

Стоматологическая Ассоциация России
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный
медицинский университет»
Министерство здравоохранения
Хабаровского
края



**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
СТОМАТОЛОГИИ
ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА
И ОРТОДОНТИИ**

*Сборник научных статей
VII региональной научно-
практической конференции
с международным участием
по детской стоматологии*



Хабаровск 2017

резистентность тканей пародонта и создает условия для развития в них воспалительных процессов.

Выводы: Значительная роль в развитии воспалительных заболеваний тканей пародонта принадлежит макроэлементам, которые влияют на обменные процессы, структуру тканей пародонта и целостность мембран. У детей с хроническим катаральным гингивитом в период сменного прикуса наблюдается нарушение электролитного баланса, что выражается в снижении концентрации ионизированного кальция и неорганического фосфора в ротовой жидкости ($0,55 \pm 0,02$ ммоль/л и $3,86 \pm 0,38$ ммоль/л соответственно) по сравнению с аналогичными показателями детей со здоровым пародонтом ($0,98 \pm 0,04$ ммоль/л и $4,88 \pm 0,16$ ммоль/л соответственно).



ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ПОСЛЕ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

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

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г.
Полтава.*

Высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов у детского населения является наиболее актуальной проблемой современной стоматологии. Эпидемиологические обследования детей разного возраста свидетельствуют о значительном увеличении пораженности кариесом молочных и постоянных зубов. В детской стоматологии особого внимания требуют первые постоянные моляры, прорезывание которых наблюдается уже в 5-летнем возрасте, а кариес в этих зубах диагностируется уже в 6 лет. В первые годы после прорезывания кариес локализуется исключительно на жевательных поверхностях моляров, что связано со сложностью их анатомического строения. Патологический процесс в ямках и фиссурах моляров в 40% случаев возникает в интервале от 12 до 18 месяцев после

прорезывания, поэтому ранняя профилактика кариеса в этих зубах приобретает все большее значение.

Основу профилактики кариеса постоянных зубов в процессе и сразу после прорезывания составляет возмещение минеральных компонентов в недостаточно минерализованную эмаль. Но по отношению к молярам наиболее эффективным методом профилактики является герметизация фиссур и ямок силантами. Большинство исследователей определяют показания к герметизации фиссур, учитывая особенности строения жевательной поверхности моляров. Наши исследования по изучению особенностей возникновения кариеса в первых постоянных молярах у детей г. Полтава показали, что наиболее часто кариесом поражаются моляры нижней челюсти с осложненным строением жевательной поверхности (тип У5 и +5) и верхние моляры с удаленным размещением двух ямок (тип II). Выявлено, что ямки являются наиболее восприимчивыми к кариесу углублениями жевательной поверхности моляров. С увеличением их глубины повышается риск развития кариеса, в результате чего моляры, которые имеют хотя бы одну глубокую ямку являются наименее устойчивыми к кариозному поражению, независимо от их одонтоглифики.

На основании результатов клинических исследований нами были разработаны критерии дифференцированного подхода к профилактике фиссурного кариеса у детей, которые предусматривают: сроки после прорезывания (не позднее, чем в течение первого года после прорезывания первых постоянных моляров); тип жевательной поверхности (в первую очередь подлежат герметизации нижние моляры, жевательные поверхности которых имеют У5- и + 5 узоры и верхние моляры с удаленным размещением ямок относительно центральной борозды); глубина ямок жевательной поверхности моляров (ямки глубиной от 0,5 до 0,8 мм подлежат обязательной герметизации).

Целью нашего исследования стало изучение эффективности профилактики фиссурного кариеса у детей с учетом разработанных нами критериев.

Объект и методы исследования. Проведено обследование 155 детей (I и II группы здоровья) в возрасте 6 лет, учеников общеобразовательных школ

г. Полтава, которые имели 268 интактных первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей с разной одонтоглифкой (типы узоров У5, +5, П) и глубиной ямок их жевательных поверхностей. Моляры каждого типа жевательной поверхности были разделены на три группы в зависимости от глубины ямок: 1 группа - с неглубокими ямками, 2 группа - со средними ямками, 3 группа - с глубокими ямками жевательной поверхности. Для проведения профилактических мероприятий с учетом разработанных нами критериев из числа обследованных моляров 3-й группы были отобраны 116 зубов 80 детей, которые составили профилактическую группу (табл.1). Детям проводили гигиеническое обучение и контролируемую чистку зубов с акцентом на жевательную поверхность моляров, кроме этого, проводили профилактическое закрытие фиссур и ямок герметиком светового отверждения "Fissurit FX" ("Voco" Германия). 90 моляров 3-й группы у 70 детей, которым проводили только обучение гигиене полости рта и контролируемую чистку зубов с акцентом на жевательную поверхность моляров, служили контролем (табл.2).

Таблица 1

Распределение первых постоянных моляров по их одонтоглифке
в основной группе

Ко-во детей	Тип жевательной поверхности моляров	Количество зубов покрытых герметиком
80	П	48
	У5	46
	+5	22
	Всего	116

Таблица 2

Распределение первых постоянных моляров по их одонтоглифке в
контрольной группе

Ко-во детей	Тип жевательной поверхности моляров	Количество зубов
70	П	36
	У5	34
	+5	22
	Всего	92

Перед герметизацией фиссур и ямок первых постоянных моляров, дети, которым проводили профилактические мероприятия, чистили зубы индивидуальными средствами гигиены под наблюдением медицинской сестры. Неинвазивная методика герметизации включала: тщательное очищение зуба с помощью щетки и полировочной пасты, не содержащей фторидов и масла; изоляцию зуба от влаги полости рта; протравливание эмали 37% гелем ортофосфорной кислоты в течение 30 сек; тщательное промывание водой в течение 30 сек; высушивание; нанесение герметика на фиссуры и ямки с удалением воздушных пузырьков; засвечивание герметика; контроль окклюзии.

Эффективность профилактических мероприятий оценивали по данным клинического исследования, которое проводили через 6, 12 и 24 месяцев.

В динамике наблюдения определяли редукцию фиссурного кариеса первых постоянных моляров, которые были покрыты герметиком по сравнению с группой контроля по показателю редукции:

КПУ контр. – КПУосн.

Показатель редукции = $\frac{\text{КПУ осн.} - \text{КПУ контр.}}{\text{КПУ осн.}} \times 100\%$, где

КПУ контр.

КПУ контр. – индекс кариеса в контрольной группе,

КПУ осн. – индекс кариеса в основной группе

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

Результаты исследования и их обсуждение. Первый контрольный осмотр, проведенный нами через 6 месяцев после нанесения герметика на 116 первых постоянных моляров, определил высокую степень его сохранности. Полное сохранение герметика наблюдалось во всех молярах, т.е. составило 100 %. При исследовании 92 первых постоянных моляров контрольной группы, кариес был диагностирован в 6 случаях, что составило 6,52%.

Через 12 месяцев после герметизации нами было проведено исследование зубов опытной и контрольной групп. В результате данного осмотра в опытной группе полное сохранение герметика определилось на 112

зубах, что составило 96,55% моляров. Через год после герметизации покрытие было потеряно в 4 случаях. При осмотре моляров исследовательской группы было установлено, что в ямках и бороздах, которые его потеряли, не было кариозных поражений.

При осмотре зубов контрольной группы через 12 месяцев было выявлено 24 случая кариеса, что составило 26,08% от общего количества обследованных моляров. За второе полугодие прирост кариеса в контрольной группе составил 18 зубов. Повторное исследование через 24 месяцев в опытной группе моляров показало, что герметик полностью сохранился на 98 зубах, что составило 84,48% моляров. Через 2 года после герметизации силант был потерян в 18 случаях. Его потеря за второй год составила 14 случаев.

Исследование 18 зубов, которые потеряли покрытие, определило, что кариесом были поражены лишь 2 зуба, оставшихся без герметика в первый год. Поражёнными были нижние моляры, которые имели тип узора У5. Характерным было то, что кариес в пораженных зубах локализовался только в зубных ямках, которые в 2 случаях (100%) были глубокими. При осмотре зубов, которые сохранили покрытие, не было выявлено ни одного случая кариеса ямок и борозд. В контрольной группе моляров через 24 месяцев было выявлено 35 кариозных зубов, что составило 38,04%. За второй год наблюдения прирост кариеса в группе контроля составил 11 зубов.

Таким образом, через 2 года от начала исследования в опытной группе моляров процент пораженных зубов был достоверно меньшим, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), что составило соответственно 1,72% и 38,04%. Учитывая полученные данные, мы определили показатель редукции фисурного кариеса в опытной группе зубов по сравнению с контролем. Этот показатель через 24 месяцев составил 94,28%.

Выводы. Применение метода герметизации фиссур в постоянных молярах с учетом сроков их прорезывания, типа жевательной поверхности и глубины ямок показало его высокую эффективность, что необходимо учитывать при выборе показаний к проведению герметизации фиссур у детей.

	процесса.....	58
16.	Елистратова М.И., Галышева К.А. Медицинские и социальные аспекты флюороза.....	63
17.	Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние на состояние твердых тканей зубов у детей фторидсодержащих зубных паст.....	69
18.	Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние фторидсодержащих зубных паст на состояние тканей пародонта.....	73
19.	Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Физико-химические параметры ротовой жидкости у детей, использующих фторидсодержащие зубные пасты.....	77
20.	Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние фторидсодержащих и гигиенических зубных паст на состояние твердых тканей постоянных зубов у детей	80
21.	Завьялова Е.А., Елистратова М.И., Введенская С.Е. Пораженность постоянных зубов кариесом в индексной возрастной группе 12 лет Кировского района г.Хабаровска.....	84
22.	Кадукова Ю.В., Антонова А.А., Чабан А.В. Эффективность лечения мезиальной окклюзии у детей, живущих в отдаленных районах Хабаровского края.....	86
23.	Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Бережная Е. Э. Проблемы вторичной профилактики флюороза зубов.....	88
24.	Каськова Л.Ф., Андриянова О.Ю., Карпенко О.А.,Ващенко И.Ю., Яценко О.И. Применение препарата растительного происхождения в комплексной терапии пародонтита у подростков с эндокринной патологией.....	95
25.	Каськова Л.Ф., Карпенко О.А., Андриянова О.Ю. Состояние гуморального иммунитета при пародонтальном синдроме у детей на фоне сахарного диабета.....	99
26.	Каськова Л.Ф., Новикова С.Ч., Аноприева Н.М.,Новиков Е.М. Изменения показателей минерального состава ротовой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом.....	103
27.	Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Амосова Л.И., Хмиль Е.В., Бережная Е.Э. Профилактика кариеса первых постоянных моляров у детей в первые годы после их прорезывания.....	108
28.	Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Хмиль Е.В., Амосова Л.И., Бережная Е.Э. Изменение микробиоценоза полости рта у детей с хроническими тонзиллитами во время лечения.....	112
29.	Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Артем'єв А.В., Маковка И.Л., Моргун Н.А. Частота гипоплазии эмали у детей популяций медного, бронзового, железного века и средневековья Украины.....	117
30.	Князева Т.П. Оценка влияния количества беременностей в	