

**ХАРАКТЕРИСТИКА УРАЖЕНОСТІ КАРІЄСОМ ПЕРШИХ  
ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ОДОНТОГЛІФІКИ У ДІТЕЙ  
М. ПОЛТАВИ**

**Л. Ф. Каськова, Ю. І. Солошенко, Л. І. Амосова, О. Е. Бережна,  
О. Ю. Андріянова**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

Дана робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», № державної реєстрації 0111U006760.

**Вступ.** У дітей найбільш часто, серед постійних зубів, уражаються карієсом перші постійні моляри [4,5,7]. Серед багатьох чинників, які призводять до розвитку каріозного процесу, особливу роль відіграє складність будови жувальної поверхні молярів [1,3], що диктує необхідність вивчення їх одонтогліфіки [1,6]. Морфологічними дослідженнями [1] встановлені два типи перших молярів верхньої щелепи. Перший тип зустрічався у 28% спостережень і мав дві близькі точки злиття міжгорбкових фісур і коротку відстань між двома ямками. Другий морфологічний тип зустрічався у 38% спостережень і мав віддалені точки злиття міжгорбкових фісур та більшу відстань між ямками. Автори відмічають, що віддалене розміщення двох ямок, обумовлене редукцією ендоконуса, є фактором ризику виникнення карієсу, тому що внаслідок редукції збільшується діаметр центрально-задньої ямки. Інші дослідники [8], не вказуючи тип жувальної поверхні молярів, стверджують, що типовою локалізацією карієсу на перших верхніх молярах є центральна ямка (кожен 6-й зуб), дистолінгвальна борозна (кожен 8-й зуб) і передня ямка (кожен 9-й зуб).

Таким чином, в доступній нам літературі ми не знайшли даних про клінічне вивчення поширеності різних типів жувальної поверхні перших молярів верхньої щелепи та локалізації в них карієсу, що є важливим для визначення показань до проведення профілактичних заходів.

**Мета дослідження.** Вивчити поширеність одонтогліфічних варіантів перших постійних молярів верхньої щелепи у дітей 6-7 років та частоту ураження карієсом молярів з найбільш поширеними типами малюнку їх жувальної поверхні.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань проведено дослідження 1069 молярів верхньої щелепи у 564 дітей без фонові патології віком 6-7 років м. Полтава. Огляд проводили в стоматологічному кріслі за допомогою дзеркала і зонда. Тип рисунка жувальної поверхні зубів визначали за схемами одонтогліфічних варіантів молярів верхньої і нижньої щелеп, запропонованих Гасюком А.П. і Скрипніковим П.М. (2001).

Одонтогліфічний рисунок молярів визначали в інтактних зубах, які не мали ознак початкових форм карієсу, після забарвлення жувальної поверхні 2% розчином метиленового синього для кращого візуального огляду.

Для вивчення частоти ураження карієсом перших постійних молярів залежно від їх одонтогліфіки з числа обстежених дітей була відібрана група із 233 осіб 6-річного віку, моляри яких мали найбільш поширені типи жувальної поверхні. Динаміку виникнення фісурного карієсу вивчали в 396 перших постійних молярах верхньої щелепи протягом 2-х років і 268 молярах у 155 дітей із числа спостережених протягом 3-х років дослідження.

Отримані дані оброблялися методом варіаційної статистики. Оцінка вірогідності різниці показників проводилась за методом різниць. Відмінності вважалися за вірогідні при  $p \leq 0,05$ .

Для визначення локалізації карієсу в перших постійних молярах верхньої щелепи нами була простежена динаміка виникнення каріозних осередків на жувальних поверхнях 396 молярів 233 дітей протягом 2-х років і 268 молярів 155 дітей з числа спостережених протягом 3-х років дослідження.

Результати дослідження через 6 місяців показали, що в молярах верхньої щелепи карієс локалізувався виключно в ямках (табл. 4). При огляді каріозні порожнини були невеличкі, з вузьким вхідним отвором, що дало можливість визначити їх локалізацію. Кожний уражений зуб мав одну каріозну ямку. Жодного ураження борозен виявлено не було.

Характеристика ураженості ямок та борозен жувальних поверхонь постійних молярів верхньої щелепи

№ обстеження	Кількість інтактних молярів	Кількість молярів з ураженою жувальною поверхнею	Кількість уражень				
			Усього	Ямки		Борозни	
				Абс.	% (M±m)	Абс.	% (M±m)
I	396	0	0	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
II	392	4	4	4	100,0±14,09	0	0,00±0,00 p<0,001
III	376	20	20	18	90,00±6,71	2	10,00±6,71 p<0,001
IV	360	36	37	34	91,89±4,49	3	8,11±4,49 p<0,001
V	228	40	47	38	80,85±5,74	9	19,15±5,74 p<0,001

Примітка: p – вірогідність відмінностей з показниками ураження ямок.

Через 12 місяців спостереження карієс було діагностовано не тільки в ямках, а й в борознах жувальної поверхні молярів, хоча частка останніх була незначною (p<0,001). За цей період карієс виник в 16 молярах. З них 14 зубів мали по одній каріозній ямці, а в 2-х зубах ураженою була борозна, що відокремлює горбик Карабелі (табл. 4.).

Результати дослідження через 24 місяці показали, що карієс в молярах локалізувався в ямках і борознах жувальної поверхні, але частка останніх, як і раніше, залишалась незначною (p<0,001) (табл. 4). За другий рік спостереження карієс був діагностований в 16 верхніх молярах. Із них 15 зубів мали по одній каріозній ямці, а в одному зубі ураженою була центральна борозна. Крім того, в одному молярі, який уже мав каріозну ямку, карієс виник в іншій ямці. Всього, за цей період, у верхніх молярах було діагностовано 16 випадків ураження ямок і 1 випадок ураження борозен, що склало відповідно 94,12% та 5,88% (табл. 4). Отже, за другий рік дослідження спостерігалось зниження приросту карієсу борозен верхніх молярів відносно попередніх даних. За цей період 84,91%

випадків карієсу було діагностовано в ямках і 15,09% - в борознах жувальної поверхні молярів.

Дослідження 228 молярів через 3 роки показало, що відсоток каріозних борозен від загальної кількості уражень вірогідно збільшився ( $p < 0,001$ ) відносно попередніх даних, але залишався у 4 рази меншим, ніж відсоток каріозних ямок ( $p < 0,001$ ).

За третій рік дослідження карієс виник у 9 молярах. Чотири уражених зуба мали по одній каріозній ямці, два зуба – по дві каріозні ямки, один зуб мав каріозні ямку і борозну, в одному зубі ураженою була борозна, ще один зуб мав дві каріозні борозни. Крім цього, було виявлено 2 випадки ураження борозен в зубах, які мали каріозні ямки. Отже, у верхніх молярах було діагностовано 9 випадків ураження ямок і 6 випадків ураження борозен, що склало відповідно 60% і 40%. За частотою ураження борозни розташувались у наступній послідовності: дистальна – 50%, дистолінгвальна – 33,33%, лінгвальна – 16,67%.

Таким чином, проведене дослідження показало, що найбільш часто перші постійні моляри верхньої щелепи уражались карієсом в перші два роки спостереження. Протягом 3-го року дослідження спостерігалась тенденція до зниження інтенсивності ураження молярів. Також було виявлено, що невдовзі після прорізування перших постійних молярів, карієс виникав в ямках їх жувальних поверхонь. З плином часу (через 12-36 місяців) поряд з ямками карієсом також уражались борозни жувальної поверхні. В перші два роки після прорізування молярів частота ураження ямок була значно більшою, ніж борозен. Протягом 3-го року після прорізування частота ураження ямок зменшилась і значно збільшилась частота ураження борозен. Але протягом усього періоду спостереження кількість уражених ямок була вірогідно вищою, ніж кількість уражених борозен ( $p < 0,001$ ).

Аналіз частоти ураження кожної ямки верхніх молярів, показав, що через 6 місяців спостереження у всіх випадках карієс локалізувався в центрально-передній ямці ( $\alpha$ ), всі центрально-задні ямки були інтактними (табл. 5).

Через 12 та 24 місяців частота ураження двох ямок була майже однаковою ( $p > 0,05$ ), хоча відсоток уражених передніх ямок був дещо вищим, ніж задніх ямок. Через 36 місяців дослідження кількість каріозних передніх ( $\alpha$ ) і задніх ( $\beta$ ) ямок була однаковою (табл. 6).

**Висновки.** У дітей м. Полтави перші постійні моляри верхньої щелепи переважно мають II тип жувальної поверхні, а інтенсивність ураження їх карієсом найвища в перші 2 роки після прорізування, тому вони потребують проведення профілактичних заходів у ранні строки.

**Перспективи подальших досліджень.** Проведені нами дослідження спонукають до розробки та впровадження у практичну охорону здоров'я критеріїв диференційованого підходу до профілактики фісурного карієсу перших постійних молярів у дітей.

#### **Список літератури.**

1. Вилова Т.В. Характеристика рельєфа окклюзійної поверхні молярів и его роль в карієсовосприимчивости 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.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ОДОНТОГЛИФИКИ У ДЕТЕЙ Г. ПОЛТАВА**

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

**Резюме.** У детей 6-7 лет г. Полтавы наиболее распространенными типами жевательной поверхности первых постоянных моляров верхней челюсти являются II тип жевательной поверхности. Высокая интенсивность поражения первых постоянных моляров нижней челюсти наблюдается в первые два года после прорезывания, в течение 3 - го года интенсивность поражения моляров снижается. Частота поражения нижних моляров, которые имеют более сложное строение жевательной поверхности (тип У5 и +5 ) выше, чем моляров с типом жевательной поверхности +4 . Моляры с У5 - и +5- рисунками жевательной поверхности поражаются кариесом одинаково часто, что диктует необходимость проведения в этих зубах профилактических мероприятий в ранние сроки.

**Ключевые слова:** дети, одонтоглифика, моляры, кариес.

## **CHARACTERISTIC OF INFESTATION FIRST PERMANENT MOLARS BY CARIES DEPENDING ON TEETH ODONTOGLIFIK IN CHILDREN OF POLTAVA**

Kaskova L.F., Soloshenko Yu.I., Amosova L.I., Berezhnaja O.E., Chmil O.V.

**Summary.** The study found that the first permanent molars of the lower jaw most often affected by caries in the first two years of observation. During the 3<sup>rd</sup> year study showed a trend towards reduction in the intensity lesion molars. The frequency of lesions of the lower molars, which were more complex structure of chewing surfaces (type Y5 and +5) was significantly higher than the molar occlusal surface of type +4.

Since children's first permanent molars of the lower jaw are complicated structure of chewing surface, and the intensity of caries lesions is highest in the first 2 years after the eruption, they need preventive measures in the early periods.

**Keywords:** children, odontohlifika (pattern a chewing surface of the tooth), molars, tooth decay.