

2 x TIMO PABERT



21



22

Terve implantaati ümbritsev kude, millel esineb kõvade-pehmete kudede defitsiit.

ja esineb mittelineaarses ja kiirenevas haigusvormis. Katu ja periimplantiidi seost toetavad tõendid, mis näitavad, et halva katu kontrolliga patsiendid, kes ei käi regulaarselt järelravis, on suuremas riskiga periimplantiidi tekkeks. Infektsioonivastased ravistrateegiad on edukad periimplantiidi progresseerumise peatamisel. Samuti on kirjanduse andmetel tõendeid periimplantiidi riski suurenemisest patsientidel, kellel on anamneesis raske parodontiit.

Periimplantiidi juhtumi määratlemine hõlmab järgmist:

- ▶ veritsus ja/või supuratsioon õrnal sondeerimisel;
- ▶ võrreldes eelmiste läbivaatustega on suurenenud sondeerimissügavus;
- ▶ esineb luukadu alveolaarharjal, mis ületab esmast luu remodelleerumist.

Varasemate läbivaatuste andmete puudumisel võib periimplantiidi diagnoos põhineda veritsuse ja/või supuratsiooni kombinatsioonil õrnalt sondeerimisel, sondeerimissügavus > 6 mm ja luu tase > 3 mm apikaalsemal implantaadi luusise-sest osast.

4. Implantaati ümbritsevate pehmete ja kõvade kudede defitsiit

Hammaste kaotamise järgse paranemise tulemusel toimub alveolaarjätke-/harja vähenemine, mis põhjustab kõvade ja pehmete kudede dehissentsi. Jätke dehissentsid võivad esineda kohtades, mis on seotud parodon-

taalse toe suure kaoga, ekstraheerimistraumaga, endodontiliste infektsioonidega, juuremurdudega, õhukeste bukaalsete luuplaatidega, halva hamba positsiooniga, vigastustega ja maksillaarsiinuste pneumonimiseerumisega. (Fotod 21–22)

Tartu Ülikooli hambaarstiteaduse instituudi koosolekul 29.01.2019 jõuti järeldusele, et antud valdkonna terminoloogia Eestis vajaks täiendavat arutelu praktiseerivate arstide ja keeleteadlaste vahel, seoses vajadusega võtta kasutusele uued terminid.

Kokkuvõte

Alates aastast 1999, kui koostati eelmine parodonti haiguste klassifikatsioon, on teaduslik arusaam parodonti ja implantaati ümbritsevate kudede tervisest, seisunditest ja haigustest oluliselt muutunud. Teaduse areng, uute tehnoloogiate areng ja kujunenud kliiniline kogemus on tekitanud uusi teadmisi ja parandanud seniseid arusaamu. Uus klassifikatsioon muudab põhjalikult ja pikaajaliselt edasist parodontoloogia ja implantatsiooni alast kliinilist praktikat.

Parodonti ja periimplandi haiguste ja seisundite klassifikatsioon on vajalik arstidele, et õigesti diagnoosida ja ravida patsiente, ning ka teadlastele, et uurida nende haiguste ja seisundite etioloogiat, patogeneesi, loomulikku kulgu ja ravi. Ja ka vastupidi. Need arstid, kes ei saa aru ja ei suuda oma haiguslugusid põhjendada vastavalt kliinilistele haiguse diagnoosidele, ei mõista tegelikult ka parodonti

haiguste olemust, ei oska seda diagnoosida ega ravida.

Põhjendus selliste teadmiste puudumisele ei saa olla haigekassa klassifikaator või IT-süsteemide ülesehitus. IT-süsteemis on kliinilist diagnoosi võimalik trükkida ka märkmete alla. See on põhimõtteline küsimus. Hambaarstid, kes tegelevad parodonti haiguste raviga, võtavad selle eest teenustasu või väljastavad vastavate koodidega haigekassa arveid, peaksid olema kursis ja võimelised arutlema uuemate parodontoloogia seisukohtade, teadmiste ja ravimeetodite üle. **H**

Kasutatud kirjandus

1. Caton, J., Armitage, G., Berglundh, T. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S1–S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
2. Papapanou, P. N., Sanz, M. et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
3. Berglundh, T., Armitage, G. et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S286–S291. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12957>
4. Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., Feres, M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S78–S94. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12941>
5. "Perio Insight " 7, 2018 www.efp.org/perioinsight
6. https://www.bsperio.org.uk/publications/downloads/111_153050_bsp-flowchart-implementation-the-2017-classification.pdf
7. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/Classification%20at%20a%20glance.pdf>
8. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/Three%20Steps%20to%20Staging%20and%20Grading%20a%20Patient.pdf>
9. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/2017%20World%20Workshop%20on%20Disease%20Classification%20FAQs.pdf>

Rasedus on naise elus eriline periood, mida iseloomustavad kompleksed füsioloogilised muutused, mis võivad mõjutada suuõõnetervist. Samal ajal on suuõõnetervis üldise tervise ja heaolu seisukohast võtmetähtsusega. Seetõttu on hambaarvispetsialistidel äärmiselt oluline osutada rasedatele naistele kohast ja õigeaegset hambaarvi, sealhulgas teha suuõõnetervise alast teavitustööd.

Igemete tervishoid raseduse ajal

KLIINILINE JUHIS HAMBAARSTIDELE



Mai Kalm
V kursuse üliõpilane,
TÜ hambaarstiteaduse
instituut



Kertu Ollema
hambaarst,
parodontoloogia resident,
Kreutzwaldi Hambakliinik,
Merimetsa Hambakliinik



Dr Ene-Renate Pähkla
PhD
Tigutorn,
Tartu

Rasedusega seotud muutusi hormoonitasemetes (progesterooni ja östrogeeni tõus) on seostatud igemepõletiku tekke või halvenemisega. Kõrgenenud hormoonide tasemed suurendavad igemekudedes märkimisväärselt vere-soonte läbilaskvust, muudavad subgingivaalse biokile koostist, mõjutavad

immuunsüsteemi, põhjustavad raku-lisi muutusi ja soodustavad hambakatu esinemise korral igemepõletikku. Rasedusega seostatakse nii spetsiifilist lokaliseerunud lesiooni (*epulis gravidarum*) kui ka generaliseerunud kahjustust (rasedusaegne gingiviit). Erinevalt kahest eelnevast puudub mis tahes praeguses või varasemas parodontihaiguste

klassifikatsioonis küll konkreetne rasedusega seotud parodontiidi tüüp; ent naistel, kellel juba on parodontiit, kliiniline olukord siiski halveneb.

Raseduse ajal võib tekkida rida komplikatsioone, nende seas madal sünnikaal (vähem kui 2,5 kg) või väga madal sünnikaal (vähem kui 1,5 kg), enneaegne sünd (enne 37. nädalat) või

väga enneaegne sünn (enne 32. nädalat), preeklampsia (tavaliselt defineeritud kui emal esinevat hüpertensiooni ja proteinuuriat pärast 20. rasedusnädalat), üsisine kasvupeetus (sünnikaal gestatsiooniga arvestades alla 10 protsentiili), spontaanne abort või surnultsünd. Mõned neist raseduse halvatest tulemitest võivad esineda samaaegselt.

Parodontiiti seostatakse madala sünnikaalu, enneaegse sünni ja preeklampsia kõrgema riskiga. Uurimistulemused ei ole siiski lõplikud ning kauguleulatuvaid järeldusi ei saa veel teha. Üks võimalik mehhanism, mis seob parodontiiti ja ebasoodsaid raseduse tulemeid, on parodonti infektsiooni alalt pärinevate bakterite ja/või proinflammatoorsete mediaatorite hematogeenne levik fetoplatseentaarsesse süsteemi, aktiveerides kohaliku immuun- või põletikulise vastuse, mis edasiselt soodustab ebasoodsate raseduse tulemite väljaarenemist.

Juhuvalimiga kliiniliste uuringute tulemused, kus on hinnatud rasedusaegse parodontoloogilise ravi võimalikku mõju ebasoodsatele raseduse tulemitele, erinevad üksteisest. Suurematest ja parema kvaliteediga uurimustest on üldiselt tulenenud, et mittekirurgiline parodontoloogiline ravi raseduse teisel trimestril tõenäoliselt ei muuda raseduse ebasoodsate tulemite esinemist.

Siiski võib parodontoloogilisel sekkumisel olla positiivne mõju enneaegse sünni ja madala sünnikaalu tasemete vähendamisel naiste puhul, kellel on teised ebasoodsate raseduse tulemite kõrge riskifaktorid, nagu noor või kõrge iga, suitsetamine, varasemad enneaegsed sünnid ja madal sotsiaalmajanduslik staatus.

Uuringud on näidanud, et parodonti haiguste profülaktika ning mittekirurgiline parodontoloogiline ravi on raseduse ajal nii emale kui ka lootele ohutud ning igemepõletiku vähendamisel ja rasedusaegse parodonti tervise säilitamisel tõhusad.

Võttes aluseks praeguse arusaamise ema parodonti infektsiooni ja põletiku mõjust fetoplatseentaarsele süsteemile, on tõenäolisem, et parodontoloogiline

ravi oleks ebasoodsate raseduse tulemite riski vähendamisel efektiivsem, kui seda teostatakse enne viljastumist.

Soovitused hambaravispetsialistidele

Hindamine

Mis tahes fertiilses eas naise parodonti tervist hinnates tuleks hambaravispetsialistidel alati küsida, kas naine on rase või kavatses rasedaks jääda, ning nad peaksid enne mis tahes hambaravi soovitamist võtma arvesse raseduse staadiumit. Naisi, kes ei ole rasedad, tuleks teavitada rasedusaegse suuõõne- ja parodonti tervise olulisusest ning olemasolevate parodonti haiguste adekvaatse ravi asjakohasusest enne rasedaks jäämist.

Rasedad naised

Rasedate naiste puhul peaksid hambaravispetsialistid:

1. Tegema kindlaks raseduse staadiumi.
2. Võtma haigusloo – rõhuga igasuguste eelmiste raseduste ebasoodsate tulemite, krampide, *hyperemesis gravidarum*'i, verejooksu, samuti hüpertensiooni, diabeedi, kardiovaskulaarse haiguse jne ajalool – koos tarvitatud ravimite üksikasjadega.
3. Hindama riskifaktoreid, sealhulgas suitsetamine.
4. Viima läbi ulatusliku suuõõne hindamise koos parodonti seisundi kontrollimisega, mis peaks hõlmama hinnangut katu kogunemisele, igemepõletiku staatusel (veritsemise sondeerimisel) ja igemetaskute sügavuste mõõtmist. Olenevalt parodonti seisundi kontrollimise tulemustest tuleks määrata diagnoos “terve”, “gingiviit” või “parodontiit” ning tarvitusele tuleks võtta vastavad meetmed.

Terve parodont

Terve parodontiga naisi tuleks suuõõnetervise osas harida ja anda üldisi tervisesoovitusi. Neid tuleks juhendada, kuidas hoida ära parodonti- ja suuõõnehaigusi – mitte ainult raseduse ajal, vaid läbi kogu elu ja seoses nende laste tulevase suuõõnetervisega.

Hambaravispetsialistid peaksid naisi informeerima parodontoloogilistest nähtustest, mis tavaliselt raseduse ajal aset leiavad (vaskulaarsuse suurenemine, veritsuse sagedasema esinemise võimalus ja igeme suurenemine) ning üldisest ebasoodsatest tulemitest, mis võivad raseduse ajal aset leida (hüpertensioon, rasedusaegne diabeet jne).

Meditsiinilise riski tuvastamise korral tuleks naised suunata eriarsti juurde. Isegi haiguse puudumisel on oluline osa suuõõnetervise alasest haridusest parodontoloogilise enesehindamise ja katu eemaldamise harjumuste treenimisel ning ergutamisel, pannes erilist rõhku hammaste vahede puhastamisele. Lisaks hammaste harjamise ja niiditamise ergutamisele võiks patsiendile soovitada alkoholi mittesisaldavate suuloputusvedelike kasutamist. Naistele tuleks raseduse hilisemas faasis teha korduv hindamine.

Gingiviit

Gingiviidiga rasedatele naistele oleks vaja samasugust tervisenõustamist ja harimis-meetmeid nagu tervetele rasedatele naistele, ning lisaks ka professionaalset sekkumist. On väga oluline rõhutada, et parodonti haiguste ennetamise, diagnoosimise ja ravimise meetmed on raseduse ajal ohutud ning parodonti tervise parandamisel ja säilitamisel ka efektiivsed. Gingiviidi professionaalse ravi eesmärk on eemaldada hambapindadelt biokile, hambakatt ja hambakivi.

Erinevad toetavad keemilised biokile ja hambakatu eemaldamise agendid pulbri või suuvee kujul on osutunud ohutuks ja rasedusaegse igemepõletiku vähendamisel tõhusaks, kui seda kombineeritakse sobiva mehhaanilise biokile, hambakatu ja hambakivi eemaldamisega. Käesoleval hetkel soovatakse gingiviidi juhtude korral minimaalselt invasiivset profülaktika meetodit, tuntud kui juhitud biokile teraapia (<https://www.ems-dental.com/en/guided-biofilm-therapy>).

Hambaravispetsialistid peaksid ravi efektiivsust korduvalt hindama, hinnates hambakatu hulka ja igemepõletiku staatust (veritsust sondeerimisel). Kui parodonti tervis on taastatud, tuleks kogu



Rasedusgingiviit.

raseduse ajal tagada pidev parodonti seisundi jälgimine ja probleemide uuesti tekkimise korral tuleks teostada samasugune sekkumine.

Parodontiit

Parodontiidiga naiste osas tuleks rakedada sarnaseid terviseedendamise ja tervisehariduse meetmeid nagu tervete või gingiviidiga naiste korral. Professionaalse ravi eesmärk peaks olema subgingivaalse biokile ja kivi vähendamine standardse mittekirurgilise parodontoloogilise ravi ehk depuratsiooni teel. Nii profülaktikat kui ka mittekirurgilist parodontoloogilist ravi peaks teostama suurenduse all alates 2,5 korrast ning mõlemale peaks järgnema fluoriteraapia.

Soovitused trimestrite kaupa

Esimene trimester

(viljastumisest kuni 13. nädalani):

- ▶ Esimest trimestrit peetakse gestatsiooni kõige kriitilisemaks ajaks, kuna sel ajal toimub organogenees. Enamik spontaansetest abortidest (85%) leiavad aset esimesel trimestril.
- ▶ Profülaktikat (juhitud biokile teraapia) võib teostada, kuid parim aeg profülaktika teostamiseks on teine trimester.
- ▶ Tuleb anda juhised ja õpetused muutuste kohta suuõõnes raseduse ajal ning pärast rasedust. Samuti tuleb anda suuhügieeni juhised hambakatu efektiivseks eemaldamiseks kodus tingimustes.
- ▶ Mittekirurgiline parodontoloogiline ravi (depuratsioon) tuleks edasi lükata teisele trimestrile.
- ▶ Vältida rutiinseid röntgenülevõtteid. Teostada valikuliselt ja vajadusel.

Teine trimester

(14. nädalast kuni 26. nädalani):

- ▶ Teine trimester on raseduse ajal parim aeg mittekirurgilise parodontoloogilise ravi teostamiseks. Sel ajal on väiksem risk raseduse katkemiseks ning organogenees on lõppenud.
- ▶ Kuna loode on väiksem ning emakas asub nabast allpool, on rasedal naisel mugavam ravitoolis istuda kui raseduse hilisemal perioodil.
- ▶ Teise trimestri keskel soovatakse patsiendil istuda vasaku külje peal, et vähendada selili lamades tekkida võivat hüpotensiooni.
- ▶ Tuleb anda juhised ja õpetused muutustest suuõõnes raseduse ajal ning pärast rasedust. Samuti tuleb anda suuhügieeni juhised hambakatu efektiivseks eemaldamiseks kodus tingimustes.
- ▶ Vältida rutiinseid röntgenülevõtteid. Teostada valikuliselt ja vajadusel.

Kolmas trimester

(27. nädalast kuni sünnituseni):

- ▶ Kolmanda trimestri esimesel poolel (27. nädalast 34. nädalani) võib teostada parodontoloogilist profülaktikat ja ravi, kui see on kliiniliselt näidustatud.
- ▶ Arvestada tuleb, et kolmanda trimestri teisel poolel esineb enneaegse sünnituse oht, kuna emakas on väliste stiimulite suhtes väga tundlik. Pikaajalist hambaravitoolis istumist tuleb vältida.
- ▶ Kolmanda trimestri teisel poolel tuleks parodontoloogiline ravi edasi lükata ja teostada see pärast lapse sündi.
- ▶ Vältida rutiinseid röntgenülevõtteid. Teostada valikuliselt ja vajadusel.

Postpartum

(2–3 nädalat pärast sünnitust):

- ▶ Parodontoloogilise ravi alustamisega tuleks sünnituse järel mõned nädalad oodata.
- ▶ Naine on pärast sünnitust 2–3 nädalat hüperkoagulatsiooni seisundis, mistõttu ei tohiks selle ajaraami sees parodontoloogilist ravi teostada. Selline kõrge riski periood võib kesta kuni 25. sünnitusjärgse päevani.

- ▶ Patsiendile võib pärast sünnitust olla hüperkoagulatsiooni seisundi tõttu määratud profülaktiline antikoagulantravi, mis aga suurendab riski veritsuse tekkeks.

- ▶ Samuti peab teadma, et epinefriini juhusliku intravaskulaarse injektsiooni korral võib see suurendada koagulatsiooni aktiveerimise riski ning kohe pärast sünnitusjärgset on pulmonaarse emboolia risk suurem kui raseduse ajal. Lisaks, 25% eklampsia krampidest esinevad 7.–10. sünnitusjärgsel päeval.

Parodontoloogilise ravi ja ravimite ohutus

Mittekirurgiline parodontoloogiline ravi ning ekstraktsioonid on raseduse ajal, ja eriti gestatsiooni teisel trimestril, ohutud. Mittekirurgiline parodontoloogiline ravi on parodontiidiga naiste parodonti seisundi parandamisel olnud efektiivne.

Rasedusaegsete hamba röntgenülevõtete ohutus on põhilikult kindlaks tehtud, tingimusel, et kasutatakse varjestavaid põllesid. EFP viimane seisukoht on, et röntgenülevõtted ja kohalik tuimastus ei ole emale ega lootele ohtlikud.

Kõige ohutumaks lokaalanesteetikumiks rasedal patsiendil loetakse lidokaiini või prilokaiini süstelahust. Kui turul ei ole B-kategooriasse kuuluvat 2% lidokaiini või 4% prilokaiini süstelahust, soovatakse kasutada 4% artikaiini süstelahust. Rasedatel kasutada lokaalanesteetikumi koos vasokonstriktoriga, et vähendada ravimi süsteemset toksilisust. Võimaliku loote kahju vältimiseks soovatakse kasutada minimaalset efektiivset doosi.

Ohutuim analgeetikum rasedatele on atsetaminofeen (paratsetamool). Kui paratsetamool üksi on ebapiisav, võib kaaluda paratsetamooli kombinatsioon teiste ravimitega. Opioidide tarvitamist siiski kaaluda ainult lühiajalisel (alla 3 päeva).

Mittesteroideid põletikuvastaseid ravimeid tuleks raseduse ajal, eriti esimesel

Tabel 1. Hambaarstide poolt sagedamini ettekirjutatud ravimid.

| Farmakoloogilised agendid | FDA kategooria | Märkused | |
|---|--|---|---|
| | | Agendi kohta | Agentide rühma kohta |
| I. Anesteetikumid | | | |
| Lokaalanesteetikumid epinefriiniga | | | |
| Bupivakaiin | C | Loote bradükardia risk. | Võib kasutada raseduse ajal. Preeklampsia korral vältida epinefriini. |
| Lidokaiin | B | Tahtmatu intravaskulaarne injektsioon võib põhjustada loote või emaka märkimisväärselt suuremat kokkupuudet epinefriiniga. | |
| Mepivakaiin | C | Loote bradükardia risk. | |
| Artikaiin | C | Loomkatsed osutavad loote kahjustamise riskile. Kasutada juhul, kui kasu ületab kahju. | |
| Prilokaiin | B | Võimalik loote methemoglobineemia risk. | |
| Toopilised anesteetikumid | | | |
| Lidokaiin | B | Uuringud rottide peal pole näidanud kahju lootele, kui inimestele lubatud doosi on ületatud kuni 6,6 korda. | - |
| Bensokaiin | C | Kasutada ettevaatusega. | |
| Tetrakaiin | C | Kasutada ettevaatusega. | |
| II. Analgeetikumid | | | |
| Paratsetamool | B | Ohutuim analgeetikum rasedale patsiendile. Päevast annust (4 g päevas) mitte ületada. Suurtes doosides võib olla seotud ema aneemia ja loote neeruhaigustega. Sage kasutamine raseduse ajal võib olla seotud lapsega astmaga. Vähendada doosi, kui patsiendil esineb maksahaigust. | Opioide kasutada raseduse ajal ettevaatusega, ajutiselt ja lühikest aega (alla 3 päeva). |
| Paratsetamool + kodeiin | C | Regulaarne kasutamine raseduse ajal võib põhjustada lootel füüsilist sõltuvust ja pärast sündi ärajätunähtusid. Vähendada doosi, kui patsiendil esineb maksahaigust. | |
| Kodeiin | C | Loomkatsed näitavad seost madala sünnikaalu ja ema kodeiini tarvitamise vahel. Ajas ette suunatud uuringud näitavad seost kodeiini ja mitmete kongenitaalsete defektide vahel. | |
| Paratsetamool + oksükodoon | C | Opioidid sisenevad lootesse ja võivad põhjustada loote hüpoventilatsiooni. | |
| Paratsetamool + hüdrokodoon | C | Võib põhjustada lootel füüsilist sõltuvust ja pärast sündi ärajätunähtusid. Võib põhjustada loote hüpotensiooni. Vältida tarvitamist vahetult enne sünnitust. | |
| Aspiriin | C/D | Prostaglandiinide sünteesi inhibeerimine võib avaldada kahjulikku toimet raseduse ja/või embrüo/loote arengule, varajases staadiumis kasutamisel suureneb risk nurisünnituse ja väärengute tekkeks. | Raseduse ajal vältida, kui kasutada, siis vaid lühikest aega (48–72 tundi). Vältida tarvitamist esimesel ja kolmandal trimestril. |
| Ibuprofeen | Alla 30. nädala: C Alates 30. nädalast: D | Raseduse hilises faasis tarvitamisel võib loote arterioosjuha enneaegselt sulguda, pikeneda sünnitusjärgne veritsus ja väheneda emaka kontraktsioonid, mis viib sünnitegevuse edasilükkumisele või pikenedamisele. | - |
| Naprokseen | C | Võib põhjustada lootel nekrotiseerivat enterokoliiti, intrakraniaalset hemorraagiat, arterioosjuha enneaegset sulgumist. Potentsiaalne kasu emale peab ületama võimalikud ohud lootele. | |
| III. Antibiootikumid | | | |
| Amoksitsilliin | B | Loomkatsed ei näita otsest või kaudset kahjulikku toimet reproduktiivsusele. Piiratud andmed ei näita suurenenud riski kaasasündinud väärengute tekkeks. Võib potentsiaalselt takistada dentiini mineralisatsiooni. | Võib kasutada raseduse ajal. |
| Amoksitsilliin + klavulaanhape | B | Ühes uuringus tekkis naistel lootekesta enneaegne rebend. Leiti, et profülaktiline ravi amoksitsilliini/klavulaanhappega võib olla seotud suurenenud riskiga nekrotiseeriva enterokoliidi tekkeks vastsündinutel. Kasutamist raseduse ajal tuleb vältida, v.a juhul, kui arst peab seda vajalikuks. | |
| Klindamütsiin | B | Uuringud pole näidanud seost rasedusaegse tarvitamise ja loote kahjustamise vahel. | |
| Penitsilliin | B | Läbib platsentaarbarjääri. Seni ei ole täheldatud kahjulikke toimeid rasedale ja lootele. Ravimi kasutamist raseduse ajal võib pidada ohutuks. | |
| Metronidasool | B | Võib põhjustada vaginaalse flora muutusi. | |
| Tsiprofloksatsiin | C | Loomkatsed on näidanud toimet väljaarenemata liigeskõhredele. | Raseduse ajal vältida. |
| Klaritromütsiin | C | Loomkatsed näitavad kahju loote arengule. | |
| Tetratsükliin | D | Võib lootele põhjustada püsiva hammaste värvikaotuse ja kahjustada luustiku arengut. | Ei või raseduse ajal kasutada. |
| IV. Antimikroobsed ained | | | |
| Kloorheksidiiniga suuloputusvedelik | C | Puuduvad andmed kõrvaltoimetest lootele. | - |



Epulis gravidarum.



ja teisel trimestril vältida. Teisel trimestril vajadusel tarvitada vaid lühikese aja jooksul (48–72 tundi).

Süsteemsete antibiootikumide kasutamine on üldiselt ohutu. Siiski tuleks vältida tetratsükliini ja metronidasooli. Rasedale tuleks kirjutada ravimeid pärast konsulteerimist tema sünnitusabiariistiga.

Tabelis 1 on toodud nimekiri hambaarstide poolt sagedasti kasutatavatest farmakoloogilistest agentidest, nagu analgeetikumid, antibiootikumid, anesteetikumid ja antimikroobsed ained koos nende rasedusaegse kasutamise kohta käivate märkustega. Samuti on välja toodud Ameerika Ühendriikide Toidu- ja Ravimiameti (FDA) välja töötatud klassifikatsioonisüsteemi ravimite klassid. Eelistatult tuleks raseduse ajal kasutada ravimeid, mis kuuluvad klassi A ja B. Ettevaatusega tuleb kasutada C-klassi ravimeid. Teratogeenseid ja potentsiaalselt teratogeenseid ravimeid (klass D ja X) võib kasutada vaid erandolukorras.

Epulis gravidarum

Lokaliseerunud igeme suurenemise (epulis gravidarum'i) esinemise korral tuleks kirurgiline eemaldamine lükata edasi sünnitusjärgsele perioodile ning raseduse ajal tuleks kasutada toetavaid meetmeid (biokile ja hambakatu efektiivse eemaldamise demonstreerimise ning professionaalne profülaktika juhitud biokile teraapia teel). Lesiooni tuleks uuesti hinnata pärast sünnitust.

Parodontoloogiline kirurgia

Kui võimalik, tuleks raseduse ajal vältida ulatuslikke traumaatilisi sekkumisi (parodontoloogilist kirurgiat). Võimaliku loote stressi tõttu tuleks soovituslikku ravi raseduse esimesel trimestril vältida ning eelistatult teostada see teise või kolmanda trimestri ajal.

Parodontoloogilise ravi hindamine

Hambaarstid peaksid parodontoloogilise ravi efektiivsust hindama hambakatu hulga, igemepõletiku staatuse (sondeerimiseaegne veritsus) ja igemetaskute sügavuste sondeerimise abil. Kui parodonti tervis on taastatud, tuleks raseduse kestel jätkata parodonti staatuse sagedase jälgimisega ja parodonti seisundi halvenemise korral tuleks korrata mittekirurgilist ravi.

Seos ebasoodsate raseduse tulemitest

Hambaarstid peaksid teadma, et parodontiidi esinemise ja ebasoodsate raseduse tulemitest vahel on potentsiaalne seos. Seega tuleks raseduse ajal ilma kõhkluseta teostada parodontoloogilist ravi. Olgugi et mittekirurgiline parodontoloogiline ravi raseduse teisel trimestril ei näi enamikul naistest vähendavat ebasoodsate raseduse tulemitest riski, nähtub teatud patsientide populatsioonis parodontoloogilisel ravil eba-

soodsate tulemitest vähendamisel olevat kasulikku mõju.

Raseduseelne ravi

Võttes aluseks praeguse arusaamise ema parodonti infektsiooni ja põletiku mõjust fetoplatsetaarsele süsteemile, võib raseduse ebasoodsate tulemitest seisukohast olla tõenäoliselt suurema mõjuga raseduseelne parodontoloogiline ravi. Seega peaksid hambaarstid naistega nende fertiilses eas sagedasti suhtlema ja rõhutama raseduseelset ravi ning rasedusaegset terve parodonti seisundi saavutamise võimalikke kasusid. ¹⁰

Kasutatud allikad

1. European Federation of Periodontology. (2017). Guidelines for oral health professionals.
2. Newman, M. G., Takei, H., Klokkevold, P. R., Carranza, F. A. (2015). Carranza's Clinical Periodontology, 12th Edition. St. Louis, Missouri: Saunders.
3. Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care. Dental Clinical Guidance. (2014). Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme.
4. Figueroa, E., Sanz, M. (2017) Women's oral health during pregnancy.
5. Ninan, D. (2018). Dentistry and the Pregnant Patient. Hanover Park, Illinois: Quintessence Publishing.
6. Naseem, M., Khurshid, Z., Khan, H. A., Niazi, F., Zohaib, S., Zafar, M. S. (2016). Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. The Saudi Journal for Dental Research, 7 (2), 138–146.
7. Nirola, A., Batra, P., Kaur, J. (2018). Ascendancy of Sex Hormones on Periodontium During Reproductive Life Cycle of Women. Journal of the International Clinical Dental Research Organization, 10 (1), 3–11.
8. CDA Foundation. (2010). Oral Health During Pregnancy & Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals.
9. Bobetsis, Y., Madianos, P. (2017). Treating periodontal disease during pregnancy.
10. Ravimiregister. (kuupäev puudub). Vaadatud Ravimiameti kodulehelt 02.03.2019