

## Одонтоглифика постоянных моляров как фактор риска возникновения кариеса у детей

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

*Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава*

В детском возрасте наибольший процент случаев поражения кариесом среди постоянных зубов приходится на первые моляры [4,5,7]. Особую роль в возникновении патологического процесса в этих зубах играет сложность строения жевательной поверхности [1,3], что диктует необходимость изучения их одонтоглифики [1,6]. Морфологическими исследованиями [1] установлены два типа первых моляров верхней челюсти. Первый тип (I) встречался в 28% наблюдений и имел две близкие точки слияния межбугорковых фиссур и короткое расстояние между двумя ямками. Второй морфологический тип (II) встречался в 38% наблюдений и имел отдаленные точки слияния межбугорковых фиссур и большее расстояние между ямками. За данными авторов отдаленное размещение двух ямок является фактором риска возникновения кариеса, так как вследствие редукции эндоконуса увеличивается диаметр центрально-задней ямки. Другие исследователи [8] не указывая тип жевательной поверхности моляров, утверждают, что типичной локализацией кариеса в первых верхних молярах является центральная ямка (каждый 6-й зуб), дисталингуальная борозда (каждый 8-й зуб) и передняя ямка (каждый 9-й зуб).

Таким образом, в доступной нам литературе мы не нашли данных о клиническом изучении распространенности различных типов жевательной поверхности первых моляров верхней челюсти и локализации в них кариеса, что является важным для определения показаний к проведению профилактических мероприятий.

Целью исследования стало изучение распространенности одонтоглифических вариантов первых постоянных моляров верхней челюсти у детей 6-7 лет и частоту поражения кариесом моляров с наиболее распространенными типами рисунка их жевательной поверхности.

Результаты исследования. Для решения поставленных задач проведено обследование 1069 моляров верхней челюсти у 564 детей без фоновой патологии возрастом 6-7 лет г. Полтава. Осмотр 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 396 первых постоянных молярах верхней челюсти в течение 2-х лет и 268 молярах у 155 детей из числа обследованных в течение 3-х лет наблюдения.

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

Для определения локализации кариеса в первых постоянных молярах верхней челюсти нами была прослежена динамика возникновения кариозных очагов на жевательных поверхностях 396 моляров 233 детей в течение 2-х лет и 268 моляров 155 детей из числа обследованных в течение 3-х лет наблюдения.

Через 6 месяцев исследования кариес был выявлен в четырех молярах верхней челюсти и локализовался исключительно в ямках. При осмотре кариозные полости были небольшие, с узким входным отверстием, что позволило определить их локализацию. Каждый пораженный зуб имел одну кариозную ямку. Ни одного поражения борозд обнаружено не было.

Через 12 месяцев наблюдения из 396 моляров пораженными были 20. При осмотре кариес был диагностирован не только в ямках, но и в бороздах жевательной поверхности моляров, хотя доля последних была незначительной ( $p < 0,001$ ) (90,0% и 10,0% соответственно). За этот период кариес возник в 16 молярах. Из них 14 зубов имели по одной кариозной ямке, а в 2-х зубах пораженной была борозда, отделяющая бугорок Карабелли.

Через 2 года от начала исследования из 396 моляров пораженными были 36 зубов. Кариес в молярах локализовался в ямках и бороздах жевательной поверхности, но доля последних, по-прежнему оставалась незначительной ( $p < 0,001$ ) (91,9% и 8,1% соответственно). 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 новых случаев поражения ямок и 1 случай поражения борозд, что составило соответственно 94,12% и 5,88%.

За второй год исследования наблюдалось снижение 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.

Исследование 228 моляров через 3 года показало, что процент кариозных борозд от общего количества поражений достоверно увеличился ( $p < 0,001$ ) относительно предыдущих данных, но оставался в 4 раза меньшим, чем процент кариозных ямок ( $p < 0,001$ ) (80,9% и 19,1% соответственно).

За третий год исследования кариес возник в 9 молярах. Четыре пораженных зуба имели по одной кариозной ямке, два зуба - по две кариозные ямки, один

зуб имел кариозные ямку и борозду, в одном зубе пораженной была борозда, еще один зуб имел две кариозные борозды. Кроме этого, было выявлено 2 случая поражения борозд в зубах, которые имели кариозные ямки. Итак, в верхних молярах было диагностировано 9 случаев поражения ямок и 6 случаев поражения борозд, что составило соответственно 60% и 40%. По частоте поражения борозды расположились в следующей последовательности: дистальная - 50%, дисталингуальная - 33,33%, лингуальная - 16,67%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее часто первые постоянные моляры верхней челюсти поражаются кариесом в первые два года наблюдения. В течение 3-го года исследования наблюдалась тенденция к снижению интенсивности поражения моляров. Также было обнаружено, что вскоре после прорезывания первых постоянных моляров, кариес возникал в ямках их жевательных поверхностей. С течением времени (через 12-36 месяцев) наряду с ямками кариесом также поражались борозды жевательной поверхности. В первые два года после прорезывания моляров частота поражения ямок была значительно больше, чем борозд. В течение 3-го года после прорезывания частота поражения ямок уменьшилась и значительно увеличилась частота поражения борозд. Но в течение всего периода наблюдения количество пораженных ямок было достоверно выше, чем количество пораженных борозд ( $p < 0,001$ ).

Выводы. У детей г. Полтава первые постоянные моляры верхней челюсти преимущественно имеют II тип жевательной поверхности, а интенсивность поражения их кариесом самая высокая в первые 2 года после прорезывания, поэтому они нуждаются в проведении профилактических мероприятий в ранние сроки.

#### 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.

8. Иванова Г.Г., Буянкина Р.Г., Жорова Т.Н. Микролокализация кариеса на жевательных поверхностях моляров // Стоматология. –1987. -№3. –С.25-27.