

Л. Ф. КАСЬКОВА, Ю. І. СОЛОШЕНКО, Л. І. АМОСОВА,  
О. Е. БЕРЕЖНА, О. В. ХМІЛЬ (Полтава)

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ У ДІТЕЙ

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія» <julia58solo@gmail.com>

*Наведено результати дослідження впливу гігієнічного стану порожнини рота та структурно-функціональної резистентності емалі зубів на ураженість перших постійних молярів фісурним карієсом. Виявлено, що у дітей 6–8 років при однакових показниках гігієни порожнини рота та структурній карієсрезистентності емалі відмічається різниця за частотою ураженості карієсом молярів з різною одонтогліфікою та глибиною ямок їх жувальної поверхні.*

**Ключові слова:** фісурний карієс, діти, одонтогліфіка молярів, гігієна порожнини рота, структурна карієсрезистентність емалі.

Карієс – стоматологічна хвороба, поширення та інтенсивність якої збільшується під впливом різноманітних чинників та з розвитком цивілізації [3, 5, 8].

Постійні зуби прорізаються в порожнину рота з незакінченою мінералізацією емалі. Цей процес починається задовго до прорізування зубів. Відразу після прорізування і протягом наступних двох років мінералізація зубів проходить досить швидко, потім настає її уповільнення майже до повного її припинення. Процес дозрівання емалі динамічний і залежить від анатомічної належності зуба, топографії ділянки зуба та інших факторів. Темп дозрівання емалі фісур зубів значно повільніший, ніж горбів і ріжучих країв, і в значній мірі залежить від ступеня омивання зубів слиною та закриття фісур нальотом.

Найчастіше серед постійних зубів уражуються карієсом перші постійні моляри. Патологічний процес в молярах відмічається вже в 5-річному віці, а до моменту закінчення прорізування цієї групи зубів карієс зустрічається у 23–51 % дітей [2]. Враховуючи це, вважаємо першочерговим завданням дитячого стоматолога запобігання виникненню карієсу в молярах. З метою підвищення ефективності профілактики фісурного карієсу нами проведено дослідження з вивчення особливостей виникнення карієсу в перших постійних молярах у дітей. Виявлено, що моляри з ускладненою одонтогліфікою уражуються карієсом частіше, а патологічний процес у цих зубах протягом першого року після їх прорізування локалізується в ямках жувальних поверхонь [4]. Незалежно від одонтогліфіки моляри з глибокими ямками уражуються карієсом частіше, ніж моляри із середніми та неглибокими ямками [1]. Отже, нами виявлено залежність між виникненням фісурного карієсу в молярах та складністю будови їх жувальної поверхні.

Але у період прорізування зубів гігієнічний стан порожнини рота також у значній мірі може визначати прогноз розвитку патології твердих тканин зубів у дітей [6]. Карієсогенний потенціал акумуляованого нальоту особливо небезпечний у період прорізування та дозрівання емалі фісур, що може спричинити появу на жувальній поверхні локалізованої деструкції.

Відомо, що карієс зубів у дітей виникає при зниженій структурно-функціональній резистентності емалі зубів [7], а показник ТЕР-тесту має сильний вплив на інтенсивність карієсу постійних зубів у дітей.

**Мета дослідження** – вивчення впливу гігієни порожнини рота та структурно-функціональної резистентності емалі зубів на частоту ураження постійних молярів з різною одонтогліфікою та глибиною ямок їх жувальної поверхні.

**Матеріали і методи.** Обстежено 233 дитини (I та II групи здоров'я) віком 6 років, у яких було 743 інтактних перших постійних моляри верхньої та нижньої щелеп з різною одонтогліфікою (типи візерунків У5, +5, II) і глибиною ямок їх жувальних поверхонь. Моляри кожного типу жувальної поверхні розподілено на

три групи залежно від глибини ямок: I – з неглибокими ямками, II – із середніми ямками, III – з глибокими ямками жувальної поверхні.

Динаміку фісурного карієсу в постійних молярах у дітей вивчали протягом двох років спостереження. При першому обстеженні дітей вивчали гігієнічний стан порожнини рота, а карієсрезистентність емалі визначали відразу після повного прорізування верхнього центрального постійного різця.

Гігієнічний стан порожнини рота визначали за індексами Ю. О. Федорова і В. В. Володкіної (1972) та Гріна – Вермільйона (1964); структурно-функціональну резистентність емалі – методом Л. І. Косаревої (1983), використовуючи прискорену модифікацію автора.

Отримані результати оцінювали в кожній групі молярів залежно від їх одонтологіки та глибини ямок. Результати дослідження обробляли методом варіаційної статистики. Оцінку достовірності різниці показників проводили методом різниць. Відмінності вважали достовірними ( $P \leq 0,05$ ).

**Результати та їх обговорення.** При аналізі результатів дослідження не виявлено суттєвої різниці між показниками, що вивчали, у дітей, моляри яких належали до I–III груп взагалі і у межах одного типу окремо.

Так, гігієнічний стан ротової порожнини у дітей, моляри яких належали до різних груп, був незадовільним за індексом Федорова – Володкіної і задовільним за індексом Гріна – Вермільйона, а середні значення показників, що вивчали, коливались в групах від ( $2,22 \pm 0,09$ ) бала до ( $2,52 \pm 0,12$ ) бала і від ( $1,53 \pm 0,08$ ) бала до ( $1,62 \pm 0,84$ ) бала відповідно (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика гігієнічного стану ротової порожнини у дітей групи спостереження за індексом Федорова – Володкіної ( $M \pm m$ )

Тип жувальних поверхонь молярів	Значення гігієнічного індексу, бал		
	I група	II група	III група
<i>За Федоровим – Володкіною (n = 233)</i>			
II	$2,30 \pm 0,10$	$2,27 \pm 0,12$	$2,33 \pm 0,10$
У5	$2,22 \pm 0,09$	$2,25 \pm 0,10$	$2,3 \pm 0,1$
+5	$2,28 \pm 0,10$	$2,52 \pm 0,12$	$2,35 \pm 0,18$
Всього	$2,27 \pm 0,10$	$2,35 \pm 0,11$	$2,33 \pm 0,13$
<i>За Гріном – Вермільйоном (n = 233)</i>			
II	$1,55 \pm 0,07$	$1,55 \pm 0,07$	$1,58 \pm 0,06$
У5	$1,57 \pm 0,07$	$1,53 \pm 0,08$	$1,60 \pm 0,08$
+5	$1,58 \pm 0,07$	$1,62 \pm 0,84$	$1,59 \pm 0,13$
Всього	$1,57 \pm 0,07$	$1,57 \pm 0,33$	$1,59 \pm 0,09$

Примітка. При порівнянні показників гігієнічного індексу в I, II та III групах різниця недостовірною.

При вивченні структурно-функціональної резистентності емалі виявлено зниження її показників у досліджуваних дітей (табл. 2). Показники карієсрезистентності емалі в I–III групах молярів кожного типу окремо і загалом були майже однаковими ( $P > 0,05$ ) і коливались у межах  $1,95 \pm 0,11$  –  $2,22 \pm 0,13$ .

Таблиця 2. Характеристика структурно-функціональної резистентності емалі у дітей групи спостереження ( $n = 233$ ) за показниками ТЕР-тесту ( $M \pm m$ )

Тип жувальних поверхонь молярів	Показники ТЕР-тесту		
	I група	II група	III група
II	$2,030 \pm 0,127$	$1,98 \pm 0,09$	$2,16 \pm 0,13$
У5	$1,95 \pm 0,11$	$1,96 \pm 0,13$	$2,0 \pm 0,1$
+5	$2,01 \pm 0,13$	$2,14 \pm 0,14$	$2,22 \pm 0,13$
Всього	$2,00 \pm 0,12$	$2,03 \pm 0,12$	$2,13 \pm 0,12$

Примітка. При порівнянні показників ТЕР-тесту в I–III групах різниця недостовірною.

Таким чином, у дітей з різною одонтогліфікою перших постійних молярів та різною глибиною ямок їх жувальних поверхонь гігієнічний стан ротової порожнини визначали як незадовільний (2,22–2,52 бала) за індексом Федорова – Володкіної та задовільний (1,53–1,62 бала) за індексом Гріна – Вермільйона, а карієсрезистентність емалі за показниками ТЕР-тесту була зниженою (1,95–2,22). Тобто всі показники, що вивчали, були майже однаковими, отже, не впливали на показники ураженості карієсом молярів з неглибокими, середніми та глибокими ямками.

Але зважаючи на те, що у дітей показники гігієнічного стану порожнини рота та структурної карієсрезистентності емалі не мали достовірної різниці в I–III групах, ураженість карієсом через 2 роки спостереження була найвищою в III групі молярів (44 %), які мали хоча б одну глибоку ямку жувальної поверхні порівняно з II групою молярів (32 %), які мали хоча б одну середню ямку, та I групою молярів (12 %), які мали тільки неглибокі ямки жувальної поверхні.

**Висновок.** У дітей 6–8 років у період прорізування перших постійних молярів, при однакових показниках гігієнічного стану порожнини рота та структурної карієсрезистентності емалі визначним фактором розвитку фісурного карієсу є складність будови жувальної поверхні молярів, що необхідно враховувати при проведенні профілактичних заходів.

#### Список літератури

1. Журавльова Ю. І. Характеристика ураженості карієсом перших постійних молярів залежно від глибини ямок жувальної поверхні // Укр. стомат. альманах. – 2002. – № 3. – С. 37–39.
2. Казакова Р. В., Билицук Н. В., Березовский Ю. Й. Развитие кариеса зубов у детей Прикарпатья в зависимости от сроков прорезывания // Вестн. стоматологии. – 1996. – № 5. – С. 383–384.
3. Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Артемьев А. В. и др. Особенности стоматологического статуса населения территории Украины в разные исторические эпохи // Мед. новости Грузии. – 2014. – Вып. 237, № 12. – С. 35–39.
4. Каськова Л. Ф., Журавльова Ю. І. Характеристика ураженості карієсом перших постійних молярів в залежності від одонтогліфіки жувальної поверхні // Пробл. екології та медицини. – 2001. – № 1–2. – С. 50–53.
5. Каськова Л. Ф., Марченко К. В., Бережна О. Е. та ін. Динаміка показників карієсу у дітей із зубощелепними аномаліями під впливом профілактичних заходів // Лік. справа=Врачеб. дело. – 2015. – № 1–2. – С. 63–67.
6. Колесніченко О. В. Гігієнічний стан порожнини рота у дітей, народжених матерями, хворими на цукровий діабет // Стоматологічні новини: Зб. наук. праць. – Львів, 2001. – Вип. 1. – С. 49–51.
7. Колесніченко О. В. Структурно-функціональна резистентність емалі тимчасових та постійних зубів у дітей, з обтяженим цукровим діабетом матері антенатальним періодом // Там само. – Львів, 2001. – Вип. 1 – С. 46–49.
8. Хоменко Л. О. Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспективи // Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця. – 2007. – № 4. – С. 11–14.

#### ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИССУРНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Л. Ф. Каськова, Ю. И. Солошенко, Л. И. Амосова,  
Е. Э. Бережная, Е. В. Хмель (Полтава)

Приведены результаты исследования влияния гигиенического состояния полости рта и структурно-функциональной резистентности эмали зубов на поражённость первых постоянных моляров фиссурным кариесом. Выявлено, что у детей 6–8 лет при одинаковых показателях гигиены полости рта и структурной карієсрезистентности емалі отмечается разная по частоте поражённость карієсом моляров с разной одонтогліфікой и глубиной ямок их жевательной поверхности.

**Ключевые слова:** фиссурный кариес, дети, одонтогліфіка молярів, гигиена полости рта, структурная карієсрезистентность эмали.

## RISK FACTORS OF FISSURE CARIES IN CHILDREN

L. F. Kaskova, Yu. I. Soloshenko, L. I. Amosova, O. E. Berezhnaya, O. V. Hmil (Poltava, Ukraina)

Ukrainian medical stomatological academy

The article presents the results of research of influence of the hygienic condition of the oral cavity and the structural and functional resistance of tooth enamel on the defeat of the first permanent molars of fissure caries. It was found that children of 6–8 years old, under the same dates of oral hygienic care and structural enamel caries resistance, marked with different frequency decayed molars with different odontoglyphics and deep pits on the chewing surfaces.

**Key words:** fissure caries, children, molars' odontoglyphic, oral hygienic care, structural enamel caries resistance.

УДК 616.314.5–74 : 615.465 : 616.189.24

Надійшла 20.09.2016

I. I. БАБИЧ, Д. О. ШЕВЧЕНКО, Л. Х. ЮЛДАШЕВА (Київ)

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СКЛОВОЛОКОННИХ ШТИФТІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ДЕВІТАЛЬНИХ МОЛЯРІВ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України  
<dentinna32@gmail.com>

*Після депульпування значно зменшується міцність зубів внаслідок редукації, зміни вологості тканин зуба та змін у складі колагенових волокон, що призводить до фрактур кореневої й коронкової частин. Розглянуто особливості відновлення девітальних молярів на нижній щелепі в техніці прямої реставрації з армуванням скловолоконними штифтами та наведено віддалені результати відновлення девітальних молярів у терміни 6, 12 та 18 міс у пацієнтів різних вікових груп.*

**Ключові слова:** девітальні моляри, скловолоконні штифти, пряма реставрація.

**Вступ.** Однією з актуальних проблем сучасної стоматології є необхідність реставрувати редуковані тканини зубів після ендодонтичного лікування. Традиційні цілі реставрації не змінилися: відновлення анатомічної будови та функції зуба. Реставрації за допомогою фотополімерних композитів частіше вибирають особи молодого віку та пацієнти, які потребують більш консервативного підходу. Методика прямої композитної реставрації дає змогу замінити редуковані тканини зуба за допомогою композитних матеріалів більш ощадливо та консервативно і достатньо естетично, на відміну від непрямой реставрації [5].

Депульповані зуби втрачають міцність внаслідок:

- зміни мінерального та органічного складу твердих тканин;
- зниження вологості дентину;
- зміни складу колагенових волокон;
- редукації твердих тканин під час лікування.

За сучасними уявленнями, еластичні внутрішньоканальні штифти створюють додаткову опору при розподілі жувального навантаження [4], мають властивості біосумісності з тканинами зубів [1, 3, 6, 7]. Скловолоконні штифти у поєднанні з фотополімерами дозволяють оптимально відновити естетичні параметри, одночасно забезпечуючи міцність зубів [1, 2, 6, 7].

Незважаючи на вищезазначене, ще недостатньо клінічного матеріалу про віддалені результати композитних реставрацій нижніх молярів з армуванням скловолоконними штифтами у пацієнтів різних вікових груп.

**Мета дослідження** – вивчення та визначення віддалених результатів реставрування депульпованих молярів на нижній щелепі з використанням скловолоконних штифтів у терміни 6, 12 та 18 міс у пацієнтів різних вікових груп.