

УДК 616.314.5-002-053.37(477.53)

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛІЗАЦІЇ КАРІЄСУ НА  
ЖУВАЛЬНИХ ПОВЕРХНЯХ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У  
ПЕРШІ РОКИ ПІСЛЯ ЇХ ПРОРІЗУВАННЯ В ДІТЕЙ м. ПОЛТАВИ**

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

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»**

**Резюме**

В статті представлені результати дослідження динаміки виникнення каріозних очагов і їх локалізації на жувальних поверхностях перших постійних молярів на протязі перших трьох років після їх прорезивання. Виявлено, що в течение першого року після прорезивання перших постійних молярів каріес локалізувався виключно в ямках їх жувальних поверхностей. В течение 2 і 3 років дослідження каріесом поражалися як ямки, так і борозди жувальної поверхності молярів, но частота поражения ямок была достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем частота поражения борозд.

**Ключевые слова:** дети, фиссурный каріес, первые постоянные моляры, фиссуры, ямки.

**Summary**

The investigation results caries formation in dynamics and their localization on chewing surfaces of the first permanent molars during the first three years after eruption are presented in the article. During the first year after eruption of the first permanent molars caries was located only in the fissure of chewing surfaces. During the second and third years of investigation caries has spread on both fosse and grooves of chewing surfaces of molars, but the frequency of fosse affection was still reliably higher as compared to grooves' damages.

**Key words:** children, fissure caries, first permanent molars, fissures, fosse.

## **Література**

1. Хоменко Л.А. Поражаемость и тенденция развития кариеса постоянных зубов у детей 6-14 лет / Хоменко Л.А., Кононович Е.Ф., Эль Муттаки Фатима Захра // Современная стоматология.- 2001. -№1. –С.47-49.
2. Зверева С.А. Значение глубины и формы фиссур в развитии кариеса зубов / Зверева С.А. // Стоматология. -1952. -№3- С.21-25.
3. Ремизов С.М. Особенности развития кариеса в фиссурах зубов человека по данным микротвердости. Диагностика, лечение, профилактика / Ремизов С.М., Звонникова Л.В., Райнов Н.А. // Стоматология. -1995. -№1. –С.9-12.
4. Кухта С.Й. Рациональна герметизація фісур постійних молярів з урахуванням їх одонтогліфіки / Кухта С.Й., Демчина Г.Р. // Новини стоматології. -1998. -№4(17). –С.37-38.
5. Гасюк А.П. Атлас одонтогліфіки людини : посіб. для студ. / Гасюк А.П., Скрипніков П.М. –Полтава, 2001. – 85 с.

Натепер у дитячій стоматології проблема фісурного карієсу постійних зубів залишається актуальною [1]. Незважаючи на те, що останніми роками набув популярності профілактичний метод герметизації фісур, проблема залишається не розв'язаною. Саме поняття «фісурний карієс» передбачає ураження анатомічних заглиблень на жувальній поверхні молярів – фісур. Багато досліджень було присвячено вивченню будови фісур, їхньої глибини і форми [2, 3]. Тому показання до застосування методу герметизації базувалися винятково на цих даних [4]. Більш пізні морфологічні дослідження жувальної поверхні молярів показали, що найглибшими анатомічними утворами є ямки, які

напротивагу основним борознам (фісурам) доходять до емалево-дентинної межі [5]. Але в літературі питання про роль ямок у виникненні карієсу на жувальній поверхні молярів висвітлене недостатньо.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення динаміки виникнення каріозних осередків та їх локалізації на жувальних поверхнях перших постійних молярів у дітей у перші роки після їх прорізування.

**Методи та результати дослідження.** Ми обстежили 743 інтактні перші постійні моляри у 233 дітей (I та II групи здоров'я) віком 6 років. Динаміку виникнення каріозних осередків та їх локалізацію на жувальних поверхнях 743 молярів вивчали протягом 2 років і 514 молярів із числа обстежених зубів - протягом 3 років дослідження. Огляди проводили через 6,12, 24 і 36 місяців.

Результати дослідження через 6 місяців показали, що в молярах верхньої і нижньої щелеп карієс локалізувався винятково в ямках (табл.1). На огляді каріозні порожнини були невеликі, з вузьким вхідним отвором, що дало можливість визначити їх локалізацію.

Кожний уражений зуб верхньої щелепи мав одну каріозну ямку (табл.2), тоді як 8 молярів нижньої щелепи мали по одній і 1 зуб – дві каріозні ямки (табл.3). Жодного ураження борозен виявлено не було.

Через 12 місяців спостереження карієс було діагностовано не тільки в ямках, а й у борознах жувальної поверхні молярів, хоча частка останніх була незначною ( $p < 0,001$ ) (табл.1). За цей період карієс виник у 16 верхніх молярах. Із них 14 зубів мали по одній каріозній ямці, а в 2 зубах ураженою була борозна, що відокремлює горбик Карабеллі (табл.2).

У нижніх молярах карієс було діагностовано у 20 випадках. З уражених зубів 17 мали по одній, а 3 зуби – по дві каріозні ямки. Ураження борозен виявлено не було (табл.3).

Результати дослідження через 24 місяці показали, що карієс у молярах верхньої і нижньої щелеп локалізувався в ямках і борознах

жувальної поверхні, але частка останніх, як і раніше, залишалась незначною ( $p < 0,001$ ) (табл.1). Хоча спостерігалася тенденція до збільшення відсотка уражених борозен і зменшення відсотка уражених ямок від загальної кількості каріозних осередків.

За другий рік спостереження карієс виник на жувальних поверхнях 16 верхніх молярів. 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 у іншій ямці. Усього 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. 2).

У нижніх молярах за цей період карієс було діагностовано в 30 випадках. З уражених зубів 21 мав по одній, 4 – по дві каріозні ямки, 5 – по одній каріозній борозні. Крім цього, було виявлено 2 випадки ураження борозен у зубах, які вже мали каріозні ямки. Отже, в нижніх молярах було діагностовано 29 каріозних ямок і 7 каріозних борозен, що склало відповідно 80,56 % та 19,44 % (табл.3). За частотою ураження борозни розташувались у такій послідовності: вестибулярна – 42,86 %, дистальна – 28,58 %, дистолінгвальна і лінгвальна – по 14,28 %.

Отже, за другий рік дослідження спостерігалось значне підвищення приросту карієсу борозен нижніх молярів і зниження майже у два рази приросту карієсу борозен верхніх молярів відносно попередніх даних. За цей період 84,91 % випадків карієсу було діагностовано в ямках і 15,09 % - у борознах жувальної поверхні молярів.

Дослідження 514 молярів через 3 роки показало, що відсоток каріозних борозен від загальної кількості уражень вірогідно збільшився ( $p < 0,01$ ) відносно попередніх даних, але залишався майже в 3 рази меншим, ніж відсоток каріозних ямок ( $p < 0,001$ ) (табл.1).

У верхніх молярах за цей період карієс виник у 9 випадках. Чотири з уражених зубів мали по одній каріозній ямці, два зуби – по дві каріозні ямки, один зуб мав каріозні ямку і борозну, в одному зубі ураженою була тільки одна борозна, ще один зуб мав дві каріозні борозни. Крім цього, було виявлено 2 випадки ураження борозен у 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% (табл.2). За частотою ураження борозни розташувались у такій послідовності: дистальна – 50 %, дистолінгвальна – 33,33 %, лінгвальна – 16,67 %.

За цей період карієс було діагностовано в 10 нижніх молярах. З них 2 зуби мали по одній каріозній ямці та 8 зубів – по одній каріозній борозні. У 7 каріозних зубах було виявлено 8 випадків ураження борозен. Отже, в нижніх молярах було виявлено 2 випадки ураження ямок і 16 випадків ураження борозен, що склало відповідно 11,11 % і 88,89 % (табл. 3). За частотою ураження борозни розташувались у такій послідовності: вестибулярна – 31,25 %, медіальна – 25 %, дистальна – 18,75 %, дистолінгвальна і лінгвальна – по 12,5 %.

Отже, за 3 рік спостереження 66,67 % випадків карієсу було діагностовано в борознах і лише 33,33 % випадків – у ямках жувальної поверхні молярів.

**Висновки.** Отже, протягом трьох років дослідження було виявлено, що невдовзі після прорізування перших постійних молярів карієс виникав у ямках їхніх жувальних поверхонь. З часом (через 12-36 місяців) поряд із ямками карієсом також уражувалися борозни жувальної поверхні. У перші два роки після прорізування молярів частота ураження ямок була значно вищою, ніж борозен. Протягом 3 року після прорізування частота ураження ямок знизилась і значно підвищилася частота ураження борозен.

Але протягом усього періоду спостереження кількість уражених ямок була вірогідно більшою, ніж кількість уражених борозен ( $p < 0,001$ ).

На підставі цих досліджень ми дійшли висновку, що ямки - це найсприйнятливіші до карієсу заглиблення жувальної поверхні молярів. Тому вони підлягають герметизації в ранні строки після прорізування молярів, що необхідно враховувати у своїй роботі дитячим стоматологам.