kattimani VS, Sriram R et al.: Management of Pregnant Patient in Dentistry. *J Int Oral Health* 2013; 5: 88-97.
26. Gończowski K: Leki stosowane do znieczuleń miejscowych w stomatologii. *e-Dentico* 2014; 4: 24-33.
27. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs: Transfer of drugs and another chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001; 108: 776-789.
28. Cengiz SB: The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence Int* 2007; 38: e133-142.
29. Wu M, Chen SW, Su WL et al.: Sex Hormones Enhance Gingival Inflammation without Affecting IL-1 β and TNF- α in Periodontally Healthy Women during Pregnancy. *Mediators Inflamm* 2016; 2016: 4897890.
30. Food and Drug Administration: Labeling and prescription drug advertising: Content and format for labeling for human prescription drugs. *Fed Regist* 1979; 44: 37434-37467.
31. American Dental Association Council on Scientific Affairs, U.S. Department of Health and Human Services; Public Health Service Food and Drug Administration: Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure. Revised 2012; <https://www.fda.gov/radiation-emittingproducts/radiationemittingproductsandprocedures/medicalimaging/medicalx-rays/ucm116504.htm> (data dostępu: 10.09.2018).
32. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ et al.: Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2008; 139(6): 685-695.

nadesłano:

16.10.2018

zaakceptowano do druku:

6.11.2018