

*Онайбекова Н.М., Амираев У.А., Супиев Т.К.*

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРИ РАННЕМ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДОМ**

*N.M. Onaibekova, U.A. Amiraev, T.K. Supiev*

**CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT AND PREVENTIVE MEASURES AT AN EARLY ERUPTION OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN THE TRADITIONAL METHOD**

УДК: 612.017.1:617.52-053.2

*В статье рассматриваются особенности клинического течения и результаты проведения лечебно-профилактических мер при раннем прорезывании постоянных зубов у детей традиционным методом.*

*The article deals with clinical features and results of treatment and preventive measures at an early eruption of permanent teeth in children the traditional method.*

**Актуальность проблемы.** Судьба рано прорезавшихся постоянных зубов намного иная, так как их минерализация достигается намного дольше по срокам. А именно, если, минерализация прорезавшихся зубов со средними сроками происходит в течении 1,5-2 лет, то у рано прорезавшихся зубов - в течении 2-3 лет. Раннее прорезывание зуба влечёт за собой сокращение энамелогенеза на 1-1,5 года. Повышенный риск возникновения кариеса в области фиссур связан с их сложной геометрической формой и морфологической структурой, которая существенно затрудняет очистку с помощью обычной зубной щётки. Маломинерализованная эмаль, рано прорезавшихся постоянных зубов очень часто подвергается кариозному процессу, быстро разрушается.

**Материал и методы.** Стоматологические обследования проведены 188 детей в возрасте от 4,5 лет до 11 лет. Из их числа: у 64 детей обнаружены глубокие фиссуры и пигментированные пятна на поверхности РППЗ. Особое внимание уделялось состоянию твёрдых тканей РППЗ (цвет, форма, глубина и вид фиссур, режущие края, расположение зуба в зубном ряду), также у детей с РППЗ регистрировали данные внешнего осмотра, характер глотания, дыхания, речь, жевания, слюноотделения.

По результатам обследования определяли распространённость кариеса зубов, рассчитывали индекс кп + КПУ, где учитывали отдельно поражённые кариесом постоянные зубы (КПУ) и молочные (кп) согласно оценочным критериям, принятым ВОЗ (Алдашева М.А., 2004). Состояние гигиены полости рта (ГИ) определяли по методу Федорова-Володкиной (Букреева Н.М., 1987). Формы течения кариеса

определяли по методике Т.Ф. Виноградовой (1988), согласно которой выделяли компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы течения кариеса. Изучение кариозных полостей проводилось в соответствии с общепринятой топографической классификацией: начальный, поверхностный, средний и глубокий кариес рано прорезавшихся постоянных зубов.

**Результаты и обсуждение.** Данные литературы (148,149) и наши клинические наблюдения показывают, что в полости рта рано прорезавшийся зуб, будучи ещё на стадии структурно-функциональной незрелости (пониженной кариесрезистентности), сразу вступает в контакт с агрессивной средой (влажность, колебания температуры, пищевые продукты). При недостаточном гигиеническом уходе за полостью рта, бесконтрольном приеме углеводов создаются условия для образования налёта на поверхности зубов и размножению кариесогенных бактерий. В свою очередь, маломинерализованная, тонкая, кариесчувствительная эмаль под воздействием продуктов жизнедеятельности микробов легко подвергается разрушению с образованием кариозной полости.

Особенностями клинического проявления кариозного поражения РППЗ являлась выраженная активность течения. У детей с декомпенсированной 25,5% формой течения кариеса на жевательной поверхности первых моляров определялись пигментированные фиссуры, вокруг меловидная эмаль, при раскрытии фиссур края полости были острые, хрупкие, ломкие. Кариозная полость достигала эмалево - дентинного соединения. На дне кариозной полости определялся физиологически необызвествлённый дентин. У детей с субкомпенсированной формой течения кариеса 24,0 % при раскрытии фиссур определялась пигментированная ткань в пределах эмали, края кариозной полости были гладкие, дно плотное, светлое. Преимущественно отмечено парное прорезывание зубов, чаще премоляров на верхней челюсти и моляров - на нижней челюсти. Однако не все обнаруженные нами премоляры и вторые моляры были полностью прорезавшиеся во рту, коронки у них были прикрыты слизистым "капошоном", выявлена

непоследовательность парности прорезывания первых постоянных моляров, частичное появление над десной коронки и др. Отмечено наличие зубного налёта на поверхности рано прорезавшихся зубов, особенно когда они прорезались не полностью. У большинства обследованных детей гигиеническое состояние полости рта оценивалось как "неудовлетворительное".

У всех детей с кариесом РППЗ проводили санацию полости рта по общепринятым методам. Проводимые лечебные мероприятия были щадящими. По поводу среднего кариеса лечение проводилось в два посещения: 1) после обработки полости алмазным шаровидным бором, проводилась медикаментозная обработка 3% раствором перекиси водорода, наложение кальцийсодержащей пломбы "Калосепт", временная повязка. Через 1-1,5 месяца, при отсутствии жалоб, удаление временной пломбы, мед.обработка, наложение изолирующей прокладки "Фуджи", постоянная пломба светового отверждения "Экузит". Пациенты, находящиеся под наблюдением посещали стоматологический кабинет каждые три месяца.



а



б

Рис. 1. Вид РППЗ до (а) и после (б) запечатывания фиссур герметиком "ФисСил"

У пациентов с глубокими фиссурами при раннем прорезывании постоянных зубов до нанесения герметика поверхность РППЗ профессионально очищали, высушивали. Фиксацию фиссурного герметика к эмали осуществляли микромеханическим способом после кислотного травления. Для этой цели использовали также адгезивную систему: смешивали каталитическую и универсальную жидкости в кювете в соотношении 1:1 в течение 10-15 секунд и наносили на подготовленную поверхность на 40 секунд. Герметик при использовании легко заполнял фиссуры, щели и трещины; хорошо фиксировался к поверхности зуба, обладал удобной системой введения (рис.1).

Из числа 134 РППЗ (64 детей), которым проводили герметизацию фиссур традиционным методом, через 12 месяцев герметики выпали на 33 РППЗ.

Таблица 1.

Результаты герметизации фиссур РППЗ традиционным методом

Группы больных	Всего		Кол-во запечатанных фиссур зубов на:		Выпало пломб через 6 месяцев			
	Больных	зубов	Верхней челюсти	Нижней челюсти	Верхняя челюсть		Нижняя челюсть	
					Абс.	%	Абс.	%
Сравниваемая (традиционная)	64	134	52	82	8	6,0	25	18,6

Таким образом, после проведения метода герметизации фиссур традиционным методом выявлено, что данная методика доступна, учитывая экономическое состояние многих пациентов в настоящее время. Однако выпадение герметиков через полгода на 26,6% РППЗ из 100% не является показанием выбора данного метода учитывая то, что для полной минерализации этих зубов необходима минимум 2,5-3,5 года.

**Литература:**

1. Окушко В.Р. Акселерация физического развития и кариес зубов. "Новое в стоматологии" 2002 г., № 5. с.
2. "Стоматология детей и подростков".- под ред. Ральф Е.Мак-Дональд, Дейвид Р.Эйвери. Медицинское информативное агенство. М.-2003г.
3. "Обоснование и профилактика кариеса жевательных поверхностей молочных моляров методом герметизации фиссур". Д.И.Фурсик"Детская стоматология". 1999 г. № 2., стр. 24-27.

**Рецензент: д.м.н. Кадырова М.Н.**