
СТОМАТОЛОГИЯ

Е. С. Щербакова, Е. Е. Маслак

Кафедра стоматологии детского возраста ВолгГМУ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

УДК 616.314-002.446-053.2

Провели кроссекциональное исследование детей (391 чел.) в возрасте 2—5 лет. Для оценки эрозии молочных зубов использовали индекс O'Sullivan. Выявили, что распространенность эрозии молочных зубов у детей 2—5 лет составляла 30,4 % (95 % доверительный интервал 24,9—35,9). Представлены основные принципы лечения эрозии молочных зубов у детей.

Ключевые слова: кроссекциональное исследование, эрозия зубов, индекс O'Sullivan, дети, молочные зубы, лечение.

E. S. Tcherbakova, E. E. Maslak

INCIDENCE AND TREATMENT PRINCIPLES OF PRIMARY TEETH EROSION IN CHILDREN

A cross-sectional study of children (391) aged 2 to 5 years was conducted, the O'Sullivan index was used for dental erosion estimation in primary teeth. The study revealed that dental erosion rate in primary teeth was 30.4 % (95 % CI 24.9—35.9). The chief principles of dental erosion treatment in primary teeth in children are described.

Key words: cross-sectional study, dental erosion, O'Sullivan index, children, primary teeth, treatment.

Одной из недооцениваемых проблем стоматологического здоровья детей является проблема эрозии зубов [2]. Эрозия приводит к необратимой потере твердых тканей зубов вследствие кислотной деминерализации, развивающейся, в отличие от кариеса, без участия микроорганизмов. Клинически эрозия проявляется постепенным разрушением твердых тканей зуба: эмаль становится тусклой, теряет блеск и структуру, слой за слоем растворяется, просвечивающий дентин придает коронке зуба желтоватый оттенок; после полного стирания эмали обнаженный дентин приобретает желто-коричневый цвет. Эрозивное растворение дентина может привести к обнажению пульпы и развитию пульпита, стать причиной полного разрушения коронки и потери зуба [4].

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в зарубежных странах в течение последних двух десятилетий, распространенность эрозии молочных зубов у детей в возрасте 2—7 лет составляла 6—50 %, в постоянных зубах у детей 5—9 лет — 14 %, 9—17 лет — 11—100 % [3, 8, 11].

Лонгитюдные исследования выявили повышение на 12—27 % заболеваемости детей эрозиями зубов через 1,5—5 лет наблюдения [1].

В нашей стране проблеме эрозии зубов у детей уделяется недостаточное внимание. Мы проанализировали врачебные записи в 41211 амбулаторных картах стоматологических пациентов в возрасте от 1 до 18 лет, посещавших стоматологические поликлиники Волгограда в 2005—2009 гг., и ни в одной карте не обнаружили выставленного диагноза «эрозия зубов» (код по МКБ-10 K03.2).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение распространенности эрозии молочных зубов у детей в возрасте 2—5 лет и разработка принципов лечения данной патологии.

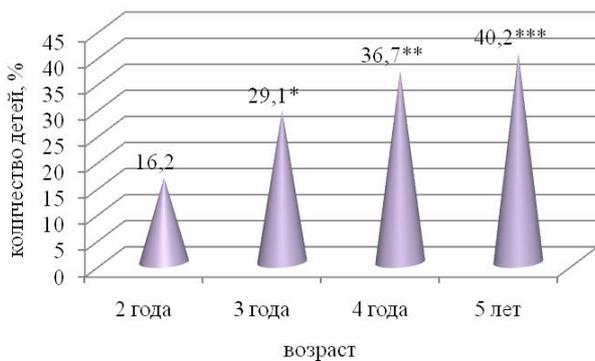
МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На проведение исследования получено разрешение регионального этического комитета. В кроссекциональном исследовании участвовали дети в возрасте

2—5 лет, постоянно проживающие в Красноармейском районе Волгограда. Предварительно у родителей было получено письменное информированное согласие на участие детей в исследовании. В 2010 г. проведено стоматологическое обследование 391 ребенка в возрасте 2—5 лет. 105 чел. — двухлетние, 86 чел. — трехлетние, 98 чел. — четырехлетние, 102 чел. — пятилетние. Обследование проводили с использованием стандартного набора стоматологических инструментов при искусственном освещении. На каждого ребенка заполняли карту обследования, в которой отмечали эрозивные дефекты эмали в соответствии с индексом O'Sullivan E. A. [9]. Принципы лечения детей с эрозией молочных зубов были разработаны на основании современных данных об этиологии и патогенезе заболевания [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эрозии твердых тканей молочных зубов были выявлены у 119 детей (рис. 1). Распространенность патологии была наименьшей (16,2 %) у двухлетних детей, затем достоверно увеличивалась с возрастом: трехлетние — 29,1 %, четырехлетние — 36,7 %, пятилетние — 40,2 %. В среднем распространенность эрозии твердых тканей молочных зубов у детей в возрасте 2—5 лет составляла 30,4 % (95 % доверительный интервал — 24,9—35,9).



* Достоверность различий по сравнению с двухлетним возрастом, $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Рис. 1. Распространенность эрозии молочных зубов у детей 2—5 лет

У 119 детей было выявлено 453 молочных зуба, имевших эрозивные дефекты, в среднем 3,8 зуба на одного ребенка. Наименьшее количество пораженных зубов, 2,9 на одного ребенка, было выявлено у двухлетних детей. У детей в возрасте 3, 4 и 5 лет количество зубов с эрозиями было одинаковым: 3,9; 4,0 и 3,9 зубов в среднем на одного ребенка соответственно.

Глубина (тяжесть) эрозивного разрушения молочных зубов у детей была различной (рис. 2). Наиболее часто встречались начальные формы патологии — 67,1 % случаев. Из них 37,7 % составили поражения в виде участков матового цвета с незначительной убылью эмали без потери контуров коронки зуба, 29,4 % — убыль эмали, ведущая к потере контуров коронки зуба, но без обнажения дентина.



Рис. 2. Распространенность различной глубины (тяжести) эрозивного разрушения твердых тканей зубов

Реже встречались более тяжелые формы эрозий с вовлечением в патологический процесс дентина — 32,9 % случаев. Из них в 21,2 % случаев была выявлена потеря эмали с обнажением эмалево-дентинного соединения, в 9,5 % — разрушение нижележащего дентина, который приобретал желтоватый или коричневатый цвет. В 2,2 % случаев эрозивное разрушение дентина привело к обнажению пульпы зуба.

В отличие от кариозного поражения, эрозивное разрушение не сопровождалось размягчением твердых тканей зубов: при зондировании определялась плотная гладкая блестящая поверхность эмали и дентина. В то же время эрозивная стираемость зубов была выявлена в 28,5 % случаев (129 из 453 зубов с эрозиями).

Эрозии встречались одинаково часто в резцах, клыках и молярах: 33; 30,6 и 36,4 % случаев соответственно. Чаще всего эрозии локализовались в области режущих краев резцов и бугров клыков верхней и нижней челюстей (41,4 % случаев) и на жевательной поверхности моляров (21,4 % случаев). Локализация эрозий в резцах и клыках верхней челюсти на вестибулярной поверхности встречалась в 13,6 % случаев, на небной поверхности — в 8 %, в молярах на вестибулярной поверхности — в 6,3 %. Сочетанные и множественные эрозивные дефекты различных поверхностей зубов встречались в 9,3 % случаев. Большинство (89,6 %) эрозивных участков занимали менее половины площади пораженной поверхности, распространение эрозии на большую часть поверхности встречалось редко — 10,4 % случаев.

Таким образом, выявлена высокая распространенность эрозии молочных зубов у детей в возрасте 2—5 лет, а каждый третий случай протекал с вовлечением в патологический процесс дентина.

Принципы лечения эрозии молочных зубов у детей были разработаны с учетом современных данных о роли внешних и внутренних факторов в развитии патологии, а также об эффективности различных препаратов в предупреждении эрозивного разрушения твердых тканей зубов. Был предложен алгоритм проведения комплекса мероприятий, который включал 4 этапа.

I этап — установление причинных факторов развития у ребенка эрозии твердых тканей зубов. Внеш-

ние причинные факторы представлены кислыми материалами, поступающими в полость рта с пищей и закусками, напитками и лекарствами (например, pH апельсинового сока составляет 3,7; кока-колы — 2,6; черешни — 3,2; лимона — 2,3) [5, 10]. Внутренние причины развития эрозии зубов связаны с желудочной кислотой и могут проявиться после рвоты, срыгивания, заброса в полость рта содержимого желудка [4, 12]. Эрозия твердых тканей зубов — важный клинический признак нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, поэтому детям с данной патологией необходима консультация гастроэнтеролога для исключения или подтверждения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Возможно также влияние эндокринных, психоневрологических, метаболических нарушений на состояние гомеостаза полости рта, поэтому необходимые направления к специалистам должны быть своевременно выданы родителям детей.

II этап лечения направлен на устранение или уменьшение влияния причинных факторов на развитие эрозии зубов у детей. Несомненно, лечение у детей выявленной соматической патологии, а также ограничение приема лекарственных средств с низким значением водородного показателя будут способствовать уменьшению риска дальнейшего развития эрозивного разрушения не только молочных, но и постоянных зубов. Так как повышенное содержание кислот в полости рта ребенка в сочетании с интенсивным применением абразивных зубных паст и щеток играет главную роль в развитии эрозий зубов у детей, родителям необходимы рекомендации по питанию и гигиене полости рта ребенка:

- ограничить или исключить, в зависимости от степени тяжести эрозивного разрушения зубов, из питания ребенка наиболее повреждающие продукты и напитки: свежие фруктовые и цитрусовые соки, сладкие газированные напитки, уксус, сырые кислые овощи, ягоды и фрукты;

- уменьшить частоту приема и время контакта с зубами кислых продуктов и напитков (употреблять только во время основных приемов пищи, не держать кислое долго во рту, не пропускать между зубами и т. д.);

- нейтрализовать кислоты в полости рта путем приема молока, не содержащего сахар йогурта, жевания сыра, употребления других продуктов, содержащих казеин;

- стимулировать слюноотделение с помощью леденцов или жевательных резинок с ксилитом для ускорения выведения и нейтрализации кислот из полости рта;

- воздержаться от немедленной чистки зубов после приема кислого (продукты, напитки, лекарства), после кислой отрыжки, рвоты и других кислотных воздействий, из-за опасности механического удаления деминерализованного кислотами слоя твердых тканей зубов;

- сразу после кислотного воздействия прополаскивать рот водой для уменьшения количества кислоты, затем нейтрализовать кислотные остатки путем полоскания 2%-м раствором питьевой соды;

- детям, умеющим полоскать рот, предлагать фторидные полоскания после кислотных воздействий (целесообразно применять средства, содержащие аминофториды, которые быстро распространяются в полости рта благодаря высокой поверхностной активности и способствуют реминерализации поврежденных тканей зубов);

- усилить предварительную защиту зубов с помощью мягкого фторидного средства (зубная паста, гель или полоскание), содержащего аминофторид, особенно при невозможности устранения кислотных воздействий; аминофторид с первых секунд формирует на поверхности зубов защитный слой фторида кальция, выделяющий при кислотной атаке свободные ионы кальция и фтора, препятствующие развитию кислотной деминерализации эмали и дентина;

- использовать зубную щетку с мягкой щетиной и низкоабразивные зубные пасты для ежедневной чистки зубов утром и вечером.

III этап лечения предусматривает профессиональные меры, направленные на повышение резистентности твердых тканей зубов к кислотным воздействиям, восстановление деминерализованных участков, устранение сопутствующих эрозии симптомов гиперестезии. С этой целью проводили курсы реминерализующей терапии и флюоризации зубов, подбирая препараты в зависимости от состояния зубов и возраста пациентов. Применяли широкий спектр средств: аппликации флюокаля (Fluocal gel, Fluocal solution, Septodont), глюконата кальция (Calcium gluconate solution for injections 10 %), геля рокс (R.O.C.S.® Medical Minerals); втирание мусса рекалдент (GC Tooth Mousse, Recaldent™); нанесение глюфторэда (ВладМиВа); покрытие зубов лаками нанофлюор (ВладМиВа), бифлюорид (Bifluorid 12, Voco), фторлак прозрачный (Omega), фторол (лак «Радуга»), дюрафат (Colgate Duraphat®). Среди современных препаратов наиболее удобными в применении у детей раннего и дошкольного возраста оказались фторидный лак дюрафат, не требующий высушивания зубов до и после нанесения, а также реминерализующий гель рокс и мусс рекалдент, которые безопасны при проглатывании.

IV этап лечения направлен на восстановление существенных эрозивных дефектов молочных зубов. После гигиенической очистки и медикаментозной обработки дефекты твердых тканей зубов закрывали биологически активными материалами, такими как стеклоиономерные цементы фуджи (Fuji-IX, GC), аргецем (ВладМиВа) и др. После устранения ситуации, способствовавшей эрозивной деминерализации, восстанавливали утраченные ткани зубов с помощью светоотверждаемых материалов: Vitremer™ (3M ESPE), X-flow (Dentsplay) и др. При значительном разрушении зубов направляли детей на профилактическое протезирование коронками. Диспансерное наблюдение проводится у детей в возрасте 2—3 лет каждые 1—2 мес., 4—5 лет — 2—3 мес., что позволяет корректировать схему лечебно-профилактических мероприятий.

Предложенный алгоритм лечения эрозии молочных зубов у детей, основанный на выявлении и устранении этиопатогенетических факторов, позволяет не только остановить прогрессирование заболевания, но и предупредить развитие патологии в постоянном прикусе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эрозии молочных зубов встречаются у каждого третьего ребенка в возрасте 2—5 лет, распространенность патологии достоверно увеличивается с возрастом детей. Лечение эрозий зубов требует, с одной стороны, ежедневных усилий ребенка и его родителей, направленных на устранение причинных факторов заболевания, так как без изменения привычек питания и гигиены полости рта трудно достичь контроля над дальнейшим развитием патологии. С другой стороны, для успешного лечения эрозии зубов необходимо выявление и устранение соматической патологии, проведение курсов реминерализующей терапии и флюоризации зубов, своевременная реставрация дефектов зубов, диспансеризация детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aidi H. E., Bronkhorst E. M., Huysmans M. C. D., et al. // J Dent. — 2010. — Vol. 38, № 2. — P. 131—137.
2. Almeida E Silva J. S., Baratieri L. N., Araujo E., et al. // J Esthet Restor Dent. — 2011. — Vol. 23, № 4. — P. 205—216.
3. Bardolia P., Burnside G., Ashcroft A., et al. // Caries Res. — 2010. — Vol. 44, № 2. — P. 165—168.
4. Bassiouny M. A. // Gen Dent. — 2010. — Vol. 58, № 3. — P. 244—257.
5. Caglar E., Cildir S.K., Sandalli N. // J Clin Pediatr Dent. — 2008. — Vol. 33, № 1. — P. 35—37.
6. Harpenau L. A., Noble W. H., Kao R. T. // CDAJ. — 2011. — Vol. 39, № 4. — P. 225—231.
7. Lussi A., Jaeggi T. // Clin Oral Invest. — 2008. — Vol. 12, № 1. — P. 5—13.
8. Nayak S. S., Ashokkumar B. R., Ankola A. V., et al. // J Dent Child. — 2010. — Vol. 77, № 3. — P. 152—157.
9. O'Sullivan E. A. // Eur J Paediatr Dent. — 2000. — Vol. 2. — P. 69—74.
10. Scheutzel P. // Eur J Oral Sci. — 2010. — Vol. 104, № 2. — P. 178—190.
11. Taji S. S., Seow W. K., Townsend G. C., et al. // Int J Paediatr Dent. — 2010. — Vol. 20, № 6. — P. 400—409.
12. Wang X., Lussi A. // Dent Clin N Am. — 2010. — Vol. 54, № 3. — P. 565—578.

Э. С. Темкин, Н. И. Матвеева, Б. Б. Сысуев

Кафедра терапевтической стоматологии ВолгГМУ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЕОБРАЗНОГО ПРЕПАРАТА «ПОЛИКАТАН» В КОМБИНАЦИИ С ЛИНКОМИЦИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

УДК 616.314.18.-002-085.322

Цель исследования — определить сравнительную микробиологическую эффективность и влияние на изменение индексных показателей полости рта геля «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м при лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Изучаемый в клинике модифицированный гелеобразный препарат «Поликатан» в комбинации с линкомицином 1%-м применялся в сочетании с традиционной схемой лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Ключевые слова: гель, поликатан, заболевания пародонта, индексные показатели, микрофлора полости рта.

E. S. Temkin, N. I. Matveeva, B. B. Sisuev

CLINICAL EFFICIENCY OF «POLICATAN» IN A GEL FORM IN COMBINATION WITH LINCOMYCINE IN INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE COMPLEX TREATMENT

The purpose of the present research is to evaluate the comparative microbiological efficiency and influence on dynamics of oral cavity of Polykatan in a gel form in combination with 1 % lincomycine in inflammatory periodontal disease treatment. A modified gel Polykatan in combination with 1 % lincomycine under study was applied in accordance with the conventional therapy in patients with chronic inflammatory periodontal disease.

Key words: gel, Polykatan, periodontal disease, oral cavity indices, microorganisms of the oral cavity.

Воспалительные заболевания пародонта (хронический гингивит и пародонтит) являются одной из наиболее важных медицинских и социально-экономических

проблем современного общества. Согласно статистике 90—98 % взрослого населения страдают заболеваниями пародонта (Булкина Н. В., 2005). По данным