

## **ДИНАМИКА НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ФЛЮОРОЗА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ**

Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Моргун Н. А.

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

кафедра детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний

Актуальность флюороза обуславливается широким распространением данного заболевания 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 [2, 3, 5].

Существует мнение, что нет смысла лечить начальные формы флюороза зубов, поскольку они сами по себе исчезают с течением времени [7]. Но исследований, которые бы доказали, что флюорозные поражения эмали исчезают, потому что «самоизлечиваются», а не потому, что переходят в более тяжелые формы, не проводилось.

### **Цель исследования**

Изучить динамику нелеченных 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 проведено исследование 80 резцов верхней челюсти с проявлениями начальных форм флюороза у 20 учеников 1 – 3 классов средних общеобразовательных школ, которые относятся к 1 и 2 группам здоровья и проживают в Киевском районе г. Полтава в одинаковых социально-бытовых условиях. 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 [4].

Обследование детей проводилось на базе Полтавской городской детской клинической стоматологической поликлиники и 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 на лето) и анамнезу по

профилактике флюороза зубов.

Оценку проявлений флюороза зубов проводили согласно критериям Dean, как рекомендовано экспертами ВОЗ [6]. 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**

Наблюдение в течение двух лет за динамикой нелеченных флюорозных поражений с течением времени показало следующее. За первый год наблюдения улучшение состояния пораженной флюорозом эмали не зарегистрировано ни в одном зубе. Стабилизация была обнаружена у  $45,0 \pm 5,6\%$  зубов, среди которых очень легкий флюороз был ранее диагностирован у  $30,0 \pm 5,1\%$  зубов, легкий – у  $15,0 \pm 3,9\%$  зубов. Ухудшение состояния пораженной флюорозом эмали диагностировалось у  $55,0 \pm 5,6\%$  зубов. Из них  $20,0 \pm 4,5\%$  изначально имели проявления очень легкого флюороза, а  $35,0 \pm 5,3\%$  – легкого. Ухудшение проявлялось не только увеличением размеров флюорозных пятен у  $20,0 \pm 4,5\%$  зубов, но и появлением у  $10,0 \pm 3,4\%$  из них новых меловых пятен, у  $10,0 \pm 3,4\%$  – пигментации, а у  $15,0 \pm 3,9\%$  – 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  $18,8 \pm 4,4\%$  зубов. Ухудшение состояния пораженной флюорозом эмали было зарегистрировано уже у  $81,3 \pm 4,4\%$  зубов, что в 1,48 раз больше, чем за первый год наблюдения ( $p < 0,001$ ). При этом возникновение новых меловых пятен диагностировано у  $17,5 \pm 4,3\%$ , пигментации – у  $21,3 \pm 4,6\%$ , а деструктивных изменений – у  $27,5 \pm 4,9\%$  зубов относительно исходных данных.

Итак, 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. Безвужко Є. В. Забруднене довкілля як фактор ризику виникнення флюорозу зубів у дітей / Є. В. Безвужко // Новини стоматології. – 1999. – № 3. – С. 41 – 42.

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. 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.

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

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

7. 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.

## Сведения об авторах

1. Каськова Людмила Федоровна – д. мед. н., профессор, заведующая кафедрой детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний ВГУЗУ «УМСА»;

2. Амосова Людмила Ивановна – к. мед. н., доцент, доцент кафедры детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний ВГУЗУ «УМСА»;

3. Солошенко Юлия Ивановна – к. мед. н., ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний ВГУЗУ «УМСА»;

4. Моргун Наталья Анатольевна – к. мед. н., ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний ВГУЗУ «УМСА».

служебный адрес: 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23, высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (ВГУЗУ «УМСА»), кафедра детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний.

контактный телефон и e-mail: мобильный телефон +38 050-527-67-47; [lusja-evdik@ukr.net](mailto:lusja-evdik@ukr.net); Амосова Людмила Ивановна.