СТОИТ ЛИ ЛЕЧИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Новикова С. Ч., Хмиль Е. В.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Широкое распространение флюороза по территории Украины не только в регионах с повышенным содержанием фтора в питьевой воде, но и в местностях с оптимальной, и даже пониженной концентрацией этого микроэлемента в водных источниках обусловливает актуальность данного заболевания [2, 3, 4, 6, 7].

Некоторые авторы утверждают, что нет смысла лечить начальные формы флюороза зубов, поскольку они сами по себе исчезают с течением времени [9]. Но исследования, которые бы доказали, что флюорозные поражения эмали исчезают, потому что «самоизлечиваются», а не потому, что переходят в более тяжелые формы, не проводились.

Цель исследования

Изучить динамику флюорозных поражений постоянных зубов у школьников г. Полтавы и доказать, что начальные формы флюороза не следует оставлять без лечения.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной задачи обследовали 914 детей в возрасте от 7 до 17 лет, которые относились к 1 и 2 группам здоровья и проживали в Киевском районе г. Полтава в одинаковых социально-бытовых условиях.

Для изучения изменений, которые происходят с нелеченными флюорозными поражениями эмали проведено исследование 80 резцов верхней челюсти с проявлениями начальных форм флюороза у 20 учеников 1 – 3 классов средних общеобразовательных школ. Выбор такой возрастной группы был обусловлен сроками прорезывания зубов и утверждением о том, что конечное созревание эмали особенно интенсивно происходит в течение первого года после прорезывания зуба [5].

Детей обследовали на базе Полтавской городской детской клинической стоматологической поликлиники. Обследование включало опрос и клиническую оценку состояния органов полости рта.

Во время сбора жалоб и анамнеза выясняли место рождения, место и условия проживания ребенка, источник водоснабжения, характер вскармливания, перенесенные и сопутствующие заболевания, посещение дошкольных учреждений. Особое внимание уделяли оздоровительным мероприятиям (сезонные выезды летом на отдых) и анамнезу по профилактике флюороза зубов.

Оценку проявлений флюороза зубов проводили согласно критериям Dean, как рекомендовано экспертами ВОЗ [8]. Регистрацию флюороза от 0 до 5 проводили на основании оценки по критериям (баллам) Dean двух наиболее пораженных зубов. Определение площади меловых пятен проводили

предложенным нами способом [1]. При этом начальными считали очень легкие формы флюороза, когда меловые изменения эмали занимали менее 25% зубной поверхности – 2 балла, и легкие – с поражением от 25% до 50% поверхности зуба – 3 балла.

Критерием улучшения состояния пораженной эмали считали исчезновение или уменьшение размеров меловых пятен. Критерием ухудшения состояния считалось увеличение размеров пораженной флюорозом эмали, возникновение новых меловых пятен, пигментации или эрозии. При стабилизации процесса размер флюорозных пятен, их цвет и целостность эмали не изменялись.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. Оценка достоверности различий показателей проводилась по методу разницы. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Нами установлено, что частота флюороза не зависит от возраста и пола и составляет 26,7% в 7-8-летнем возрасте и 27,3% – в 17-летнем. Но с возрастом наблюдается увеличение тяжести заболевания. Так, в первые годы после прорезывания зубов (7-9-летние дети) доля очень легкого флюороза составляла 11,44 ± 1,23%, легкого – 11,59 ± 1,23%, а умеренного – 2,82 ± 0,64%. В 12 лет очень легкий флюороз уже не был обнаружен, распространенность легкого флюороза выросла на 1,48%, а умеренного – на 12,87%. У 17-летних обследованных очень легкий флюороз тоже не был зарегистрирован, легкие проявления заболевания встречались только в 4,54 ± 2,22% школьников, тогда как умеренные увеличились в 8,1 раза.

Такие показатели, по нашему мнению, могут быть следствием перехода очень легких и легких форм флюороза в тяжелые формы с течением времени.

Чтобы подтвердить или опровергнуть наше предположение в течение двух лет проводилось наблюдение за динамикой нелеченных флюорозных поражений. Анализ результатов наблюдения показал следующее. За первый год наблюдения улучшение состояния пораженной флюорозом эмали не зарегистрировано ни в одном зубе. Стабилизация была обнаружена у 45,0 ± 5,6% зубов, среди которых очень легкий флюороз был ранее диагностирован у 30,0 ± 5,1% зубов, легкий – у 15,0 ± 3,9% зубов. Ухудшение состояния пораженной флюорозом эмали диагностировалось у 55,0 ± 5,6% зубов. Из них 20,0 ± 4,5% изначально имели проявления очень легкого флюороза, а 35,0 ± 5,3% – легкого. Ухудшение проявлялось не только увеличением размеров флюорозных пятен у 20,0 ± 4,5% зубов, но и появлением у 10,0 ± 3,4% из них новых меловых пятен, у 10,0 ± 3,4% – пигментации, а у 15,0 ± 3,9% – даже деструктивных изменений поверхности эмали.

За второй год наблюдения улучшение состояния флюорозных поражений тоже не диагностировалось ни в одном зубе. Стабилизация флюороза, по сравнению с данными первого года, достоверно уменьшилась ($p < 0,001$) и была обнаружена только у 18,8 ± 4,4% зубов. Ухудшение состояния пораженной флюорозом эмали было зарегистрировано уже у 81,3 ± 4,4% зубов, что в 1,48 раз больше, чем за первый год наблюдения ($p < 0,001$). При этом возникновение

новых меловых пятен диагностировано у 17,5 ± 4,3%, пигментации – у 21,3 ± 4,6%, а деструктивных изменений – у 27,5 ± 4,9% зубов относительно исходных данных.

Таким образом, если дети остаются жить в зоне эндемического флюороза, то без лечения (вторичной профилактики) очень легкие и легкие формы заболевания уже через 1 – 2 года переходят в более тяжелые формы, а у шестой части детей на пораженных зубах появляются новые очаги флюороза.

Вывод

С возрастом у детей начальные формы флюороза исчезают не потому, что «самоизлечиваются», а потому, что трансформируются в более тяжелые формы, что диктует необходимость проведения вторичной профилактики флюороза как можно раньше после прорезывания зубов.

Литература

1. Амосова Л .І. Спосіб визначення площі флюорозних і каріозних плям емалі та їх динаміки / Л. І. Амосова, Н. Г. Старіцина // Сучасні підходи до лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Івано-Франківськ, 2003. – С. 35 – 36.

2. Гребняк М. П. Прогнозування впливу атмосферного забруднення на захворюваність населення індустріального міста / М. П. Гребняк, Р. А. Федорченко // Довкілля та здоров’я. – 2016. –№ 2 (78). – С. 30 – 34.

3. Каськова Л. Ф. Обґрунтування диференційованого підходу до вторинної профілактики флюорозу постійних зубів у дітей / Л. Ф. Каськова, І. О. Падалка, Л. І. Амосова, Н. А. Моргун, О. Е. Абрамова, Ю. І. Солошенко // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2011. – № 1 (4). – С. 37 – 41.

4. Лучинський М. А. Вплив несприятливих екологічних чинників на стан стоматологічного здоров’я дітей (огляд літератури) / М. А. Лучинський // Український стоматологічний альманах. – 2015. – № 6. – С. 76 – 81.

5. Марченко А. В. Патоморфологічні підходи щодо лікування флюорозу зубів / А. В. Марченко, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина // Український стоматологічний альманах. – 2000. – № 1. – С. 5 – 6.

6. Николишин А. К. Флюороз зубов. Ч. І. Биология тканей зуба при фтористой интоксикации / А.К. Николишин. –Полтава: Полтава, 1995.–69 с.

7. Савилов Е. Д. Техногенное загрязнение окружающей среды и здоров’я населения: анализ ситуации и прогноз / Е. Д. Савилов, Е. В. Анганова, С. В. Ильина, Л. А. Степанченко // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95, № 6. – С. 507 – 512.

8. Стоматологические обследования: основные методы; пер. с англ. А.Г. Колесника. – [3-е изд.]. – Женева: ВОЗ, 1989. – 62 с.

9. Фёдоров Ю. А. Особенности диагностики и новые принципы лечения некариозных поражений зубов / Ю. А. Фёдоров, В. А. Дрожжина, П. М. Чернобыльская, Н. В. Рубежова // Новое в стоматологии. – 1996. – № 3. – С. 10 – 12.