

DOI: <https://doi.org/10.36719/2663-4619/89/315-319>

Fəridə Qurbanova

Azərbaycan Tibb Universiteti
dr.qurbanova@mail.ru

Rumiyyə Abbasova

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
ruma@mail.ru

Gülnarə Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti
Tibb üzrə fəlsəfə doktoru
dr.gulya@mail.ru

Qubaxanım Hacızadə

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
hacizade@mail.ru

HAMİLƏ QADININ STOMATOLOJİ İDARƏ EDİLMƏSİ

Xülasə

Hamiləlik dövründə diş əti xəstəliklərinin böyüməkdə olan döl üçün minerallarla təmin etmək üçün ananın dişlərinin kalsifikasiyasının xüsusi hormonal balansdan qaynaqlandığına dair inancın heç bir elmi dəstəyi yoxdur. Yaxşı ağız gigiyenasına riayət etmək diş əti xəstəliklərinin və çürüklərin inkişafına qarşı ən yaxşı profilaktikadır. Həmçinin hamilə qadınlar hamiləliyin başlanğıcından tez-tez diş həkimindən müayinədən keçməlidirlər.

Açar sözlər: hamiləlik dövrü, qadın, diş əti xəstəlikləri, profilaktika, stomatoloji idarə edilmə

Farida Gurbanova

Azerbaijan Medical University
dr.qurbanova@mail.ru

Rumiya Abbasova

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
ruma@mail.ru

Gulnara Aliyeva

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
dr.gulya@mail.ru

Gubakhanım Hajizadə

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
hacizade@mail.ru

Dental management of the pregnant patient

Abstract

The belief that during pregnancy gingival diseases are caused by special hormonal balance decalcification of the mother's teeth to supply minerals for the growing fetus has no scientific support. Maintenance of good oral hygiene is the best preventive against the development of gingival diseases and caries. Also the pregnant women must go for frequent check - ups to a dentist from the onset of pregnancy.

Keywords: pregnancy period, woman, gum diseases, prevention, dental management

Giriş

Hamiləlik qadınlarda təbii olaraq baş verən və insan övladının davamı üçün zəruri olan hadisədir. Fizioloji bir hadisə olsa da, hamiləlik dövründə stomatologiya baxımından nəzərə alınmalı olan bəzi xüsusi məsələlər var. Hamiləliyin başlaması ilə qadınlarda bir çox hormonal, fiziki və psixoloji dəyişikliklər baş verir. Hamiləlik hormonlarından gonadotropinlər hamiləliyin 2-ci və 3-cü ayı arasında çox artır və maksimuma çatır, sonra azalır və eyni səviyyədə qalır, halbuki estrogen və pregnandiol tədricən artaraq, maksimum 3-cü trimestr və doğumdan dərhal əvvəl düşür. Cinsi hormonlardakı bu dəyişikliklərdən asılı olaraq normal hormon balansında bəzi dəyişikliklər müşahidə edilir (Turner, Aziz, 2002; Suresh, Radfar, 2004).

Uşaqlığın böyüməsi ilə əlaqədar olaraq qarın boşluğu orqanlarında da yerdəyişmə olur. Bəzi orqanlara təzyiq artır, xüsusən də sidik kisəsi və mədədə bu təzyiq daha çox hiss olunur, ona görə də tez-tez sidiyə getmə və tez-tez, lakin daha az yemək vərdişləri başlayır. Bundan əlavə, uşaqlığın qarın damarlarına təzyiqi nəticəsində tənəffüsün bərpası məhdudlaşdırıla bilər, nəticədə ayaq biləyinin şişməsi baş verir. Bu insanların oksigen istehlakı artır, buna görə də tənəffüs qabiliyyəti artır (Mabie, Di Sessa, Crocker, 1994). Hamilə qadınlarda yoluxucu xəstəliklərə qarşı müqavimət azalır, ancaq bu dövrdə keçəcək bir yoluxucu xəstəlik xüsusilə birinci trimestrdə dölə geri dönməz zərər verə bilər (Lee, 2004).

Bu dövrdə qadınlarda bir dəyişiklik də psixolojiyə aiddir. Bu vəziyyətdə olan qadınlar öz bədənələrinə və inkişaf etməkdə olan körpəsinə aid olan hər şeylə çox maraqlanırlar və bu dövrdə ediləcək hər hansı bir prosedurun körpələrinə zərər verə biləcəyindən narahatdırlar, buna görə də normal insanlardan daha əsəbi olurlar və daha çox uzaq durmağa üstünlük verirlər.

Hamilə qadınlarda ağız boşluğunda dəyişikliklər

Hamiləliklə bağlı bir çox araşdırmada hormon balansının dəyişməsi ilə diş ətində iltihabın meydana gəldiyi və doğuma qədər tədricən artdığı, doğuşdan sonra isə spontan korreksiyanın olduğu bildirilmişdir. Bu dövrdə görülən diş əti iltihabı belə xüsusi olaraq hamiləlik gingiviti olaraq adlandırılır (Hunter, Robson, 2006; Chu, Beilin, 2004; IM, Parer, 1994).

Ancaq hamiləlikdən əvvəl gingivit və ya periodontit varsa və bu dövrdə gigiyena zəifdirsə, artan reaksiyaya görə onların şiddəti artır, buna görə də hamiləlik dövründə diş əti problemləri ilə hər addımda qarşılaşıla bilər (Duvekot, Peeters, 2005). Bunlar çox kiçik diş əti qanamalarından çox ağrılı diş əti iltihabına qədər dəyişə bilər. Bu dövrdə görülən bəzi lokallaşdırılmış diş əti böyümələri hamiləlik şişləri olaraq adlandırılır (Duvekot, Peeters, 2005; Weiss, 2000). Bu böyümələr yerli faktorlara iltihab reaksiyası kimi baş verir (Thornburg, Jacobson, Giraud, Morton, 2000).

Hamiləlikdə diş müalicəsi: Müalicə üçün uyğun vaxt: Birinci trimestrdə qadınlar daha çox ürəkbulanma, qusma və asanlıqla qoxu və görünüş kimi xarici faktorlardan təsirlənirlər. Həmçinin bu mərhələ orqanogenez dövrüdür və bu dövrdə spontan abortlara daha çox rast gəlinir. Diş müalicəsinin inkişaf deformasiyalarına və ya spontan abortlara səbəb olduğuna dair heç bir elmi sübut olmasa da, diş həkimləri bu hadisəyə görə məsuliyyət daşıya bilər. İkinci trimestr rutin diş müalicəsi üçün ən yaxşı vaxtdır, çünki bu dövrdə orqanogenez mərhələsi tamamlanır. Bundan əlavə, bu dövrdə fiziki genişlənmə daha az olduğu üçün qadınların nəfəs alması daha asan olur, bu dövrdə uşaqlıq çox böyümədiyini üçün postural hipotenzia yoxdur.

Xüsusilə üçüncü trimestrin son mərhələlərində çəki artımı ilə hərəkət azalır, sidiyə getmə tez-tez olur, postural hipotenzia və ayaqların ödemə başlayır, xəstə horizontal vəziyyətdə çox narahat olur. Lakin müasir müəlliflərin fikrincə, xəstənin həkimi əksini bildirmədiyini təqdirdə, hamiləliyin istənilən mərhələsində fəvqəladə hallarda ekstraksiya və cərrahi əməliyyatlar aparıla bilər (Clark, Cotton, Lee, Bishop, Hill, 2012; Duvekot, Peeters, 2013).

Psixoloji vəziyyət: Həkim hamiləliyin emosionallığının xarakterik dalğalanmalarını çox yaxşı bilməlidir. Əksər hallarda hamilə qadınlar xoşbəxt və sakitdirlər, ən azı vəziyyəti qəbul edirlər. Ancaq evliliyi xoşbəxt olmasa və ya doğulacaq uşaq istənilmirsə gələcək ana ilk aylarda emosional qeyri-sabitliyə düşəcək, hissləri çox tez dəyişəcək və xoşbəxtlik və depressiya arasında gedəcək. Həkim xəstəni təsəlli vermək üçün həmişə danışib müalicə haqqında məlumat verməlidir. Bu vəziyyəti zarafat etmək və ya müzakirə etmək tövsiyə edilmir, çünki hamilə qadınlar xarici

görünüşünə görə son dərəcə həssasdırlar. Bundan əlavə, otaqda temperaturu tənzimləmək, artıq səsküyü azaltmaq və lazımsız pozuntuları aradan qaldırmaq lazımdır.

Seanslara uyğunluq: Seanslar mümkün qədər qısa müddətdə hamilələrə tətbiq edilməlidir. Bu qadınların müalicənin ortasında bir müddət dincəlmələri məqsədəuyğun olardı, çünki uzun müddət eyni mövqedə oturmaq narahatlığa səbəb ola bilər və ya tez-tez sidiyə getmə tələbləri ola bilər. Ürəkbulanma, qusma və bayılma daha çox hamilə qadınlarda müşahidə olunduğu üçün həkim bu hadisələrə hazır olmalı və lazımı alətləri yanlarında saxlamalıdır. Bundan əlavə, təmizliyə lazımı diqqət yetirilməli və pis qoxular dərhal aradan qaldırılmalıdır. Hamiləlik dövründə, xüsusən ikinci və üçüncü trimestrlərdə böyümüş uşaqlıq qarın damarlarına basaraq venoz qanın ürəyə qayıtmasını azaldır və nəticədə ürək çıxışı azalır və xəstədə bayılma baş verə bilər, nəticədə skebral anoksiya. Bayılmada normal müalicənin əksinə olaraq hamilə qadınlar sol tərəfə çevrilməli və damarlardakı təzyiq azalana qədər bu vəziyyətdə istirahət edilməlidir. Bu hallarda xəstənin Trendelenburg mövqeyinə qoyulması hadisəni daha da artırır (Thornburg, Jacobson, Giraud, Morton, 2000).

Rentgen: Dış rentgenoqrafiyası tam diaqnoz üçün əsas təşkil edir. Stomatoloji rentgen cihazlarında müvafiq qorunma təmin edilirsə və şüa yaxşı yönləndirilsə, müvafiq bölgə bir apikal plyonka üçün 0,05 milli rentgen şüası alır və bu miqdar bütün ağız rentgenoqrafiyası üçün 1 milli rentgen şüasıdır. Məlumdur ki, üzə vurulan radiasiya miqdarının yalnız 1:50.000-i yumurtalıqlara keçir və lazımı tədbirlər görülməklə bu miqdarı azaltmaq olar. Bunlara uzun konus texnikası, uyğun filtr (alüminium), sürətli filmlərin istifadəsi və xəstənin qarına qurğuşun jiletinin örtülməsi daxildir (Thornburg, Jacobson, Giraud, Morton, 2000). Hamilə qadınlarda ilk trimestrdə yalnız təcili dişlər üçün rentgenoqrafiya aparmaq, tam müayinə üçün isə 3 ay gözləmək tövsiyə olunur (Contreras, Gutierrez, Beroiza, Fantin, Oddo, Villarroel, 2013).

Anesteziya: Hər üç trimestrdə bütün anestetiklərin istifadəsi üçün heç bir əks göstəriş yoxdur, lakin tələb olunmadığı təqdirdə əlavə dərman qəbul etməmək üçün vazokonstriktorsuz istifadəyə üstünlük verilir. Əhəmiyyətli olan, lazım olduğundan daha çox anestetik məhlullardan istifadə etməkdir, çünki onlar az miqdarda olsa belə, plasentanı keçirlər. Ümumi anesteziya tələb olunarsa ikinci trimestrə üstünlük verilməlidir. Təcili hallarda xəstənin həkimi ilə məsləhətləşərək hər trimestrdə ümumi anesteziya verilə bilər (Koch, Frizzera, 2003).

Dərman qəbulu: Placenta ananın qanından bəzi maddələrin dölə keçməsinin qarşısını almaq üçün maneə rolunu oynayır. Ancaq bir çox dərmanlar hamiləlik dövründə, xüsusən də ilk trimestrdə dölə zərərli təsir göstərə bilər. Məsələn, steroidlərin istifadəsi ilə dodaq və damaq yarığı kimi anadangəlmə qüsurların olduğu və ya tetrasiklin, xloromiya ilə mina rənginin dəyişməsi məlumdur.

Bundan əlavə, bu dövrdə streptomisin, sulfanomid qrupu və qlükokortikoidlərin istifadəsi tövsiyə edilmir. Ən zərərsiz antibakteriallar penisilinlər və eritromisindir (Camann, Ostheimer, 2016). Analjeziklər arasında parasetamol aspirindən daha çox üstünlük təşkil edir (Branch, 2015). Məlum olduğu kimi, narkotiklər, əsasən, dölə qalıcı zərər vermir, lakin çox qəbul edildikdə, böyük dərəcədə olduğu kimi döldə depressiyaya səbəb ola bilər (Baron, Ramirez, Richter, 2014).



Flüor: Flüoridlərin plasentadan keçib daimi dişləri kariyəyə qarşı davamlı olub-olmaması hələ də mübahisəlidir. Bu gün də hamilə qadınlarda profilaktik olaraq flüorid verilsə də, bunun gərəksiz olduğu və uşaqlıqda verilməsinin daha məqsədəuyğun olduğu bildirilir. İçməli suda flüorun miqdarının qeyri-kafi olduğu hallarda 4-cü aydan başlayaraq gündə 1 mq. flüor da tövsiyə olunur (Baron, Ramirez, Richter, 2012). Yoluxucu xəstəliklər və xüsusilə uşaq xəstəlikləri kimi tanınan bəzi virus xəstəlikləri dölün bəzi qüsurlarına səbəb olur, buna görə də hamilə qadınlar uşaqlarla yaxın iclaslara dəvət edilməməlidir. Eyni şəkildə, əgər həkimin yoluxucu xəstəliyi varsa, hamilə xəstələri qəbul etməmək düzgün olardı. Hamiləlik dövründə bütün yaş qruplarında olan şəxslər üçün olduğu kimi profilaktik tibb çox vacibdir. Xüsusilə ilk trimestrdə ürək bulanması və qusmağın qarşısını almaq üçün çox kiçik başlı fırçalar istifadə edilməli, lazım olduqda fırçalama pastasız edilməli, bunun yanında ağızlarda interfeys təmizləmə və fırçalama üsulları izah edilərək gigiyena təhsili verilməlidir.

Nəticə

Doğuşdan sonra da ananın və körpənin sağlamlığı ananın diş-çənə sisteminin vəziyyəti ilə sıx əlaqədardır. Ananın ağız boşluğunun sanasiyası onun körpəsinin sağlamlığının rəhnidir. Hələ qədimdən insan sağlam olmaq üçün ağız boşluğu gigiyenasının böyük əhəmiyyət kəsb etməsini bildirdilər. Onlar dişləri müxtəlif alətlərlə təmizləyir, ağız boşluğunu cürbəcür otların cövhəri və mineral sularla yaxalayır dılar.

Məsələn, qədim yunanlar ağız boşluğunu yaxalamaq üçün dəniz suyundan istifadə etməyi məsləhət görürdülər. Uşaq əmizdirən ananın keyfiyyətli qidalanması onun dişlərində dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Stomatoloq müşahidəsində olmayan südəmər uşaqlı qadınlar ağız boşluğunun profilaktiki müayinəsi üçün yaşadığı ərazi üzrə stomatoloji poliklinikaya müraciət etməlidirlər.

Hamiləlik zamanı hormonlar səbəbiylə diş ətinin iltihabının meydana gəldiyi və ya dölün dişlərdən kalsiumu çəkərək diş çürüməsinə səbəb olduğu düşüncələrinin bu gün heç bir elmi dəyəri yoxdur. Hamiləlik dövrü sağlam bir ağızla yaxşı gigiyena təmin edilərək və müəyyən vaxtlarda nəzarət üçün diş həkiminə gedərək tamamlana bilər.

Ədəbiyyat

1. Turner, M., Aziz, S.R. (2020). Management of the pregnant oral and maxillofacial surgery patient. *J Oral Maxillofac Surg.* 60:1479–1488.
2. Suresh, R., Radfar, L. (2004). Pregnancy and lactation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Oral Radiol Endod.* 97(6): 672–682.
3. Mabie, W.C., Di Sessa, T.G., Crocker, L.G. (1994). A longitudinal study of cardiac output in normal human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 170:849–856.
4. Lee, W. (2004). Cardiorespiratory alterations during normal pregnancy. *Crit Care Clin.* 7:763–775.
5. Hunter, S., Robson, S.C. (2006). Adaptation of the maternal heart in pregnancy. *Br Heart J.* 99(Supp 1):540–543.
6. Chu, Z.M., Beilin, L.J. (2004). Mechanisms of vasodilation in pregnancy: studies of the role of prostaglandins and nitric oxide in changes of vascular reactivity in the in situ blood perfused mesentery of pregnant rats. *Br J Pharmacol.* 109:322–329.
7. I.M, Parer, J.T. (1994). Fluid and electrolytes in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 37:3–15.
8. Duvekot, J.J., Peeters, L.L. (2005). Maternal cardiovascular hemodynamic adaptation to pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 49((Suppl)):1–14.
9. Weiss, G. (2000). Endocrinology of parturition. *J Clin Endocrinol Metab.* 85:4421–4425.
10. Thornburg, K.L., Jacobson, S.L., Giraud, G.D., Morton, M.J. (2000). Hemodynamic changes in pregnancy. *Semin Perinatol.* 24:11–14.
11. Clark, S.L., Cotton, D.B., Lee, W., Bishop, C., Hill, T., Southwick, J. (2012). Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 161:1439–1442.

12. Duvekot, J.J., Peeters, L.H. (2013). Renal hemodynamics and volume homeostasis in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 49:830–839.
13. Clapp, J.F., Capeless, E. (2013). Cardiovascular function before, during, and after the first and subsequent pregnancies. *Am J Cardiol.* 80:1469–1473.
14. Contreras, G., Gutierrez, M., Beroiza, T., Fantin, A., Oddo, H., Villarroel, L. (2013). Ventilatory drive and respiratory muscle function in pregnancy. *Am Rev Respir Dis.* 144:837–841.
15. Koch, K.L., Frissora, C.L. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am.* 32:201–234.
16. Camann, W.R., Ostheimer, G.W. (2016). Physiological adaptations during pregnancy. *Int Anesthesiol Clin.* 28:2.
17. Branch, D.W. (2015). Physiologic adaptations of pregnancy. *Am J Reprod Immunol.* 28:120–122.
18. Hamaoui, E., Hamaoui, M. (2003). Nutritional assessment and support during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 32:59–121.
19. Baron, T.H., Ramirez, B., Richter, J.E. (2014). Gastrointestinal motility disorders during pregnancy. *Ann Intern Med.* 118:366–375.

Göndərildi: 21.11.2022

Qəbul edildi: 17.03.2023