

*ANGELIKA KOBYLIŃSKA¹, NICOLE SOCHACKI-WÓJCICKA², DARIUSZ GOZDOWSKI³, DOROTA BOMBA-OPOŃ², MIROSŁAW WIELGOŚ², DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK¹

Opieka stomatologiczna w czasie ciąży w Polsce. Postnatalne badanie ankietowe

¹Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

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

²Klinika i Katedra Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Kliniki i Katedry: prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

³Katedra Doświadczalnictwa i Bioinformatyki, Wydział Rolnictwa i Biologii, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Kierownik Katedry: dr hab. Krzysztof Pawłowski

SŁOWA KLUCZOWE

opieka stomatologiczna,
ciąża, profilaktyka, czynniki
socjodemograficzne, lekarz ginekolog

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciąża jest okresem zwiększonego ryzyka występowania chorób w obrębie jamy ustnej, mających wpływ na przebieg ciąży i zdrowie dziecka. Kobiety ciężarne powinny dbać o zachowanie zdrowia uzębienia i przyzębia poprzez intensyfikację działań profilaktycznych i leczniczych.

Cel pracy. Ocena powodów zgłoszenia się kobiet w ciąży do dentysty i rodzaju udzielanych im świadczeń stomatologicznych z uwzględnieniem wpływu czynników socjodemograficznych, w tym miejsca zamieszkania, oraz rodzaju placówki medycznej.

Materiał i metody. Przeprowadzono elektroniczne badanie ankietowe kobiet do 5 lat po porodzie (zgoda Komisji Bioetycznej WUM). Pytania dotyczyły danych socjodemograficznych, przebiegu ciąży i porodu, wizyt w gabinecie stomatologicznym w czasie ciąży, rodzaju wykonywanych procedur oraz placówek, w których je wykonywano. Do analizy statystycznej zastosowano test chi-kwadrat, współczynnik korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki. Analizowano 3439 ankiety kobiet w wieku 13,1-45,4 roku, wypełnione od 2 tygodni do 5 lat po porodzie, w tym 40,9% mieszkanki dużych miast, 74,8% z wykształceniem ponadmaturalnym, 41% w dobrej sytuacji ekonomicznej. Wizytę w gabinecie stomatologicznym w czasie ciąży, częściej prywatnym, odbyło 62,3% kobiet. Najczęściej przyczyną wizyty była potrzeba lecznicza. Zgłaszalność i powody wizyty zależały od: wieku, statusu ekonomicznego, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, opieki stomatologicznej przed ciążą i zaleceń ginekologa. Świadczeń stomatologicznych udzielono 63% kobietom, które zgłosiły się do dentysty. Najczęściej leczono próchnicę zębów (53,7%), wykonywano skaling (13,6%) i leczenie endodontyczne (9,5%), najrzadziej zdjęcia radiologiczne (2,5%). Z wyjątkiem ekstrakcji i leczenia endodontycznego wszystkie procedury wykonywano częściej w gabinetach prywatnych niż posiadających umowę z NFZ.

Wnioski. Zgłaszalność ciężarnych do dentysty, modyfikowana czynnikami socjodemograficznymi, jest związana z potrzebami leczenia stomatologicznego i skierowaniem od ginekologa. Zbyt rzadkie wykonywanie procedur profilaktycznych i unikanie diagnostyki radiologicznej w czasie ciąży wskazują na konieczność rozpowszechnienia wiedzy dotyczącej zasad opieki stomatologicznej w czasie ciąży wśród przyszłych matek i lekarzy dentystów.

WSTĘP

Zmiany zachodzące w organizmie kobiety w okresie ciąży, zwłaszcza dotyczące układu hormonalnego, immunologicznego, ilości i jakości śliny oraz zaburzenia przewod

opokarmowego, są przyczyną wzrostu ryzyka chorób w obrębie jamy ustnej, które mogą mieć negatywny wpływ na jakość życia, zdrowie ogólne kobiety, przebieg ciąży i zdrowie dziecka. Udowodniono związek pomiędzy występowaniem

zapaleń przyzębia u kobiety ciężarnej a niską wagą urodzeniową i przedwczesnym porodem oraz między wysoką liczebnością bakterii próchnicotwórczych a próchnicą zębów mlecznych u dziecka (1-5). Opieka stomatologiczna nad kobietą w ciąży powinna więc być wzmocniona i kompleksowa (ang. *concept of a whole mouth therapy*), tj. obejmować intensywną profilaktykę chorób jamy ustnej, leczenie próchnicy i jej powikłań, chorób dziąseł i przyzębia oraz błony śluzowej jamy ustnej (6-9).

Kobietom w okresie ciąży i porodu w Polsce przysługuje większy zakres procedur leczniczych i profilaktycznych w ramach świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który pozwala na regularne, co 3 miesiące, badania kontrolne, wykonywanie niezbędnych zabiegów profilaktycznych i leczniczych oraz indywidualną edukację prozdrowotną. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku (zastąpione następnie rozporządzeniem z dnia 20 września 2012 roku) wprowadziło dodatkowo standardy postępowania w okresie ciąży i porodu, które podkreślają konieczność wizyty u lekarza dentysty w okresie ciąży i znaczenie utrzymania zdrowia jamy ustnej. Uwzględniają one propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej (do 10. tyg. ciąży), kontrole stanu zdrowia jamy ustnej (w okresach 11.-14., 21.-26., 33.-37. tydzień ciąży) w ramach świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarza lub położną oraz kontrolne badanie stomatologiczne z uwzględnieniem oceny stanu zdrowia jamy ustnej, określeniem potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustaleniem planu leczenia do 10. tygodnia ciąży. Podejmowane są także działania promocyjne i edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej, m.in. przez szkoły rodzenia, samorządy regionalne, towarzystwa naukowe i Ministerstwo Zdrowia.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena powodów zgłoszenia się kobiet w ciąży do dentysty i rodzaju udzielanych im świadczeń stomatologicznych z uwzględnieniem wpływu czynników socjodemograficznych, w tym miejsca zamieszkania, oraz rodzaju placówki medycznej.

MATERIAŁ I METODY

Do anonimowego, elektronicznego badania ankietowego zaproszono kobiety po przebytej ciąży, rozwiązanej w okresie do 5 lat od daty wypełnienia ankiety. Badanie przeprowadzono w kwietniu i maju 2017 roku. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące: wieku w dniu rozwiązania ciąży i aktualnego miejsca zamieszkania (duże miasto, małe miasto i wieś), poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej rodziny, aktywności zawodowej, przebiegu ciąży i porodu (choroby towarzyszące, termin porodu, sposób rozwiązania ciąży), masy urodzeniowej dziecka, korzystania z opieki stomatologicznej w czasie ciąży, przyczyn zgłoszenia się do dentysty oraz wykonywanych zabiegów profilaktycznych i leczniczych. Z analizy wykluczono kwestionariusze błędnie lub niekompletnie wypełnione. Kwestionariusz

badania ankietowych dotyczący okresu ciąży był oceniony przez Komisję Bioetyczną WUM (zgoda nr KB/93/2015 z dn. 5/05/2015).

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu chi-kwadrat oraz analizy korelacji z użyciem współczynnika korelacji rang Spearmana. Analizy przeprowadzono w programie Statistica 12 (Statsoft), przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Spośród wypełnionych 3455 ankiet do ostatecznej analizy włączono 3439. Charakterystykę socjodemograficzną ankietowanych przedstawia tabela 1. Ankiety były wypełniane od 2 tygodni do 5 lat od rozwiązania ciąży (średnio po $1,78 \pm 1,44$ roku). Wiek kobiet w dniu rozwiązania ciąży wahał się od 13 do 43 lat (średni wiek $26,79 \pm 4,06$ roku), w czasie wypełnienia ankiety od 13,1 do 45,4 roku (średni wiek $28,84 \pm 4,04$ roku). W przypadku 2524 (73,4%) kobiet była to ciąża pierwsza. U 1019 (29,6%) ankietowanych w czasie ciąży wystąpiły zaburzenia ogólne. Najczęściej zgłaszano: zagrożenie porodem przedwczesnym (16,1%), choroby tarczycy (18,17%), nadciśnienie tętnicze (8,5%) i cukrzycę (7,7%), rzadziej stan przedrzucawkowy (2,0%) i cholestazę ciążową (1,7%). Ciąża była rozwiązywana o czasie u 92,9% kobiet, najczęściej przez poród siłami natury (61,8%). Cesarskie cięcie ze wskazań nagłych wykonano u 22,1% ankietowanych, a jako zabieg planowy u 16,1%. Z masą urodzeniową poniżej 2500 g (średnia masa urodzeniowa 3389 ± 532 g) urodziło się 170 dzieci (4,9%).

Wizytę u dentysty w czasie ciąży odbyło 2142 (62,3%) spośród ankietowanych kobiet, rzadziej mieszkające na wsi (58,6%) i w małym mieście (60,6%) niż w dużym mieście (66,0%). Oprócz miejsca zamieszkania ($r = 0,047$) zgłaszanie się na wizytę do gabinetu stomatologicznego było związane także z sytuacją materialną (współczynnik korelacji rang Spearmana $r = 0,076$), poziomem wykształcenia ($r = 0,090$), aktywnością zawodową w czasie ciąży ($r = 0,068$), otrzymaniem skierowania od lekarza ginekologa ($r = 0,287$) oraz korzystaniem z opieki stomatologicznej przed zajściem w ciążę ($r = 0,249$). Nie miały natomiast wpływu czynniki związane ze stanem ogólnym zdrowia kobiety, ciążą i porodem.

Większość pierwszych wizyt odbyła się w środkowym (47,9%) i pierwszym (37,9%) trymestrze ciąży. Trymestrze, w którym odbyły pierwszą wizytę, nie pamiętało 87 kobiet. Spośród ankietowanych, które odbyły wizytę u dentysty, skierowanych przez ginekologa zostało 529 (24,7%), od 255 (48,2% skierowanych) lekarz prowadzący ciążę wymagał również pisemnej informacji zwrotnej o stanie zdrowia jamy ustnej. Powody zgłoszenia się do dentysty w czasie ciąży i rodzaj wykonywanych zabiegów przedstawiają tabela 2 oraz rycina 1.

Kobiety mieszkające w miastach istotnie statystycznie częściej niż mieszkające na wsi zgłaszały się do dentysty z powodu poczucia konieczności zapobiegania chorobom jamy ustnej. Wpływ innych czynników socjodemograficznych

Tab. 1. Charakterystyka socjodemograficzna ankietowanych kobiet

	Łączna liczba ankietowanych	3439 (100%)
Wiek w dniu rozwiązania (w latach)	≤ 20	200 (5,8%)
	21-25	1104 (32,1%)
	26-30	1551 (45,1%)
	> 30	584 (17%)
Wiek w dniu badania (w latach)	≤ 20	62 (1,8%)
	21-25	620 (18,0%)
	26-30	1633 (47,5%)
	> 30	1124 (32,7%)
Miejsce zamieszkania	wieś	911 (26,5%)
	małe miasto	1122 (32,6%)
	duże miasto	1406 (40,9%)
Wykształcenie	podstawowe/gimnazjalne/zasadnicze zawodowe	117 (3,4%)
	średnie	750 (21,8%)
	niepełne wyższe/wyższe	2574 (74,8%)
Aktywność zawodowa w czasie ciąży		2750 (80,0%)
Sytuacja materialna	zła	316 (9,2%)
	przeciętna	1713 (49,8%)
	dobra lub bardzo dobra	1410 (41%)
Korzystanie z opieki stomatologicznej przed ciążą	w razie potrzeby	1625 (47,3%)
	1 raz w roku	1139 (33,1%)
	częściej niż raz w roku	607 (17,7%)

obrazuje tabela 3. Odnotowano także istotne korelacje między zagrożeniem porodem przedwczesnym a zgłoszeniem się do dentysty z powodu krwawienia dziąseł ($r = 0,068$) oraz z bólem zęba ($r = 0,044$).

Zabiegi profilaktyczne lub lecznicze wykonano u 63% kobiet, które zgłosiły się do dentysty. Częstość ich wykonywania nie była istotnie zależna od miejsca zamieszkania, z wyjątkiem skalingu (tab. 2). Wykonywanie tego zabiegu było także dodatnio skorelowane z wiekiem, aktywnością zawodową w czasie ciąży i poziomem wykształcenia. Te same czynniki były ujemnie skorelowane z wykonaniem ekstrakcji zęba (tab. 3). Nie stwierdzono zależności między realizacją tych procedur a czynnikami związanymi ze stanem ogólnym kobiety, ciążą i porodem.

Spośród kobiet, które zgłosiły się do dentysty, 65,9% korzystało z usług gabinetu prywatnego, 18,0% zarówno z gabinetu prywatnego, jak i posiadającego umowę z NFZ, 16,1%

wyłącznie z gabinetu posiadającego umowę z NFZ (tab. 4). Częstość wykonywania zabiegów profilaktycznych lub leczniczych była zależna od rodzaju podmiotu medycznego (dla gabinetów prywatnych $r = 0,051$; dla posiadających umowę z NFZ $r = -0,051$). Leczenie kanałowe i ekstrakcje zęba wykonywano z podobną częstością we wszystkich rodzajach palcówek leczniczych. Pozostałe procedury stomatologiczne były częściej wykonywane w gabinetach prywatnych niż posiadających umowę z NFZ.

DYSKUSJA

Wizytę kontrolną w gabinecie stomatologicznym należy uznać za stały element opieki medycznej nad kobietami w ciąży. Jednak zgodnie z przedstawionymi przez nas wynikami wizyty takiej nie odbywa co czwarta kobieta. Retrospektywny charakter badań i czas, jaki upłynął, mogły wpłynąć na wyniki, jednak są one zbliżone do przedstawionych

Tab. 2. Powody zgłoszenia się do dentysty w czasie ciąży i rodzaj wykonywanych zabiegów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

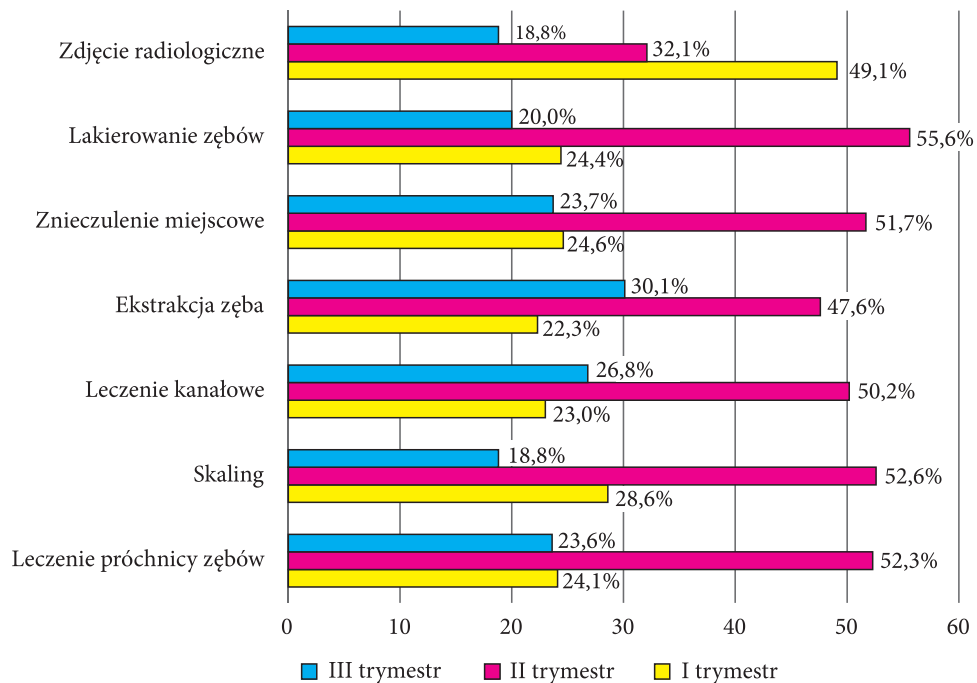
	Wieś 100%	Małe miasto 100%	Duże miasto 100%	P	Łącznie 100%
	n (%)				
Odbyta wizyta u dentysty	534 (100)	680 (100)	928 (100)	–	2142 (100)
Powód wizyty u dentysty					
skierowanie od ginekologa	108 (20,2)	128 (18,8)	175 (18,9)	0,722	411 (19,2)
potrzeba profilaktyczna	141 (26,4)	215 (31,6)	301 (32,4)	0,002*	657 (30,7)
– profilaktyka próchnicy	44 (8,2)	57 (8,4)	108 (11,6)	0,005*	209 (9,8)
– usunięcie kamienia nazębnego	119 (22,3)	178 (26,2)	253 (27,3)	0,007*	550 (25,7)
potrzeba lecznicza	403 (75,5)	528 (77,6)	642 (69,2)	0,445	1573 (73,4)
– krwawienie z dziąseł	62 (11,6)	98 (14,4)	102 (11,0)	0,218	262 (12,2)
– leczenie próchnicy	335 (62,7)	400 (58,8)	501 (54,0)	0,830	1236 (57,7)
– ból zęba	151 (28,3)	192 (28,2)	240 (25,9)	0,939	583 (27,2)
– usunięcie zęba	32 (6,0)	36 (5,3)	46 (5,0)	0,924	114 (5,3)
Rodzaj wykonywanych procedur stomatologicznych					
leczenie próchnicy zębów	294 (55,1)	375 (55,1)	481 (51,8)	0,627	1150 (53,7)
skaling	47 (8,8)	103 (15,1)	142 (15,3)	< 0,001*	292 (13,6)
leczenie kanałowe	60 (11,2)	64 (9,4)	80 (8,6)	0,622	204 (9,5)
ekstrakcja zęba	30 (5,6)	35 (5,1)	44 (4,7)	0,970	109 (5,1)
znieczulenie miejscowe	160 (30,0)	205 (30,1)	275 (29,6)	0,454	640 (29,9)
lakierowanie zębów	28 (5,2)	42 (6,2)	71 (7,7)	0,049*	141 (6,6)
zdjęcie radiologiczne	18 (3,4)	16 (2,4)	20 (2,2)	0,517	54 (2,5)

*istotność statystyczna $p \leq 0,05$

w raporcie z ogólnopolskich badań ankietowych oceniających częstość uzależnienia kobiet w ciąży od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Spośród 2749 ankietowanych kobiet bezpośrednio po porodzie tylko 51,2% zgłosiło się na wizytę u dentysty w czasie ciąży (10).

Podobną niską zgłaszalność do gabinetu stomatologicznego w czasie ciąży (12,6-58%) obserwowano w innych regionach świata, mimo podkreślonej przez niektórych badaczy wysokiej świadomości kobiet odnośnie znaczenia kontroli stanu zdrowia jamy ustnej w ciąży (6, 10-17). Badacze podejmujący próbę określenia barier w dostępie kobiet ciężarnych do opieki stomatologicznej zwracają uwagę na znaczenie czynników kulturowych, etnicznych i socjodemograficznych, zwłaszcza niskiego poziomu wykształcenia, niskiego statusu ekonomicznego i wieku kobiet (11, 13, 16, 17). Prezentowane przez nas wyniki

potwierdziły wpływ czynników socjodemograficznych na zgłaszalność się kobiet ciężarnych do dentysty. Wartości współczynników korelacji dla takich czynników, jak: wiek, miejsce zamieszkania czy status ekonomiczny, były jednak znacznie niższe w porównaniu do otrzymania przez kobietę skierowania od lekarza ginekologa lub regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym przed zajściem w ciążę. Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych czynnikami ryzyka braku opieki stomatologicznej są: czynniki etniczne, wiek powyżej 36 lat, dochód roczny poniżej 30 000 USD, wykształcenie niższe niż średnie i brak ubezpieczenia prywatnego (12). Za najczęstszy wskaźnik ryzyka uznano jednak brak regularnej opieki stomatologicznej w okresie poprzedzającym ciążę. Podobne badania przeprowadzone w Kanadzie potwierdziły znaczenie ww. czynników i jednocześnie wskazały



Ryc. 1. Częstość wykonywania stomatologicznych procedur profilaktycznych i leczniczych w poszczególnych trymestrach ciąży

Tab. 3. Współczynniki korelacji rang Spearmana obrazujące zależności między czynnikami socjodemograficznymi a powodem zgłoszenia się kobiety w ciąży do dentysty i wykonanymi zabiegami

Czynnik socjodemograficzny	Powód zgłoszenia się na wizytę do dentysty						Wykonany zabieg	
	profilaktyka próchnicy	skaling	krwawienie z dziąseł	leczenie próchnicy	ból zęba	ekstrakcja zęba	skaling	ekstrakcja zęba
wiek	0,034	0,123*	-0,015	0,016	-0,190*	-0,076	0,156*	-0,095*
wykształcenie	-0,003	0,047*	-0,026	0,009	-0,113*	-0,119	0,067*	-0,136*
aktywność zawodowa	0,083*	0,091*	-0,036	-0,030	-0,123*	-0,054	0,120*	-0,060*
sytuacja ekonomiczna	0,006	0,027	0,004	0,026	-0,070*	-0,030	0,049	-0,032

na duże znaczenie dostępności do opieki stomatologicznej (13). W przeciwieństwie do cytowanych badań niska wartość współczynnika korelacji Spearmana w naszym badaniu między statusem ekonomicznym i wizytą u dentysty w ciąży wskazuje na niewielkie znaczenie tego czynnika, co prawdopodobnie jest związane z możliwością bezpłatnego korzystania z opieki stomatologicznej w Polsce. Zauważyliśmy także korzystny wpływ wieku kobiet, co jest zgodne z badaniami innych autorów (13, 16).

Czynniki socjodemograficzne miały także wpływ na powody zgłaszania się kobiet w ciąży do gabinetów stomatologicznych i rodzaj wykonywanych zabiegów. Zamieszkanie w miastach, wysoki poziom wykształcenia, wyższy wiek i aktywność zawodowa były dodatnio związane z chęcią i wykonaniem skalingu oraz ujemnie z wizytą

z powodu bólu lub wykonaniem ekstrakcji zęba. W przeciwieństwie do badań amerykańskich nie potwierdziliśmy związku między wizytami profilaktycznymi w gabinecie stomatologicznym a wysokimi dochodami kobiety (16). Wizyty profilaktyczne nie były także głównym powodem zgłaszania się kobiet do dentysty. Najczęstszą odnotowaną przez nas przyczyną była konieczność leczenia próchnicy zębów. Tylko 12,2% kobiet zgłosiło się z powodu zauważonego przez nie krwawienia dziąseł. Podobną częstość zgłaszania się do dentysty z tego powodu odnotowali Thomas i wsp. Badacze ci zauważyli także stosunkowo dużą częstość zgłaszania się z powodu konieczności leczenia próchnicy (32%) i dwukrotnie większy odsetek kobiet wymagających ekstrakcji (11%) w porównaniu do prezentowanych przez nas wyników (15). W przeciwieństwie

Tab. 4. Rodzaj placówek leczniczych, z których skorzystały kobiety w okresie ciąży i rodzaj wykonywanych zabiegów stomatologicznych

	Gabinet prywatny	Gabinet posiadający umowę NFZ	Gabinet prywatny i posiadający umowę NFZ	p gabinet prywatny vs NFZ
	n (%)			
Odbyta wizyta	1413 (100)	343 (100)	386 (100)	
Wykonywane procedury stomatologiczne:				
- zabiegi profilaktyczne i/lub lecznicze (łącznie)	909 (64,3)	188 (54,8)	252 (65,3)	0,001*
- leczenie próchnicy zębów	776 (54,9)	159 (46,4)	215 (55,7)	0,004*
- skaling	208 (14,7)	30 (8,7)	54 (14,0)	0,004*
- leczenie kanałowe	132 (9,3)	25 (7,3)	47 (12,2)	0,232
- ekstrakcja zęba	64 (4,5)	18 (5,2)	27 (7,0)	0,572
- znieczulenie miejscowe	451 (31,9)	75 (21,9)	114 (29,5)	< 0,001*
- lakierowanie zębów	108 (7,6)	13 (3,8)	20 (5,2)	0,012*
- zdjęcie radiologiczne	43 (3,0)	2 (0,6)	9 (2,3)	0,010*

do tych obserwacji wielu badaczy uznaje wystąpienie krwawienia dziąseł za główną przyczynę zgłaszania się ciężarnych do dentysty (12, 14, 18).

Niewiele badań przedstawia rodzaj wykonywanych zabiegów stomatologicznych u kobiet w ciąży. U ankietowanych przez nas kobiet najczęściej leczono próchnicę zębów i wykonywano skaling. Rzadko niestety aplikowano lakier fluorkowy. Zabiegi profilaktyczne częściej wykonywano w gabinetach prywatnych, z podobną częstością u kobiet mieszkających na wsi i w miastach. Cenną obserwacją jest brak zależności między wykonywaniem ekstrakcji zębów a parametrami opisującymi stan ogólny ciężarnej, przebieg ciąży i wiek ciąży w momencie rozwiązania. Jednocześnie istniał związek między zagrożeniem porodem przedwczesnym a zgłoszeniem się do dentysty z powodu krwawienia dziąseł i bólu zęba. Sposób przeprowadzenia badań, oparty na samoocenie zdrowia jamy ustnej przez kobiety, nie pozwala na sformułowanie wniosku, że istniejące stany zapalne w jamie ustnej mogą być jednym z czynników ryzyka przedwczesnego porodu, jednak na taki związek wskazują. Badania przeprowadzone w grupie 870 kobiet w ciąży z zapaleniem dziąseł wykazały, że leczenie periodontologiczne, obejmujące skaling i płukanie jamy ustnej 0,12% roztworem chlorheksydyny, połączone z poprawą codziennej higieny jamy ustnej znacząco redukuje ryzyko przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej dziecka (4).

Zwraca uwagę, że mimo prowadzonego leczenia stomatologicznego i stosunkowo dużej częstości leczenia endodontycznego i wykonywanych ekstrakcji zębów nie

odpowiada częstość diagnostyki radiologicznej. Może być to wynikiem obaw lekarzy dentystów i przyszłych matek przed narażeniem płodu na działanie promieni rentgenowskich. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w grupie 7375 matek nie potwierdziły związku między wykonaniem radiologicznych zdjęć zębów w ciąży a przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową dziecka (19). Inni badacze udowodnili, że stosowanie znacznie większej dawki promieniowania u kobiet w ciąży niż przy wykonywaniu zdjęcia zębów nie jest przyczyną guzów mózgu (20). Należy pamiętać, że promieniowanie jonizujące w dawce < 0,05-0,1 Gy lub 5 R nie zwiększa ryzyka zaburzeń rozwojowych lub poronienia. Nie ma więc przeciwwskazań do wykonywania diagnostyki radiologicznej w okresie ciąży, jeśli jest ona niezbędna w toku leczenia stomatologicznego (7).

Pozytywnym zjawiskiem jest zgłoszenie się większości kobiet na pierwszą wizytę stomatologiczną w I i II trymestrze ciąży. Zwraca także uwagę, że większość procedur była wykonywana w trymestrze środkowym, co jest zgodne z obecnymi rekomendacjami dotyczącymi opieki stomatologicznej nad kobietami w ciąży.

WNIOSKI

Zgłaszalność kobiet w ciąży do gabinetów stomatologicznych jest wciąż niewystarczająca, związana głównie z potrzebami leczenia chorób jamy ustnej i modyfikowana czynnikami socjodemograficznymi. Silnym predyktorem odbycia przez kobiety ciężarne wizyty u dentysty jest skierowanie od lekarza ginekologa, dlatego wskazane jest uświadomienie

lekarzom prowadzącym ciążę ich dużego wpływu na zdrowie jamy ustnej kobiet. Zbyt rzadkie wykonywanie procedur profilaktycznych i unikanie diagnostyki radiologicznej w czasie

ciąży wskazują na konieczność rozpowszechnienia wiedzy dotyczącej zasad opieki stomatologicznej w czasie ciąży wśród przyszłych matek i lekarzy dentyistów.

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Angelika Kobylińska
Zakład Stomatologii Dziecięcej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Miodowa 18 00-246 Warszawa
tel. +48 (22) 502 20 31
kobylińska.angelika@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Offenbacher S, Lief S, Boggess KA et al.: Maternal periodontitis and Prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol* 2001; 6: 164-174.
2. Dasanayake A: Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998; 3: 206-212.
3. Davenport E, Williams C, Sterne J et al.: The East London study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: study design and prevalence data. *Ann Periodontol* 1998; 3: 213-221.
4. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J: Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol* 2005; 76(11 suppl.): 2144-2153.
5. 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.
6. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B et al.: Oral Health in Pregnancy. *JOGNN* 2016; 45: 565-573.
7. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR et al.: Management of Pregnant Patient in Dentistry. *JIOH* 2013; 5(1): 88-97.
8. Petersen PE: World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent J* 2008; 58(3): 115-121.
9. Cigna Corporation: Healthy smiles for mom and baby: Insights into expecting and new mothers' oral health habits. 2015; <https://www.cigna.com/assets/docs/newsroom/cigna-study-healthy-smiles-for-mom-and-baby-2015.pdf>.
10. Zwoliński J, Paprzycki P: Badania ankietowe rodzących kobiet. [W]: Żukiewicz-Sobczak W, Paprzycki P (red.): Raport „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Lublin 2013: 103-145; http://zdrowiewciazy.pl/pdf/publikacje/raport_zachowania_zdrowotne_kobiet_w_ciazy.pdf.
11. George A, Johnson M, Blinkhorn A et al.: The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J* 2013; 58: 26-33.
12. 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.
13. Amin M, ElSalhy M: Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. *J Periodontol* 2014; 85(12): 1712-1721.
14. Lydon-Rochelle MT, Krakowiak P, Hujoel PP, Peters RM: Dental Care Use and Self-Reported Dental Problems in Relation to Pregnancy. *AJPH* 2004; 94(5): 765-771.
15. Thomas N, Middleton P, Crowther C: Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 21(8): 13.
16. Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ et al.: Oral health conditions and dental visits among pregnant and nonpregnant women of childbearing age in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Prev Chronic Dis* 2014; 11: E163.
17. Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W: Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277(5): 405-409.
18. 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.
19. Daniels JL, Rowland AS, Longnecker MP et al.: Maternal dental history, child's birth outcome and early cognitive development. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21(5): 448-457.
20. 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:

12.02.2018

zaakceptowano do druku:

5.03.2018