

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ

Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Амосова Л.И., Бережная Е.Э.

На сегодняшний день в детской стоматологии остается актуальной проблема фиссурного кариеса постоянных зубов [3,5]. Особый интерес у исследователей и клиницистов вызывают первые постоянные моляры, которые первыми из постоянных зубов прорезываются в полость рта ребенка. Имея сложное анатомическое строение жевательной поверхности, эти зубы наиболее часто поражаются кариесом в первые годы после их прорезывания. Как свидетельствуют данные литературы, возникновение кариеса на жевательных поверхностях моляров во многом зависит от особенностей строения фиссур, их формы и глубины [2,4]. Вопрос о роли ямок в возникновении патологического процесса в литературе освещен недостаточно, хотя гистологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что ямки являются наиболее глубокими образованиями жевательной поверхности моляров [1]. Известно также, что кариес в постоянных молярах часто возникает в слепых ямках вестибулярных поверхностей. Но в доступной нам литературе мы нашли единичные данные о частоте поражения различных поверхностей моляров.

Цель исследования. Проследить динамику возникновения кариеса на вестибулярных и жевательных поверхностях первых постоянных моляров у детей, а также динамику возникновения кариозных очагов и изучить их локализацию на жевательных поверхностях этих зубов в течении первых 2-х лет после их прорезывания.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 743 интактных первых постоянных моляра с разной одонтоглифической жевательной поверхности у 233 детей в возрасте 6 лет. Для изучения динамики возникновения кариеса и его локализации на разных поверхностях моляров дети осматривались через 6, 12 и 24 месяцев. В динамике наблюдения определяли распространенность кариеса жевательных и вестибулярных

поверхностей постоянных моляров в % и прирост кариеса на этих поверхностях моляров. Во время каждого осмотра проводили тщательное обследование жевательной поверхности моляров при искусственном освещении, с помощью зеркала и острого зонда. При этом в каждом анатомическом образовании жевательной поверхности, отмечали наличие кариозного поражения, если такое было. Полученные данные обрабатывали с использованием математико-статистических методов. Отличия считались вероятными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 6 месяцев наблюдения в 743 молярах было выявлено 13 кариозных зубов, из них 30,77% - верхней челюсти и 69,23% - нижней челюсти. В верхних и нижних молярах пораженными были только жевательные поверхности. Распространенность кариеса жевательных поверхностей нижних моляров через полгода составила $- 2,59 \pm 0,85\%$, жевательных поверхностей верхних моляров $- 1,01 \pm 0,50\%$. Прирост кариеса на жевательных поверхностях верхних моляров за этот период составил $1,01 \pm 0,50\%$, на жевательных поверхностях нижних моляров $- 2,59 \pm 0,85\%$. В молярах верхней и нижней челюстей кариес локализовался исключительно в ямках жевательной поверхности. При осмотре кариозные полости были небольшие, с узким входным отверстием, что позволило определить их локализацию.

Каждый пораженный зуб верхней челюсти имел одну кариозную ямку, тогда как 8 моляров нижней челюсти имели по одной и 1 зуб - две кариозные ямки. Ни одного поражения борозд обнаружено не было.

Через 12 месяцев наблюдения было выявлено 51 кариозный зуб, из них 39,22% - верхней челюсти и 60,78% - нижней челюсти. Новые кариозные очаги были обнаружены в 16 верхних молярах и в 22 нижних молярах. В верхних молярах пораженными были окклюзионные поверхности, в нижних молярах - жевательные и вестибулярные поверхности. Но кариес на жевательных поверхностях нижних моляров возникал в 14 раз чаще, чем на вестибулярных.

Распространенность кариеса жевательных поверхностей нижних и верхних моляров через год наблюдения составила соответственно $8,36 \pm 1,49\%$ и $5,05 \pm 1,1\%$, вестибулярных поверхностей нижних моляров - $0,58 \pm 0,41\%$. За второе полугодие прирост кариеса на жевательных поверхностях нижних моляров составил $5,77 \pm 1,25\%$, на жевательных поверхностях верхних моляров - $4,04 \pm 0,99\%$, на вестибулярных поверхностях нижних моляров - $0,58 \pm 0,41\%$. Всего же, за первый год наблюдения, прирост кариеса на соответствующих поверхностях составил $8,36 \pm 1,49\%$, $5,05 \pm 1,10\%$, $0,58 \pm 0,41\%$.

Через 12 месяцев наблюдения кариес был диагностирован не только в ямках, но и в бороздах жевательной поверхности моляров, хотя часть последних была незначительной ($p < 0,001$). За этот период кариес возник в 16 верхних молярах. Из них 14 зубов имели по одной кариозной ямке, а в 2-х зубах пораженной была борозда, отделяющая бугорок Карабелли.

В нижних молярах кариес был диагностирован в 20 случаях. Из пораженных зубов 17 имели по одной, а 3 зуба - по две кариозные ямки. Поражения борозд обнаружено не было.

Через 24 месяцев наблюдения из 743 моляров пораженными были 102 зуба, из них $35,29\%$ - верхней челюсти и $64,71\%$ - нижней челюсти. Новые кариозные полости возникли в 16 верхних молярах и в 35 нижних молярах, а их локализация была такой же, как и через 12 месяцев наблюдения. В нижних молярах было обнаружено 38 новых пораженных поверхностей, из них жевательных – 30, вестибулярных - 8, что составило соответственно $78,95\%$ и $21,05\%$. Итак, жевательные поверхности поражались в 3,75 раз чаще, чем вестибулярные с вероятностью разницы различий ($p < 0,001$).

Распространенность кариеса жевательных поверхностей нижних и верхних моляров, а также вестибулярных поверхностей нижних моляров через два года наблюдения значительно увеличилась ($p < 0,05$) и составила соответственно $17,00 \pm 2,02\%$, $9,09 \pm 1,44\%$ и $2,88 \pm 0,90\%$. За второй год

наблюдения прирост кариеса на жевательных поверхностях нижних моляров составил $8,64 \pm 1,51\%$ поверхности, на жевательных поверхностях верхних моляров - $4,04 \pm 0,99\%$ поверхности, на вестибулярных поверхностях нижних моляров - $2,30 \pm 0,80\%$ поверхности. За этот период наблюдалась тенденция к снижению прироста кариеса на жевательных поверхностях верхних моляров ($p > 0,05$) и к увеличению прироста кариеса на жевательных поверхностях нижних моляров ($p > 0,05$) и достоверное увеличение прироста кариеса на вестибулярных поверхностях нижних моляров ($p < 0,05$) по сравнению с соответствующим показателем за первый год наблюдения.

За второй год наблюдения кариес был диагностирован в 16 верхних молярах. Из них 15 зубов имели по одной кариозной ямке, а в одном зубе пораженной была центральная борозда. Кроме того, в одном моляре, который уже имел кариозную ямку, кариес возник в другой ямке. Всего за этот период, в верхних молярах было диагностировано 16 случаев поражения ямок и 1 случай поражения борозд, что составило соответственно 94,12% и 5,88%.

В нижних молярах, за этот период, кариес был диагностирован в 30 случаях. Из пораженных зубов 21 имел по одной, 4 - по две кариозные ямки, 5 - по одной кариозной борозде. Кроме этого, было выявлено 2 случая поражения борозд в кариозных зубах. Итак, в нижних молярах было диагностировано 29 кариозных ямок и 7 кариозных борозд, что составило соответственно 80,56% и 19,44%. По частоте поражения борозды расположились в следующей последовательности: вестибулярная - 42,86%, дистальная - 28,58%, дистолингвальная и лингвальная - по 14,28%.

Итак, за второй год исследования наблюдалось значительное повышение прироста кариеса борозд нижних моляров и снижение, почти в два раза, прироста кариеса борозд верхних моляров относительно предыдущих данных. За этот период 84,91% случаев кариеса было диагностировано в ямках и 15,09% - в бороздах жевательной поверхности моляров.

Таким образом, результаты исследования показали, что в течение первого года после прорезывания кариес возникал только на жевательных

поверхностях верхних и нижних моляров. С течением времени (через 12 -24 месяцев) кариес поражал также вестибулярные поверхности нижних моляров. В течение двух лет исследования было выявлено, что вскоре после прорезывания первых постоянных моляров, кариес возникал в ямках их жевательных поверхностей. С течением времени (через 12-24 месяцев) наряду с ямками кариесом также поражались борозды жевательной поверхности. Но в течение всего периода наблюдения количество пораженных ямок было достоверно выше, чем количество пораженных борозд ($p < 0,001$).

На основании этих исследований мы пришли к выводу, что ямки являются наиболее восприимчивыми к кариесу углублениями жевательной поверхности моляров.

Полученные данные необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий в первых постоянных молярах у детей в первые годы после их прорезывания.

Список литературы.

1. Гасюк А.П., Скрипніков П.М. Атлас одонтологіки людини. – Полтава, 2001. –85 с.
2. Зверева С.А. Значение глубины и формы фиссур в развитии кариеса зубов // Стоматология. –1952. –№3. –С.21-25.
3. Каськова Л.Ф. Показники каріесу постійних зубів у дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко //Актуальні проблеми сучасної медицини. -2010. –Том 10. – Вип. 3(31). – С. 24-27.
4. Ремизов С.М., Звонникова Л.В., Райнов Н.А. Особенности развития кариеса в фиссурах зубов человека по данным микротвёрдости. Диагностика, лечение, профилактика // Стоматология. –1995. -№1. –С.9-12.
5. Хоменко Л.А., Кононович Е.Ф., Эль Муттаки Фатима Захра. Поражаемость и тенденция развития кариеса постоянных зубов у детей 6-14 лет // Современная стоматология. –2001. -№1. -С.47-49.

