

Особенности поражения кариесом первых постоянных моляров с разной одонтоглификой их жевательной поверхности

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

В детской стоматологии наиболее остро стоит проблема фиссурного кариеса в первых постоянных молярах, которые первыми среди постоянных зубов прорезываются в полость рта ребенка и поражаются патологическим процессом вскоре после их прорезывания [4,5,7]. Среди многих факторов, которые приводят к развитию кариозного процесса, особую роль играет сложность строения жевательной поверхности моляров [2,3], что диктует необходимость изучения их одонтоглифики [1,6]. Морфологическими исследованиями [2] в нижних молярах определены группы коронок с тремя ямками при У5 и У6 рисунках, а также группу с двумя ямками при +5 и У4 рисунках жевательной поверхности. Морфометрические исследования позволили утверждать, что наиболее подверженной кариесу является жевательная поверхность нижних моляров с У5-рисунком, который характеризуется наличием 3-х ямок. Вместе с тем, другие исследователи [6] не выявили значительных отличий между пораженностью нижних моляров с + и У5-рисунком жевательной поверхности. Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что существует прямая зависимость между сложностью одонтоглифики моляров и возникновением фиссурного кариеса. Но нет единого мнения о частоте поражения первых постоянных моляров в зависимости от типа жевательной поверхности, что является важным для определения показаний к проведению профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучить распространенность одонтоглифических вариантов первых постоянных моляров нижней челюсти у детей 6-7 лет и частоту поражения кариесом моляров с наиболее распространенными типами рисунка их жевательной поверхности.

Объект и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено исследование 1092 моляров нижней челюсти в 564 детей без фоновой патологии в возрасте 6-7 лет м. Полтава. Обзор проводили в

стоматологическом кресле с помощью зеркала и зонда. Тип рисунка жевательной поверхности зубов определяли по схемам одонтоглифических вариантов моляров верхней и нижней челюстей, предложенных Гасюком А.П. и Скрипниковым П.Н. (2001).

Одонтоглифический рисунок моляров определяли в интактных зубах, не имеющих признаков начальных форм кариеса, после окраски жевательной поверхности 2% раствором метиленового синего для лучшего визуального осмотра.

Для изучения частоты поражения кариесом первых постоянных моляров в зависимости от их одонтоглифики из числа обследованных детей была отобрана группа из 233 человек 6-летнего возраста, моляры которых имели наиболее распространенные типы жевательной поверхности. Динамику возникновения фиссурного кариеса изучали в 347 первых постоянных молярах нижней челюсти в течение 2-х лет и 246 молярах 155 детей из числа наблюдаемых в течение 3-х лет исследования.

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

Результаты и их обсуждение. Клиническое исследование 1092 первых постоянных моляров нижней челюсти с интактной жевательной поверхностью показало, что наиболее часто они имели 5-бугорковую коронку (93,22%) по сравнению с 4-бугорковой (5,86%) и 6-бугорковой (0,92%). 5-бугорковые моляры с У-рисунком преобладали над молярами, имеющими +-рисунок жевательной поверхности, что составило соответственно 61,10% и 38,90%. 4-бугорковые моляры, наоборот, чаще имели +-рисунок жевательной поверхности, чем У-рисунок (78,12% и 21,88% соответственно). 6-бугорковые моляры в 100% имели У-рисунок жевательной поверхности. 5-бугорковые и 6-бугорковые моляры с У-рисунком жевательной поверхности имели три ямки слияния межбугорковых фиссур: центрально-переднюю (α), центрально-заднюю (β) и центрально-центральную (γ). 4-бугорковые моляры с У-

рисунком и 5-бугорковые моляры с +-рисунком жевательной поверхности имели две ямки - центрально-переднюю (α) и центрально-заднюю (β), 4-бугорковые моляры с +-рисунком имели одну ямку.

Наиболее распространенным типом жевательной поверхности нижних моляров был У5- рисунок (56,96%), другие типы по частоте встречаемости были распределены в следующей последовательности: тип +5 (36,26%), тип +4 (4,58%), тип У4 (1,28%), тип У 6 (0,92%).

Таким образом, у обследованных нами детей наиболее распространенными типами жевательной поверхности первых постоянных моляров нижней челюсти были У5- и +5 рисунки. Нами не выявлено разницы в частоте встречаемости этих типов у обследованных девочек и мальчиков ($p > 0,05$). Динамику возникновения фиссурного кариеса изучали в 347 первых постоянных молярах нижней челюсти в течение 2-х лет и 246 молярах из числа наблюдаемых в течение 3-х лет, которые имели наиболее распространенные типы жевательной поверхности.

Через 6 месяцев наблюдения из 347 моляров кариесом были поражены 9, что составило $2,59 \pm 0,85\%$. В нижних молярах с У5- и + 5- рисунками жевательной поверхности кариес был диагностирован одинаково часто ($p > 0,05$), ($2,09 \pm 1,04\%$ и $3,7 \pm 1,62\%$ соответственно), а в молярах с +4 рисунком жевательной поверхности ни одного случая кариеса обнаружено не было.

Через 12 месяцев наблюдения из 347 моляров пораженными были 29, что составило 8,36%. Новые кариозные полости были обнаружены в 20 молярах нижней челюсти. В зубах с + 4-рисунком жевательной поверхности кариеса обнаружено не было, а частота поражения моляров с У5- и + 5- рисунками была одинаковой ($p > 0,05$) ($8,38 \pm 2,00\%$ и $9,63 \pm 2,54\%$ соответственно).

Результаты исследования через 24 месяцев показали, что из 347 интактных моляров пораженными были 59, что составило 17%. Новые кариозные полости были обнаружены в 30 молярах. Существенной разницы между пораженностью нижних моляров с У5- и + 5- рисунками жевательной

поверхности обнаружено не было ($p > 0,05$) ($17,80 \pm 2,77\%$ и $18,52 \pm 3,34\%$ соответственно), все моляры с +4 рисунком были интактными.

В группе детей, из числа обследуемых, которые осматривались в течение 3-х лет, наблюдалась аналогичная, вышеописанному тенденция пораженности постоянных моляров в период 6-24 месяцев исследования. Через 36 месяцев наблюдения из 246 моляров пораженными были 58, что составило 23,48%. Новые кариозные полости были обнаружены в 10 зубах. Существенной разницы между пораженностью нижних моляров с У5- и + 5-рисунками жевательной поверхности обнаружено не было ($p > 0,05$) ($27,01 \pm 3,79\%$ и $22,83 \pm 4,38\%$ соответственно), а моляры с + 4-рисунком жевательной поверхности оставались интактными.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее часто первые постоянные моляры нижней челюсти поражались кариесом в первые два года наблюдения. В течение 3-го года исследования наблюдалась тенденция к снижению интенсивности поражения моляров. Частота поражения нижних моляров, которые имели более сложное строение жевательной поверхности (тип У5 и +5) была достоверно выше, чем моляров с типом жевательной поверхности +4. Разницы между пораженностью моляров с У5- и + 5-рисунками жевательной поверхности нами не выявлено.

Выводы. Так как у детей г. Полтавы первые постоянные моляры нижней челюсти имеют сложное строение жевательной поверхности, а интенсивность поражения их кариесом самая высокая в первые 2 года после прорезывания, они требуют проведения профилактических мероприятий в ранние сроки.

Перспективы дальнейших исследований. Проведенные нами исследования побуждают к разработке и внедрению в практическое здравоохранение критериев дифференцированного подхода к профилактике фиссурного кариеса первых постоянных моляров у детей.

Список литературы.

1. Вилова Т.В. Характеристика рельефа окклюзионной поверхности моляров и его роль в кариесвосприимчивости у детей ненецкой национальности / Т.В. Вилова // Стоматология. – 1992. -№ 1. – С.81 - 83.
2. Гасюк А.П., Скрипніков П.М. Атлас одонтогліфіки людини / А.П. Гасюк, П.М. Скрипніков – Полтава, 2001. –85 с.
3. Демчина Г.Р., Кухта В.С. Стимуляція карієсрезистентності в критичні періоди морфогенезу твердих тканин зуба / Г.Р. Демчина, В.С. Кухта // Стоматологічні новини: Зб. наук. праць. –Львів, 2001. –Вип.1 –С.19-23.
4. Каськова Л.Ф. Динаміка показників карієсу зубів у дітей під впливом профілактичних заходів / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко //Український стоматологічний альманах. -2012. –№ 2. – С. 125-126.
5. Каськова Л.Ф. Показники карієсу 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.
6. Кухта С.Й., Демчина Г.Р. Раціональна герметизація фісур постійних молярів з урахуванням їх одонтогліфіки / С.Й. Кухта, Г.Р. Демчина // Новини стоматології. –1998. - № 4(17). – С. 37-38.
7. Хоменко Л.А. Поражаемость и тенденция развития кариеса постоянных зубов у детей 6-14 лет / Л.А. Хоменко, Е.Ф. Кононович, Эль Муттаки Фатима Захра // Современная стоматология. –2001. - №1. - С.47-49.