

## **ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА**

**Аминджанова Замира Рустамовна**

*Кандидат медицинских наук*

*Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

*Таджикистан, Душанбе*

*faridun\_\_1994@mail.ru*

**Гурезов Махмуд Рахимович**

*Кандидат медицинских наук, ассистент*

*Институт последипломного образования в сфере здравоохранения*

*Таджикистан, Душанбе*

*makhrakh66@mail.ru*

**Олимов Акбаршо Махмадиевич**

*Соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии*

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино*

*Таджикистан, Душанбе*

*akbarsho-@gmail.ru*

*Обследовано состояние твердых тканей зубов у 40 детей с расщелиной губы и нёба в возрасте от 7 до 15 лет. В зависимости от резистентности эмали использовалось atraumaticкое восстановительное лечение с применением новой технологии препарирования зубов минимально инвазивным методом с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом. Используя тест эмалевой резистентности, среди обследованных детей были выявлены 4 уровня резистентности. В зависимости от уровня эмалевой резистентности проводилось соответствующее лечение: детям с высокой и умеренной эмалевой резистентности организовано традиционное лечение кариеса зубов. Детям с низкой и очень низкой эмалевой резистентности был применен комплексный лечебно-превентивный подход по 3 направлениям: atraumaticкое восстановительное лечение кариеса зубов методом малоинвазивного препарирования; местная патогенетическая реминерализующая терапия методом глубокого фторирования, сочетающаяся с уроками профессиональной гигиены полости рта, с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом; общая патогенетическая терапия (совместно с интернистом назначение внутрь препаратов кальция, витаминные комплексы и рациональное полноценное питание). Комплексный интегрированный подход лечения кариеса у детей с расщелиной губы и нёба оказался высоко достоверно ( $p < 0,001$ ) эффективным в зависимости от исходного уровня эмалевой резистентности. Данный подход также способствовал профилактике развития вторичного кариеса вокруг ранее наложенной пломбы.*

**Ключевые слова:** кариес; постоянные зубы; расщелина губы и нёба; эмалевая резистентность; atraumatic reconstruction treatment; стеклоиономерный цемент.

*Examined condition hard fabric teeth beside 40 children with fissure of the lip and palate at age from 7 to 15 years. In depending of enamel resistance was used atraumatic reconstruction treatment with using of new technology prepared teeth by minimal invasive method with the following filling by glassionomer пломбированием cement. Using test of enamel resistance, amongst examined children were revealed 4 levels of resistance. In depending of the level of enamel resistance was conducted corresponding treatment: children with high and moderate enamel resistance organized traditional treatment of caries. Children with low and very low enamel of resistance was applying complex of medical-preventive approach on 3 directions: atraumatic reconstruction treatment of caries by miniinvasive prepared method; local pathogenetic remineralized therapy be the method of deep fluoridation, matching with lesson professional hygiene of oral cavity, with the following filling by glassionomer cement; general pathogenetic therapy. Complex integrated approach of the treatment of the caries beside children with fissure of the lip and palate turned out to be high realistically ( $p < 0.001$ ) efficient in depending on source level of enamel resistance. This approach also promoted the preventive maintenance of the development of the secondary caries around earlier assessed filling material.*

**Key words:** caries; permanent teeth; fissure of the lip and palate; enamel resistance; atraumatic reconstruction treatment; glassionomer cement

**Введение.** Общеизвестна взаимосвязь зубочелюстных аномалий с предрасположенностью к кариесу зубов и его осложнениям, и, как следствие, к ранней потере зубов и патологии височно-нижнечелюстных суставов [2]. При обследовании 840 детей дошкольного возраста от трех до шести лет И.Н. Минаевой [5] было выявлено, что более 47% из них нуждаются в стоматологической профилактике и 15,7% – в ортодонтическом лечении (30 лет назад, по мнению автора, эти цифры соответствовали 35,1% и 12%).

Одним из основных проблем стоматологии является лечение кариеса зубов, так как эффективное и качественное лечение патологии твердых тканей зубов предупреждает развитие вторичного кариеса и эндодонтических осложнений [3]. Более треть всех кариесологических мероприятий терапевтического характера осуществляется в связи с вторичным и рецидивным кариесом, на что расходуется больше рабочего времени стоматолога [1].

Одним из факторов, определяющих реминерализацию твердых тканей зубов, является фтор. По мнению академика В.К. Леонтьева и соавт. [4], фторид высоко эффективен против кариеса, если он постоянно присутствует в полости рта в оптимальных концентрациях. В указанном аспекте, по их мнению, максимальным выделением ионов фтора обладают стеклоиономерные цементы и такие пломбировочные материалы на более высоком уровне обеспечивают соединение с тканями зуба.

**Цель работы.** Выбор оптимального подхода к лечению кариеса постоянных зубов в зависимости от эмалевой резистентности у детей с расщелиной губы и нёба.

**Объекты и методы исследования.** Для выполнения поставленных задач были обследованы 40 детей с расщелиной губы и нёба в возрасте от 7 до 15 лет. С использованием теста эмалевой резистентности проводилась оценка состояния эмалевой поверхности к кислотному воздействию. Интенсивность окрашивания эмалевой поверхности оценили с помощью 10-балльной оттеночной типографической шкалы синего цвета. При интенсивности окраски эмалевой поверхности от 1 до 3 баллов обследованных детей с расщелиной губы и нёба относили к группе высокой кариесрезистентности, 4-5 баллов – умеренной, 6-7 баллов – низкой, более 8 баллов – очень низкой кариесрезистентности (максимальная кариесподверженность).

У детей с расщелиной губы и нёба атравматичное восстановительное лечение проводилось под контролем кариес-детектора (0,5-1,0% раствор основного фуксина в пропиленгликоле). Применение кариес-детектора позволяло щадящему способу удаления только нежизнеспособных тканей кариозного очага и максимальному сохранению тканей зуба, способных к реминерализации после глубокого фторирования.

В зависимости от уровня эмалевой резистентности нами проводилось соответствующее лечение кариозного очага. Так, детям с высокой (от 1 до 3 баллов окрашивания) и умеренной (4-5 баллов) эмалевой резистентностью проведено традиционное лечение кариеса зубов. Детям с низкой (6-7 баллов) и очень низкой (более 8 баллов) кариесрезистентностью при лечении 26 зубов по поводу кариеса (14 моляр и 12 премоляр) с целью реминерализующей терапии был использован метод глубокого фторирования обработанной эмали и дентина препаратом Глуфторэд («ВладМиВа», Белгород). С этой целью сформированную и обезжиренную кариозную полость смачивали аппликатором, пропитанным жидкостью для первого туширования, оставляя на 30 секунд, после чего высушивали воздухом. Затем таким же способом проводили туширование второй жидкостью с последующим высушиванием струей воздуха. Указанный метод повторяли 2-3 раза с интервалом в 1 неделю. В течение этого времени сформированная обработанная кариозная полость пломбировалась дентином.

После окончания курса реминерализующей терапии методом глубокого фторирования, через 2-3 недели временная пломба заменялась постоянным – стеклоиономерным (Argion Molar AC). Предпочтение при восстановительно-реставрационной терапии кариозной полости названным препаратом объясняется тем, что современный стеклоиономерный цемент Argion Molar AC имеет высокое содержание серебра и выделяющие активные ионы фтора, обладающие максимальное противокариозное действие. Состояние пролеченных постоянных зубов у детей с расщелиной губы и нёба оценивалось через 6, 12 и 24 месяца.

Статистическую обработку полученных материалов проводили в компьютерной программе Microsoft Excel. Для определения статистической

значимости среднеарифметических показателей использовали критерий Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что из 40 обследованных детей с расщелиной губы и нёба только у 5 (12,5%) установлен высокий уровень эмалевой резистентности, остальные 35 (87,5%) имели умеренные, низкие и очень низкие уровни кариесрезистентности. Так, 8 (20,0%) обследованных был выявлен умеренный уровень эмалевой резистентности, у 11 (27,5%) – низкий и у 16 (40,0%) – очень низкий уровень резистентности.

Как следует из изложенных выше данных, у большинства обследованных детей определена низкая или очень низкая устойчивость эмали к кислотному воздействию (65,5%), что и прогнозирует развитие множественного кариеса зубов и требует дифференцированного подхода в зависимости от уровня эмалевой резистентности к лечению и профилактике кариеса зубов у лиц с расщелиной губы и нёба.

В зависимости от уровня эмалевой резистентности и метода лечения дети разделены на 2 группы. В контрольной группе лечение кариеса проводили традиционным методом: препарирование кариозной полости по Блэку, медобработкой с последующим пломбированием силикофосфатным цементом Белацин. В основной группе у детей с высокой и умеренной эмалевой резистентности также проводили традиционное лечение кариеса, а среди детей с низкой и очень низкой кариесрезистентности реализовали комплекс лечебно-профилактического метода.

У детей с расщелиной губы и нёба комплексный лечебно-профилактический метод кариесологического лечения реализовали в 3 направлениях: после проведения урока профессиональной гигиены полости рта и сеансов реминерализующей терапии, обработанная полость методом микроинвазивного препарирования пломбировалась стеклоиономерным цементом; местная патогенетическая реминерализующая терапия препаратом Глуфторэд осуществлена с целью укрепления стенок и дна обработанного кариозного дефекта, профилактики рецидивирующего и вторичного кариеса в отдаленные сроки наблюдения после наложения постоянной пломбы; у лиц с низкой и очень низкой эмалевой резистентности общая патогенетическая терапия (рациональное питание, соблюдение режима дня, назначение индивидуализированного медикаментозного лечения – после консультации с соответствующими специалистами были назначены препараты кальция, витаминные комплексы и пробиотики 2-3 раза в день после еды) была направлена на повышение неспецифической резистентности организма и повышения ее стойкости к воздействию общих неблагоприятных факторов.

После наложения стеклоиономерного цемента в основной группе обследованных детей через 6 и 12 месяцев не визуализировалось наличие вторичного кариеса в пролеченных зубах, а спустя 24 месяца после наложения названной пломбы кариесологические осложнения в виде развития вторичного кариеса обнаружены в  $14,9 \pm 2,7\%$  случаев.

В основной группе пациентов другой вид кариесологического осложнения в виде нарушение краевого прилегания наложенных пломб через 6 месяцев не отмечалось, однако через 12 месяцев было зарегистрировано в минимальных значениях, составляя в среднем  $1,2 \pm 0,8\%$ . Значение данного осложнения через 24 месяца после наложения стеклоиономерного цемента увеличивалось до  $7,5 \pm 1,2\%$ , что в 6,25 раз больше, по сравнению с предыдущим сроком наблюдения.

Иная тенденция в неблагоприятном направлении наблюдалась у детей контрольной группы. Так, кариесологическое осложнение в виде вторичного кариеса было обнаружено спустя 6 месяцев после наложения как стеклоиономерной, так и традиционной пломбы у  $6,7 \pm 1,4\%$  детей с расщелиной губы и нёба.

Частота проявления вторичного кариеса через 12 месяцев после наложения вышеуказанных пломб достигла  $14,4 \pm 1,5\%$ , увеличивая в 2,2 раза по сравнению с предыдущим сроком наблюдения. Через 24 месяца наблюдения значение исследуемых показателей составило соответственно  $28,7 \pm 2,9\%$  и 4,3 раза по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения. В этих же сроках наблюдения нарушение краевой проницаемости ранее наложенных пломб составило  $1,5 \pm 0,81\%$ ,  $8,4 \pm 1,3\%$  и  $22,3 \pm 2,7\%$  соответственно через 6 месяцев, спустя 12 месяцев и через 24 месяца, увеличиваясь в 6 и 15 раз в последующие сроки наблюдения, по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения.

**Заключение.** При глубоком фторировании препаратом глюфторэд происходило глубокой минерализации, способствующей герметизации микротрещин эмали и канальцев дентина. В данном случае образующаяся герметизирующая субстанция обеспечивает эффективную защиту дентина и пульпы от вредного воздействия действующих агентов на границе «зуб-пломба». Атрауматично-инвазивный метод препарирования кариозной полости, реминерализации обработанной полости глюфторэдом, отсроченное пломбирование с профилактикой вторичного кариеса, с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом Argion Molar AC, содержащим активные ионы фтора, оказывают кариеспрофилактическое и реминерализующее воздействие в течение 24 месяца наблюдения.

#### Список литературы

1. Ашуров, Г. Г. Критерии оценки качества композитных реставраций зубов / Г. Г. Ашуров, Ф. О. Садиков, С. М. Каримов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2016. – № 2. – С. 71-74.
2. Дьякова, С. В. Современный подход к диспансеризации детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области / С. В. Дьякова, С. В. Яковлев, М. А. Першина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2016. – С. 85-88.
3. Ашуров, Г. Г. Результаты сравнительной оценки краевой проницаемости композитных пломб на этапах оперативно-восстановительного лечения кариеса (in

vitro)/ Г. Г. Ашууров, С. М. Каримов, Ф. О. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2016. – №3. – С. 55-57.

4. Леонтьев, В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М., 2006. – 415 с.

5. Минаева, И. Н. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий как составляющая комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний / И. Н. Минаева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2016. – № 3 (4). – С. 33-38.