КЛІНІЧНІ ТИПИ УРАЖЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ. ЧАСТИНА 2: МОЛЯРИ

Л.О. Хоменко, Н.В. Біденко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань

Резюме. *У статті здійснена спроба систематизувати ранні ураження твердих тканин тимчасових молярів. Виявлено, що в переважній більшості випадків каріозні ураження локалізуються у фісурах, часто – із залученням жувальних горбів і подальшим руйнуванням жувальної поверхні. Поширеність дефекту максимальна при більш ранньому ураженні зубів.*

Ключові слова: *ранній карієс тимчасових зубів, тимчасові моляри, локалізація карієсу, фісурний карієс.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ЧАСТЬ 2: МОЛЯРЫ

Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко

Резюме

В статье предпринята попытка систематизировать ранние поражения твердых тканей временных моляров. Выявлено, что в подавляющем большинстве случав кариозные поражения локализуются в фиссурах, часто – с вовлечением жевательных бугров и последующим разрушением жевательной поверхности. Обширность дефекта максимальная при более раннем поражении зубов.

Ключевые слова: ранний кариес временных зубов, временные моляры, локализация кариеса, фиссурный кариес.

CLINICAL TYPES OF TEETH HARD TISSUES LESIONS AT CHILDREN OF EARLY AGE. PART 2: MOLARS

L. Khomenko, N. Bidenko

Summary

The attempt of systematization of early lesions of deciduous molars was carried out. It revealed what carious lesions in generals localize on fissures, often with involving of cusps and following occlusal surface destroying. The size of defect is more in cases of the earliest teeth affecting.

Key words: early childhood caries, deciduous molars, caries localization, fissure caries.

Ушкодження тимчасових молярів є суттєвою проблемою дітей з раннім карієсом, оскільки саме вони переважають у структурі ураження тимчасових зубів [1–3]. На відміну від карієсу фронтальних зубів такі ушкодження, як правило, не діагностуються на ранніх стадіях і згодом призводять до швидкого руйнування бічних зубів з їх передчасною втратою та наступним суттєвим зниженням жувальної ефективності.

За твердженням Т.Ф. Виноградової (1987), у дітей до 2,5 року каріозні осередки локалізуються переважно в місцях антенатального звапнення – на гладких поверхнях різців, після трьох років – на жувальних поверхнях молярів, після чотирьох років – на контактних поверхнях зубів [4]. У більш пізніх джерелах указується, що в ранньому віці часто зустрічається як ураження пришийкової частини різців, так і оклюзійної поверхні молярів [5–7], проте підтримується послідовність локалізації ураження зубів: найперше – вестибулярна локалізація, переважно на різцях, згодом – фісурна, пізніше – апроксимальна [8]. І.Й. Новік (1971) указував на те, що у другому молярі найчастіше розвивався фісурний карієс, у першому – апроксимальний [1]. Першими до патологічного процесу при ранньому карієсі залучаються верхні різці та перші моляри, а другі моляри, так само, як і ікла, можуть уражатись у тяжких впадках [2, 3, 9]. І.Й. Новік (1971) відводить перше місце за ураженістю першим молярам [1], J.-M. Brodeur i C. Galarneau (2006) – другим [3]. За даними J.-M. Brodeur i C. Galarneau (2006), порядок розташування зубів за частотою ураження карієсом у дітей дошкільного віку загалом такий: нижні другі моляри, верхні другі моляри, нижні перші моляри, верхні перші моляри (на моляри припадає близько 80 % усіх уражень), верхні центральні різці, верхні бічні різці, верхні ікла, нижні ікла, нижні різці [3]. Переважання молярів у структурі раннього карієсу тимчасових зубів, на думку Н.В. Рождественської (2000), починається вже із 2-річного віку [10].

Водночас характер раннього ураження тимчасового моляра дозволяє певною мірою спрогнозувати подальший перебіг і швидкість прогресування патологічного процесу у твердих тканинах зуба, а отже, коректно спланувати лікувальну та профілактичну тактику в кожному конкретному випадку.

Мета дослідження – визначення та систематизація клінічних закономірностей ураження твердих тканин молярів у дітей раннього віку.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення типів ураження молярів було проведено в 401 дитини (174 – до 3-х років, 227 – 4–5 років). Стоматологічне обстеження дітей проводилось відповідно до рекомендацій ВООЗ (1997) з певними корективами, обумовленими раннім віком обстежуваних. Окремо реєструвалась та аналізувалась локалізація каріозних уражень на молярах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ураження твердих тканин молярів локалізувались на різних поверхнях коронки та відрізнялися за обсягом утраченої тканини (таблиця). Проте, так само, як і у випадку карієсу різців, незважаючи на досить велику різноманітність варіантів уражень, виявилось можливим проведення певної систематизації таких пошкоджень з виділенням їх різних форм.

Перші моляри мали кілька форм ураження. Найчастіше патологічний процес локалізувався у фісурах, раніше – у верхніх перших молярах. Нерідко при зовні невеликому ураженні після ручної екскавації виявлялася значна за розмірами та глибиною порожнина, цілими залишались тільки тонкі стінки емалі, які швидко сколювались, призводячи до повного руйнування оклюзійної поверхні. У ряді випадків фісурне ураження супроводжувалось дефектами вестибулярної поверхні зуба, локалізація яких, як і у випадку з різцями, співпадала з межею між пре- та постнатально сформованою емаллю (рис. 1). Глибина вестибулярних дефектів була різною: у деяких випадках оклюзійні й вестибулярні порожнини залишались ізольованими одна від одної, у деяких відбувалося швидке руйнування горбиків, об'єднання порожнин, утрата емалі на більшій частині оклюзійної та гладких поверхонь з подальшим руйнуванням дентину, розвитком ускладнень карієсу й повною втратою коронки (рис. 2). У ряді випадків руйнування оклюзійної поверхні (пренатально сформованої емалі) відбувалось більш повільно, утворювався заступний дентин, і, незважаючи на обширний дефект твердих тканин цієї ділянки, ускладнення карієсу не розвивались (рис. 3), і була можливість відновлення оклюзійної поверхні за допомогою пломбувальних матеріалів. Руйнування оклюзійної поверхні не було таким значним у старших дітей, в яких каріозне ураження розвивалось не одразу після моменту прорізування, а через певний час: у таких випадках формувалися класичні неглибокі фісурні порожнини (одна на верхніх молярах або дві – у дистальній і медіальній ямках – на нижніх).

Апроксимальний карієс у перших молярах розвивався або як первинний процес при інтактній оклюзійній поверхні після формування апроксимальних контактів (тобто після прорізування других молярів), або в результаті поширення процесу з оклюзійної поверхні в дітей більш раннього віку (в останньому випадку процес перебігав швидко, агресивно, часто – зі швидким розвитком ускладнень).

Досить часто в перших молярах спостерігались гіпопластичні дефекти в ділянці середньої третини вестибулярної поверхні у вигляді плям або дефектів у межах емалі, пігментованих, щільних і безболісних при зондуванні (рис. 4).

Такі дефекти не прогресували, не ускладнювались карієсом і не поширювались по площині.

Ураження других молярів порівняно з першими відбувалось більш повільно і з менш тяжкими наслідками. Початкове ураження других молярів майже винятково було представлено фісурним карієсом, який розвивався через певний час після прорізування зуба (рис. 5). Проте за наявності карієсогенних чинників фісурне ураження швидко поширювалось у глибину, згодом – і в ширину, призводячи до значного руйнування оклюзійної поверхні зуба, причому ускладнення карієсу розвивалися швидше, ніж у перших молярах. В особливо тяжких випадках зуби втрачали всю оклюзійну емаль, дефект поширювався на вестибулярну й апроксимальні поверхні із практично повним руйнуванням коронки.

Апроксимальний карієс на медіальній поверхні других молярів розвивався або самостійно, або за наявності апроксимального карієсу сусідньої поверхні першого моляра. Нерідко таке ураження не діагностувалося при первинному огляді й виявлялось тільки після препарування апроксимальної каріозної порожнини першого моляра у вигляді ділянки демінералізації або дефекту твердих тканин у ділянці контактного пункту без виходу на оклюзійну поверхню. Апроксимальний карієс дистальних поверхонь других молярів, як правило, був результатом поширення фісурного карієсу дистальної ямки оклюзійної поверхні (здебільшого на верхніх зубах).

Гіпопластичні дефекти других молярів зустрічались украй рідко і мали досить різноманітні форми.

Таблиця

Частота переважної локалізації та поширеності ураження молярів у дітей різних вікових груп, які мають карієс (%)

Переважна локалізація ураження	Вік обстежених дітей		
	0–2 (n = 89)	0–3 (n = 174)	4–5 (n = 227)
Гладкі поверхні	0	0	0,44 (1)
Оклюзійна поверхня	92,14 (82)	89,08 (155)	43,61 (99)
Апроксимальні поверхні	1,12 (1)	5,17 (9)	49,78 (113)
Гладкі та апроксимальні поверхні	0	0	0,44 (1)
Часткове руйнування коронки	2,25(2)	2,30 (4)	2,64 (6)
Повне руйнування коронки	4,49 (4)	3,45 (6)	3,09 (7)

Рис. 1 (А, Б). Одночасне ураження оклюзійної та вестибулярної поверхонь першого моляра.

Рис. 3. Поширене руйнування коронки верхнього тимчасового моляра без ускладнення карієсу та оголення пульпи (стан до (А) та після (Б) ручного препарування).

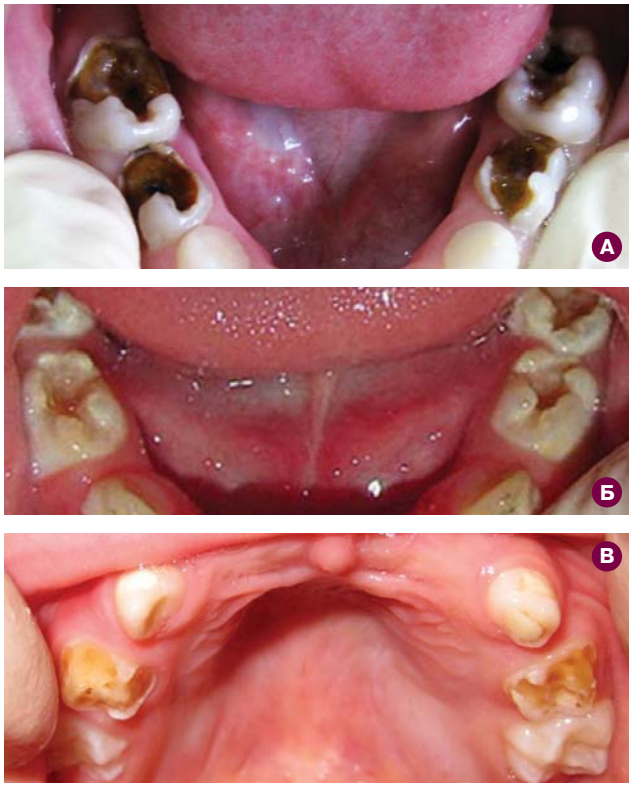

Рис. 2 (А, Б, В). Руйнування коронок тимчасових молярів.

Рис. 4. Гіпопластичне ураження вестибулярної поверхні моляра, каріозне ураження оклюзійної поверхні.

Рис. 5. Фісурний карієс другого моляра й поширене руйнування оклюзійної поверхні першого моляра.

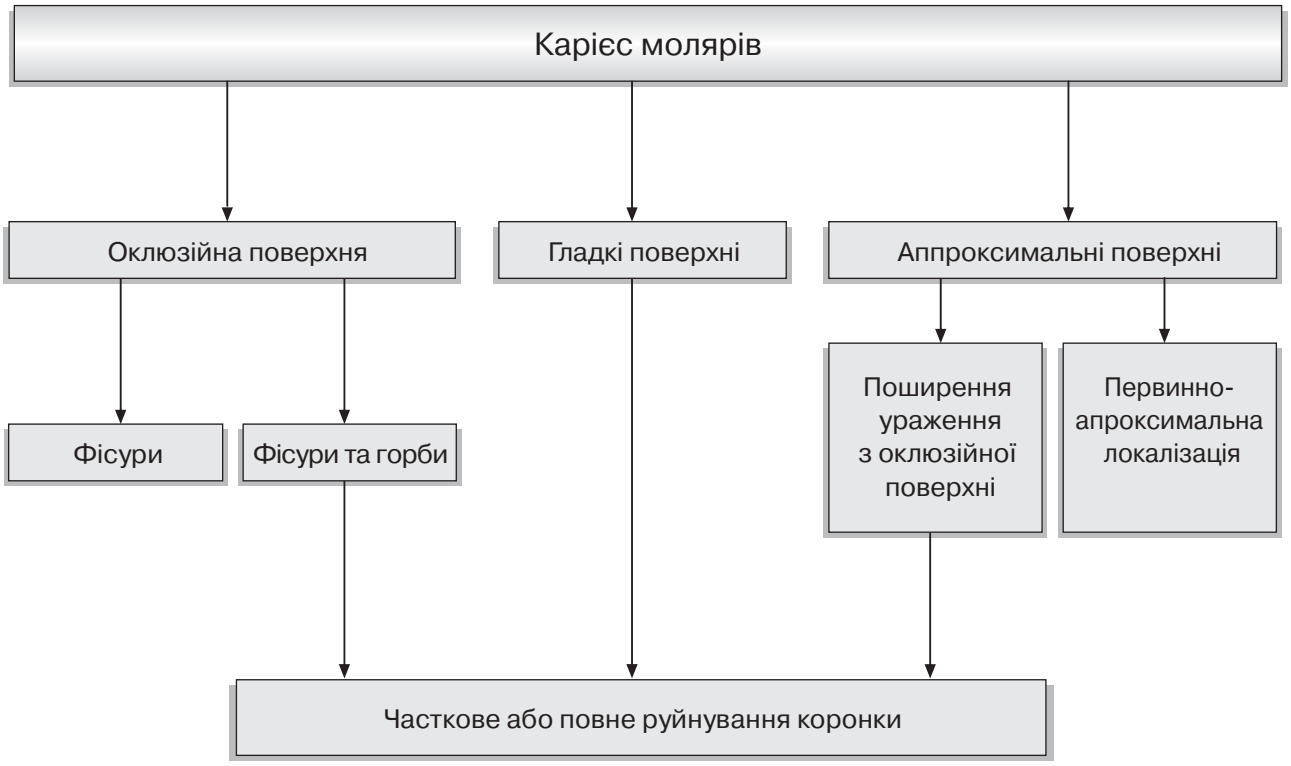

Рис. 6. Локалізація каріозних уражень на молярах у дітей раннього віку.

Загалом ураження оклюзійних поверхонь молярів зустрічалось у 89,08 % дітей з наявністю карієсу молярів, водночас цей показник у старших дітей зменшувався вдвічі (до 43,61 %) за рахунок суттєвого посилення карієсу апроксимальної локалізації (із 5,17 % в обстежених віком до 3-х років і до 49,78 % у 4–5-річних) (див. табл.).

В усіх випадках швидкість поширення ураження твердих тканин зубів корелювала з віком дитини: чим раніше розвивався каріозний процес, тим швидше він прогресував, поширювався на сусідні ділянки зуба, призводив до руйнування коронки та розвитку ускладнень. Дентин у більшості випадків був світлого кольору, розм'якшений, легко знімався екскаватором; межа між каріозним і здоровим дентином простежувалась дуже нечітко, зважаючи на низький ступінь його мінералізації в маленьких дітей. Глибина уражень варіювала від початкової демінералізації емалі до глибоких дефектів дентину, розташованих близько до рогів пульпи. Загалом каріє зубів у даній віковій групі дітей можна було в переважній кількості випадків класифікувати як гострий, проте за умов успішного контролю карієсогенної ситуації можливо було призупинити процес ущільнення й пігментацію твердих тканин зубів, обмежити ураження.

Систематизація типів ураження молярів у дітей раннього віку представлена на рис. 6.

Таким чином, найбільш несприятливими варіантами ураження тимчасових молярів при прогресуванні карієсу є поширення патологічного процесу на жувальні горби, особливо в перших молярах, що призводить до швидкого руйнування всієї оклюзійної поверхні. Такий варіант локалізації каріозного ураження можна вважати показником підвищеного ризику руйнування коронок зубів і відповідним чином планувати лікувально-профілактичну тактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик И.О. Болезни зубов и слизистой оболочки полости рта у детей / И.О. Новик. – М.: Медицина. – 1971. – 456 с.

2. Стоматология детского возраста: Учебник / А.А. Колесов, Н.Н. Каспарова, В.В. Жилина и др.; под ред. А.А. Колесова. – М.: Медицина, 1991. – 464 с.

3. Brodeur J.-M. The high incidence of early childhood caries in kindergarten-age children / J.-M. Brodeur, C. Galarneau // J. De l'Ordre des dentistes du Quebec. – 2006. – April (Suppl.). – P. 3–5.

4. Стоматология детского возраста / Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Рогинский В.В. и др.; под ред Т.Ф. Виноградовой. – М.: Медицина, 1987. – 526 с.

5. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В.В. Корчагина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 168 с.

6. Обоснование этиопатогенетических подходов к профилактическому лечению. Кариес временных зубов у детей раннего возраста / Л.П. Кисельникова, Т.Е. Зуева, О.А. Кружалова и др. // Стоматолог. – 2007. – № 8. – С. 15–18.

7. Терапевтическая стоматология детского возраста: издание второе, дополненное, переработанное / Л.А. Хоменко, Ю.Б. Чайковский, А.В. Савичук и др.; под. ред. проф. Л.А. Хоменко. – 2010. – Киев: Книга плюс, 2010. – 806 с.

8. Johnsen D.S. Proportional changes in caries patterns from early to late primary dentition / D.S. Johnsen, T.G. Schechner, J.H. Gerstenmaier // J. Public. Health Dent. – 1987. – Vol. 47, № 1. – P. 5–9.

9. Early childhood caries in Kuwait: review and policy recomendations / R.E. Morris, G. Gilespie, A. Dashti et al. // Eastern Mediterranean Health Journal. – 1999. – Vol. 5, № 5. – P. 1014–1022.

10. Рождественская Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н.В. Рождественская. – Волгоград, 2000. – 18 с.