

КАРИЕС КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Ш.Б. Даминова, Ж.Р. Абдуллаев, А.С. Йулдашханова, Б.О. Худанов

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Ташкентская медицинская академия

Кариес контактных поверхностей зубов, широко распространенный в настоящее время, чаще всего дает осложнения и является главной причиной пульпита и периодонтита [1,5]. Он трудно диагностируется и тяжело лечится [6]. Поэтому его своевременная профилактика и эффективное лечение являются одной из важнейших задач современной стоматологии [2-4].

Следует иметь в виду, что межзубные промежутки являются важнейшим анатомическим образованием, поскольку многократно повторяются и занимают значительный объём в полости рта. Именно в области межзубного промежутка сходятся и взаимодействуют несколько факторов, регулирующих гомеостаз в области зубов и тканей пародонта: твердые ткани зубов, десневой сосочек, ротовая и десневая жидкость, зубные мягкие и твердые отложения. Доказана значительная роль межзубного промежутка в развитии кариеса и воспалительных заболеваний

пародонта [7], обращено внимание на относительную изолированность межзубных промежутков от среды полости рта, обуславливающую собственные особенности регуляции местного гомеостаза и развития патологических процессов [7,8].

Цель исследования: изучить частоту и закономерность развития кариеса контактных поверхностей зубов у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились дети 13-15 лет, обратившиеся в поликлинику и на кафедру детской терапевтической стоматологии ТМА, так как в этом возрасте дети достаточно образованы и вполне осознают значение собственного здоровья.

Осмотр зубов проводился с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. У пациентов выявляли и фиксировали локализацию кариозных полостей, пломб и удаленных зубов. Интенсивность

поражения постоянных зубов кариозной болезнью подсчитывали с помощью индексов КПУ зубов и КПУ поверхностей. О приросте кариеса судили по изменению индексных показателей в динамике через 6 и 12 месяцев.

Динамику кариеса зубов оценивали «тестом» интенсивности его прироста за каждые 6 и 12 месяцев наблюдения с помощью индекса КПУ зубов и поверхностей (по методу В.П. Недосеко, 1987).

$$\text{КПУ}_2 - \text{КПУ}_1$$

$$\text{Темп прироста} = \frac{\text{КПУ}_2 - \text{КПУ}_1}{\text{КПУ}_1} \times 100\%$$

КПУ₁ – исходное значение средней величины интенсивности кариеса зубов обследуемых детей.

КПУ₂ – средняя величина интенсивности кариеса при следующем исследовании.

Кроме того, проводилось углубленное стоматологическое обследование детей, которое помимо детального выяснения жалоб и анамнеза, включало тщательный стоматологический осмотр с использованием стоматологического инструментария (зубоврачебные и пародонтологические зонды, зеркала, пинцеты), а также специальной диагностической аппаратуры (внутриротовая видеокамера, аппараты для проведения электрометрической

диагностики и оценки электровозбудимости пульпы зубов).

Во время разговора с пациентами детально выясняли наличие или отсутствие возможных факторов риска развития кариеса. К числу таких факторов мы относили:

- сопутствующие общие заболевания и длительную лекарственную терапию в прошлом;
- плохое отношение к своему здоровью (низкая мотивация к соблюдению здорового образа жизни);
- низкую санитарную культуру;
- имевшее раннее место ортодонтическое лечение;
- наличие врожденных аномалий тканей зубов и их положения.

Диагностику кариеса контактных поверхностей зубов проводили визуально (осмотр с помощью зеркал, внутриротовая видеокамера), инструментально (с помощью зондов и зубной нити), методом окрашивания, а также с помощью определения pH на контактных поверхностях зубов.

Для окрашивания кариозных пятен применяли 2% раствор метиленовой сини.

Методы определения pH на контактных поверхностях зубов позволяют диагностировать или с высокой степенью вероятности предполагать на этих участках наличие начальных форм кариеса.

Таблица 1

Интенсивность поражения зубов кариесом у обследованных детей

Число обследованных	Возраст, лет			Индекс (КПУ _з , средний)	Число зубов		
	13	14	15		К	П	У
Мальчики, n=66	17	22	27	3,75±0,04	1,7	1,1	0,95
Девочки, n=74	19	25	30	2,82±0,03	1,3	1,0	0,52
Всего, n=140	36	47	57	3,19±0,08	3,0	2,1	1,47

Из таблицы 1 видно, что кариозные полости и пломбы на контактных поверхностях моляров и

премоляров имели 23,42% осмотренных детей. Причем наблюдалась стойкая тенденция к увеличению их числа с

возрастом. У мальчиков поражения контактных поверхностей встречались в 1,3 раза чаще, чем у девочек.

Дети жаловались на задержку пищи в межзубных промежутках. Этот симптом имелся у 15,1% мальчиков и у 5,4% девочек (табл. 2). К возможным причинам возникновения этого явления

относили наличие кариозной полости или некачественной пломбы в области межзубного промежутка, скученное положение зубов. Иногда обследованные указывали на задержку пищи в области удаленного зуба. У 49,24% больных объективная причина симптома не установлена.

Таблица 2

Частота симптома задержки пищи в межзубных промежутках у детей

Обследованные дети	Распространенность симптома, абс. (%)	Встречаемость симптомов в области зубов:		
		верхних	нижних	всего
Мальчики	10 (15,1)	12	17	29
Девочки	4 (5,4)	15	11	26
Всего	14 (10)	27	28	55

Были выявлены наиболее часто встречающиеся места задержки пищи: между центральными верхними резцами – у 12,41%, между вторым нижним премоляром и первым моляром – у 11,36%, между первым и вторым нижними молярами – у 13,15%.

Гингивит в различных формах был диагностирован практически у каждого четвертого, а отложения зубного камня обнаружили у 48,09% обследованных. У мальчиков гингивит и твердые зубные отложения встречались значительно чаще, что свидетельствует о несоблюдении ими правилами индивидуальной гигиены полости рта. При анализе состояния межзубных промежутков по критериям, предложенным В.А. Румянцевым [7], было обнаружено, что наиболее частым вариантом у обследованных являются промежутки с хорошим контактным пунктом между зубами и положением вершин межзубных десневых сосочков на уровне экватора коронок зубов.

В тех случаях, когда мы диагностировали рецессию десневых сосочков (вершина сосочка ближе к шейкам зубов), число случаев диагностирования кариеса контактных поверхностей существенно увеличивалось (в 6,1 раза). В 86,3% случаев в таких промежутках мы выявляли реставрации (пломбы, вкладки,

искусственные коронки) на контактных поверхностях зубов.

Отсюда следует существенный для практики вывод, что выявление рецессии межзубных десневых сосочков в 6 раз увеличивает вероятность диагностики кариеса контактных поверхностей зубов. При сохраненном контактном пункте сочетание нормального (на уровне экватора коронок зубов) положения вершин десневых сосочков и кариеса контактной поверхности встречается в 1,8 раза реже, чем без кариеса. А сочетание рецессии десневого сосочка с начальным кариесом контактной поверхности выявляется в 2,9 раза чаще, чем без кариеса.

Нами также обнаружено, что при слабом контактном пункте между зубами или расстоянии между ними до 0,8 мм кариозные полости на контактных поверхностях зубов встречаются в 2,7 раза чаще, чем при сохраненном контактном пункте.

При слабом контактном пункте между зубами имеет место тенденция к гипертрофии десневых сосочков. По-видимому, это также является результатом защитно-приспособительной реакции со стороны тканей пародонта. В целом при интактных контактных поверхностях зубов нормальные размеры десневых сосочков встречаются в 3,4 раза чаще, чем их рецессия или гипертрофия.

Таким образом, число полостей на контактных поверхностях зубов с возрастом увеличивается, что является важным признаком прогрессирования кариозного процесса как у конкретного ребенка, так и в исследуемой группе. Задержка пищи является важным патологическим симптомом, наличие которого не всегда уделяют достаточное внимание.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что существуют закономерности в развитии кариеса контактных поверхностей зубов, обусловленные совокупными и взаимосвязанными нарушениями в функциональном состоянии полости рта и среды отдельных межзубных промежутков. Выраженность указанных нарушений может быть различной и разнопропорциональной.

Литература

1. Булгакова А.И., Андреева Ю.В., Туктарова З.Ф. Факторы риска, влияющие на развитие кариеса зубов // Сборник трудов 3-й Российской научно-практической конференции. – Казань, 2010.
2. Иванов В.С. Современные подходы к профилактике кариеса зубов у детей // *Stomatologiya*. – 2010. – №1-2. – С. 148-149.
3. Кисельникова Л.П., Леонтьев В.К. Влияние исходного уровня минерализации прорезывающихся моляров на поражаемость их кариесом // *Стоматология*. – 1996. – №2. – С. 55.
4. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1979. – 540 с.
5. Мелехов С.В. Обоснование лечебно-профилактических мероприятий и прогноза при развитии осложнений кариеса зубов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 26 с.
6. Мелконян К. Некоторые аспекты лечения кариеса корня зуба // *Стоматология*. – 2004. – №6. – С. 24-25.
7. Румянцев В.А. Прогнозирование кариеса контактных поверхностей зубов

// Современные вопросы диагностики и лечения: Материалы науч. конф. – Тверь, 1994. – С. 73.

8. Harris N.O., Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry. – Connecticut, USA, 2006.

РЕЗЮМЕ

Выявлено, что кариозные полости и пломбы на контактных поверхностях моляров и премоляров имели 23,42% детей. Наблюдалась стойкая тенденция к увеличению их числа с возрастом. У мальчиков поражения контактных поверхностей встречались в 1,3 раза чаще, чем у девочек. Контактный кариес является важным признаком прогрессирования кариозного процесса.

RESUME

APPROXIMAL CARIES OF TEETH IN CHILDREN

Daminova Sh.B., Abdullaev J.R., Yuldashkhanova A.S., Khudanov B.O.,
Tashkent institute of postgraduate medical education, Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Caries of approximal surfaces of the teeth is not only highly prevalent in our time, but it is difficult to diagnose and more difficult to treat. The aim of the study was to examine the frequency and connection of development of approximal surface caries in 13-15 years old children.

It was revealed that 23.42% of the children had carious cavities and fillings on the approximal surfaces of molars and premolars. And there was a consistent trend of increasing their numbers with age. Boys had 1.3 times more approximal carious defects than girls.

Approximal caries is an important sign of progression of caries process, as an individual child, and in the study group.

РЕЗЮМЕ

БОЛАЛАРДА АПРОКСИМАЛ КАРИЕС

Даминова Ш.Б., Абдуллаев Ж.Р., Йулдашханова А.С., Худанов Б.О.

*Тошкент врачлар малакасини
ошириш институти, Тошкент тиббиёт
академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

Бугунги кунда апроксимал кариес нафақат кенг тарқалган, балки таъхислашда ва даволашда қийинчиликлар ҳам туғдиради. Илмий изланишимиз мақсади 13-15 ёшли болаларда апроксимал кариес тарқалиши ва ривожланиши қонуниятларини ўрганиш эди.

Изланишда 23,41% болалар моляр ва премоляр тишлари апроксимал

юзаларида кариес коваги ва пломба борлиги аниқланди. Ёш ортиши билан уларнинг сони ҳам кўпайиши кузатилди. Ўғил болаларда апроксимал юза кариеси қиз болаларга нисбатан 1,3 марта кўп учраши қайд этилди.

Апроксимал кариес битта болада ёки гуруҳда жараённинг жадал ривожланишининг муҳим белгисидир.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЦИКЛОВИР ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

А.С. Йулдашханова, С.С. Махсумова, М.С. Мухамедова, Д.У. Рахматуллаева

Ташкентская медицинская академия

Вирус герпеса является одной из самых частых причин вирусных заболеваний у детей. Первичное инфицирование происходит при контакте с вирусоносителями. Вирус очень широко распространен в природе, его носителями являются многие здоровые люди [1,4].

Герпетический стоматит вызывается вирусом Herpes simplex. Вирусы герпеса, ветряной оспы, опоясывающего лишая, Коксаки, ящура, везикулярного стоматита вызывают клинически сходную картину. Заболевание протекает как в форме острой инфекции, так и в виде активации латентного носительства [2,5].

У детей с острым герпетическим стоматитом (ОГС) в полости рта развиваются изменения микрофлоры. Продолжительность заболевания зависит от его тяжести и эффективности лечения. Поэтому поиск новых более эффективных лекарственных средств продолжается [3,5].

Цель исследования: изучение эффективности 3% ацикловир мази при остром герпетическом стоматите у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 46 детей с острым герпетическим стоматитом среднетяжелой формой в возрасте от 1 до 3 лет и 10 здоровых детей сопоставимого

возраста, которые составили контрольную группу, для изучения микробиологических исследований полости рта.

23 ребенка 1-й группы получали традиционное лечение: обработка полости рта раствором фурацилина 1:5000, аппликация 0,25% оксалиновой мастью. У 23 детей 2-й группы лечение полости рта проводилось раствором фурацилина 1:5000, препарат 3% ацикловир наносили на слизистую оболочку полости рта (СОПР) в количестве с горошину.

У больных ОГС определяли микрофлору ротовой жидкости до и после лечения, количество лактобактерий, пептострептококков, уровень лизоцима и иммуноглобулина А.

Результаты исследования. У детей до лечения общее количество анаэробов было снижено до $4,27 \pm 0,25$ КОЕ/мг. Количество лактобактерий уменьшалось до $3,15 \pm 0,1$ КОЕ/мг, количество пептострептококков увеличивалось до $4,17 \pm 0,21$ КОЕ/мг, уровень лизоцима составил $13,2 \pm 0,5$ мг%.

Острый герпетический стоматит протекает с повышением температуры, сильными болями в полости рта. Появляются гиперемия, затем формируется везикула, которая быстро переходит в афту. Клинически это