

UDK:-616.314-002-08-084:616-053.6

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Исламова Н. Б., Жумаев А.А.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

АННОТАЦИЯ

Дети в период до 6–8 лет получают базовые знания о гигиене полости рта, учатся регулярно и правильно чистить зубы. Родители вместе с врачом должны обучать ребенка гигиене, ведь именно в это время закладываются и закрепляются навыки по самостоятельному уходу за зубами. Важно сформировать у ребенка положительное отношение к посещению стоматолога и индивидуальной профилактике кариеса в домашних условиях. С целью предотвращения развития кариеса у детей разработаны экзогенные и эндогенные методы профилактики. Быстрее всего размножение бактерий происходит в благоприятной для них среде, которая формируется при разных условиях. Такие состояния способствуют изменению структуры эмали, недостаточной очистке зубов от налета и повышенному содержанию бактерий в полости рта. Это вызывает кариес. Для профилактики нужно устранять эти предрасполагающие факторы.

Ключевые слова: кариес, постоянные зубы, профилактика, лечения, фиссура, у детей

ANNOTATION

Children up to 6–8 years old receive basic knowledge of oral hygiene, learn to regularly and correctly brush their teeth. Parents, together with the doctor, should teach the child hygiene, because it is at this time that the skills for self-care of teeth are laid and consolidated. It is important to form a positive attitude in the child towards visiting the dentist and individual prevention of caries at home. In order to prevent the development of caries in children, exogenous and endogenous prevention methods have been developed. The fastest growing bacteria occurs in a favorable environment for them, which is formed under different conditions. Such conditions contribute to a change in the structure of the enamel, insufficient cleaning of teeth from plaque and an increased content of bacteria in the oral cavity. This causes tooth decay. For prevention, you need to eliminate these predisposing factors.

keywords: caries, permanent teeth, prophylaxis, treatment, fissure, in children

ANNOTATSIYA

6-8 yoshgacha bo'lgan bolalar og'iz gigienasi haqida asosiy bilimlarga ega bo'ladilar, tishlarini muntazam va to'g'ri yuvishni o'rganadilar. Ota-onalar shifokor bilan birgalikda bolaga gigienani o'rgatishi kerak, chunki aynan shu vaqtda tishlarni o'z-o'zini parvarish qilish ko'nikmalari shakllanadi va mustahkamlanadi. Bolada tish shifokoriga tashrif buyurish va uyda kariesning individual profilaktikasiga ijobiy munosabatni shakllantirish muhimdir. Bolalarda karies rivojlanishining oldini olish maqsadida ekzogen va endogen profilaktika usullari ishlab chiqilgan. Eng tez o'sadigan bakteriyalar ular uchun har xil sharoitda hosil bo'lgan qulay muhitda paydo bo'ladi. Bunday sharoitlar emal tuzilishining o'zgarishiga, tishlarning blyashka bilan yetarli darajada tozalanmasligiga va og'iz

bo'shlig'ida bakteriyalarning ko'payishiga yordam beradi. Bu tishlarning parchalanishiga olib keladi. Oldini olish uchun siz ushbu omillarni bartaraf etishingiz kerak.

Kalit so'zlar: karies, doimiy tishlar, profilaktika, davolash, fissura, bolalarda.

Актуальность. Одним из самых частых поводов обращения к стоматологу является кариес зубов. Так называют поражение твердых тканей, которое начинается с разрушения эмали. Если не предпринимать никаких мер и не проводить профилактику, кариозный процесс распространяется вглубь. Образуются полости, могут присоединиться различные осложнения. При неблагоприятном течении происходит потеря зуба.

Кариес зубов является самым распространенным стоматологическим заболеванием у детей. При ранней диагностике начального кариеса у детей и своевременно проведенной реминерализующей терапии, когда еще отмечается сохранность поверхностного слоя и органической матрицы эмали, которая служит центром нуклеации для роста кристаллов, происходит замедление и приостановление дальнейшего развития кариозного процесса.

В связи с этим, к числу актуальных проблем требующих своего разрешения, относится разработка и совершенствование методов профилактики и лечения ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов.

Кариес постоянных зубов — одна из наиболее распространенных стоматологических патологий. Заболевание снижает качество жизни пациента и может привести к серьезным осложнениям, таким как пульпит, периодонтит и потеря зубов.

Профилактика кариеса направлена на предотвращение его возникновения и включает индивидуальные и общественные программы.

Индивидуальная профилактика: Гигиена полости рта. Рекомендуется чистить зубы два раза в день зубной пастой с фтором, использовать зубную нить или ирригаторы для удаления межзубного налета. Рациональное питание. Ограничение потреб-

ления сахара и включение в рацион продуктов, богатых кальцием, фосфором и витамином D, способствует укреплению зубов. Фторирование. Применение фторсодержащих средств, таких как гели, ополаскиватели и фторлаки, эффективно снижает риск кариеса.

Общественная профилактика: Фторирование питьевой воды. Этот метод широко применяется в ряде стран и доказал свою эффективность в снижении распространенности кариеса. Образовательные программы. Повышение информированности населения о важности гигиены полости рта способствует снижению заболеваемости. Регулярные стоматологические осмотры. Рекомендуется посещать стоматолога не реже двух раз в год для выявления начальных стадий кариеса.

Лечение кариеса направлено на восстановление структуры зуба и предотвращение дальнейшего разрушения. Выбор метода лечения зависит от стадии заболевания.

Некоторые методы лечения: Консервативное лечение. На начальных стадиях кариеса (стадия белого пятна) возможно применение реминерализующей терапии. Инвазивное лечение. На стадиях поверхностного, среднего и глубокого кариеса проводится препарирование пораженной области с последующим пломбированием. Современные технологии. В последние годы активно используются минимально инвазивные методики, такие как инфильтрация кариозного пятна (например, метод ICON) и лазерное лечение.

Низкая степень активности течения кариеса зубов - наиболее распространенная форма кариеса постоянных зубов у детей, которая встречается в 55-65% случаев. Характеризуется высоким уровнем минерализации прорезывающихся зубов, поздним возникновением кариозных поражений по-

стоянных зубов (часто с 8-9 лет), небольшим количеством пораженных зубов: от 1-2 в возрасте 7-10 лет до 5-6 в возрасте 15-17 лет.

Кариесом поражаются, как правило, первые постоянные моляры, однако частота их поражения даже в 15-17 лет составляет всего 53,9%. У подростков могут появиться поражения вторых моляров (частота поражения в 15-17 лет составляет 18,3%), реже - премоляров или резцов (частота поражения менее 10%), но клыки и третьи моляры не подвержены кариесу. В каждом зубе чаще всего имеется только одна кариозная полость. Кариозные полости располагаются в местах естественных углублений зубов (фиссурах и ямках), преимущественно на жевательной поверхности моляров.

Ежегодная потребность детей в лечении первичного и вторичного кариеса не превышает 40%.

Скорость развития кариозного процесса медленная, от момента возникновения кариозного поражения до развития пульпита может пройти более 1,3 года. При проведении ежегодной санации полости рта у школьников осложнения кариеса развиваются редко.

Очаговая деминерализация эмали (кариес эмали) в виде медленно текущей формы встречается редко (у 1,7% детей). Ранняя стадия деминерализации выявляется только при профилактическом осмотре: после очищения и высушивания эмали становятся видны подповерхностные пятна размером 1-2 мм. В развившейся стадии на всех пораженных зубах определяются одинакового вида и размера поверхностные пятна размером 3-4 мм, четко отграниченные от окружающих тканей. Дети не испытывают неприятных ощущений, лишь подростки отмечают косметический недостаток. При зондировании выявляют гладкую (кариес в стадии пятна) или шероховатую, но достаточно плотную поверхность эмали (поверхностный кариес). При применении 1% раствора метиленового синего или любого другого красителя (колор-

теста, кариес-детектора) выявляют прокрашивание эмали до 45 баллов интенсивности по соответствующей 100-балльной цветовой шкале. На стадии дефекта обычно в центре пятен образуется поверхностный кариес. Скорость развития деминерализации и перехода из стадии в стадию медленная, имеется тенденция к стабилизации и самопроизвольной реминерализации, особенно при устранении действующих кариесогенных факторов. Стабилизация процесса характеризуется пигментацией и уплотнением участков деминерализации.

До недавнего времени при формировании кариозной полости для достижения адекватной макро механической ретенции было принято удалять, помимо кариозных, и здоровые ткани зуба. Однако в настоящее время лучшее понимание механизмов развития кариеса зубов в сочетании с новыми пломбировочными материалами позволяет применять у детей менее инвазивные вмешательства, к которым относится атравматический метод лечения.

Проблема своевременной диагностики, профилактики и адекватного лечения данной патологии занимает одно из ведущих мест в детской терапевтической стоматологии. Однако до наложения герметика перед стоматологом стоит сложная задача оценки состояния фиссуры, диагностики возможного скрытого кариозного поражения, выбора адекватной тактики лечебно-профилактических мероприятий. Фиссурный кариес занимает первое место в структуре кариозных поражений зубов. Исходя из этого, чрезвычайно актуальна проблема профилактики и лечения фиссурного кариеса. Установлено, что кариес фиссур возникает сразу после прорезывания зубов. Высокая частота возникновения фиссурного кариеса связана с особенностями анатомического строения фиссур, аккумуляцией пищевых остатков и формированием агрессивной зубной бляшки в естественных углублениях зуба и более длительным периодом гипоминерализации по сравнению с гладким ипо-

верхностями зуба. Существует прямая зависимость между исходным уровнем минерализации эмали фиссур зубов и риском возникновения фиссурного кариеса.

Цель исследования.

Улучшения эффективности профилактики и лечения фиссурного кариеса постоянных зубов у детей. Задачи исследования.

1. Сравнить клиническую эффективность применения различных типов боров для проведения лечебно-профилактической фиссуротомии.

2. Исследовать эффективность клинического применения различных пломбировочных материалов и методик для инвазивной герметизации и лечебно-профилактического пломбирования фиссур с начальными признаками кариозного поражения.

3. Разработать адаптированные к условиям практической стоматологии алгоритмы оценки состояния фиссур постоянных зубов у детей, а также проведения их профилактической герметизации и лечебно-профилактического пломбирования.

4. Изучить распространенность и интенсивность, динамику фиссурного кариеса постоянных зубов у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования.

Для определения исходного уровня стоматологической заболеваемости, разработки и клинико-лабораторной оценки минимально-инвазивных методов лечения ФК исследование проводилось в несколько этапов. При проведении клинического исследования стоматологическое обследование и лечение фиссурного кариеса зубов с помощью минимально-инвазивных методов у детей в возрасте от 6 до 13 лет проводилось на базе Стоматологического факультета в клинике кафедры ортопедической Стоматологии СамМИ. Включение пациентов в исследование проводилось на основе разработанных критериев включения и при наличии информированного добровольного согласия родителей. В качестве герметиков использовали высоконаполненные композиционные герметики «Ультрасил», «Фиссурит», в качестве

профилактических пломб - стеклоиономерный цемент (СИЦ) «Фуджи II ЛС» и жидкотекучий композит «Харизмафлоу» в сочетании с высоконаполненным композиционным герметиком «Ультрасил».

Результаты исследований.

Состояние гигиены полости рта у детей у всех обследованных было приблизительно одинаковым (значения показателей ИГР-У составили $2,03 \pm 0,19$ у 6-летних, $2,13 \pm 0,27$ у 10-летних, $2,49 \pm 0,21$ у 13-летних) и соответствовало удовлетворительному уровню гигиены полости рта. При оценке состояния тканей пародонта было обнаружено существенное увеличение показателей коммунального пародонтального индекса CPI с возрастом детей. Так если среднее значение индекса CPI у 6-летних равнялось 0, у 7-летних - $0,09 \pm 0,05$, у 10-летних - $0,17 \pm 0,09$, а у 13-летних достигало $0,56 \pm 0,18$. Оценка состояния тканей пародонта по индексу гингивита GI также показала тенденцию к росту в старших возрастных группах. На основании проведенного клинического исследования редукция фиссурного кариеса при проведении метода профилактического пломбирования составила 100%, в то время как традиционный метод пломбирования постоянных моляров привел к выраженному приросту интенсивности кариеса фиссур - 36,55%. По данным лабораторного исследования, при использовании методики профилактического пломбирования прочность связи сочетания жидкотекучего композита с композиционным герметиком в 1,4 раза выше по сравнению с профилактическим пломбированием при сочетании СИЦ с композиционным

герметиком. Разработанный алгоритм проведения минимально-инвазивных технологий лечения фиссурного кариеса постоянных зубов у детей позволил добиться 95-97% редукции кариеса фиссур по истечению 12-месячного наблюдения.

Выводы. 1. Выбор методик и материалов, применяемых для профилактики и лечения

кариеса в области фиссур жевательных зубов у детей, основывается на комплексной оценке особенностей морфологического строения жевательной поверхности зубов, активности течения кариеса у пациента, состояния его соматического здоровья и уровня гигиены полости рта. 2. Важнейшим условием успеха при проведении неинвазивной герметизации фиссур являются достоверная оценка состояния твердых тканей зуба для исключения скрытых кариозных поражений, в случаях «открытых» фиссур, «закрытых» фиссур при условии отсутствия пигментации и задержки зонда

в просвете фиссуры и соблюдение технологических правил выполнения лечебно-профилактических мероприятий. 3. При оценке состояния твердых тканей постоянных зубов у детей и подростков предлагается ввести индекс «Г» (наличие герметика). Данный показатель отражает наличие проведения профилактических мероприятий, качество оказания профилактической помощи детям. 4. В целях профилактики и лечения фиссурного кариеса следует широко использовать минимально-инвазивные методы лечения кариеса фиссур.

References / Сноски / Иқтибослар:

1. Аболмасов Н.Н. Избирательная шлифовка зубов. - Смоленск, 2004. - 79 с.
2. Аболмасов Н.Н. Системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта (клинико-генетическое исследование): Автореф. дис. д-ра мед. наук, - СПб., 2005, 37 с.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология, - Смоленск: СГМА, 2000, - 576 с.
4. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза. - СПб.: СпецЛит., 2005, 477 с.
5. Абрахам-Иппийн Л., Полсачева О., Рабер-Дурлахер Ю. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных // Стоматология, - 1996, - № 3, - С. 15-18.
6. Аветисян А.Я. Комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтизом с применением пролонгированной управляемой фитотерапии (клинико-функциональное исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук. - Смоленск, 2005, - 18 с.
7. Аврамова О.Г. Отечественные программы профилактики в стоматологии // Наука практике: Матер, научной сессии ЦНИИС, посвященной 35-летию института. - М., 1998, - С. 42-46.
8. Старовойтова Е.К., Антонова А.А., Стрельникова Н.В. Информативность определения кариесогенных бактерий вида *Streptococcus mutans* и *Lactobacillus* spp. у детей раннего возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2017. - Т. 16, № 3 (62) - С. 4-8.
9. Харитонова Т.Л., Лебедева С.Н., Казакова Л.Н. Ранняя профилактика кариеса зубов у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7. - № 1 (приложение). - С. 260-262
10. Якубова И.И. Обоснование и разработка схемы профилактики кариеса временных зубов у детей до двух лет // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - № 5. - С. 118-124.
11. Шевцова Ю.В., Данилова М.А., Мачулина Н.А. Клинико-морфологические аспекты кариеса молочных зубов // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2015. - Т. 11, № 1 (48). - С. 62-64