

МОЛЯРНО-РЕЗЦОВАЯ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЯ; РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С КАРИОЗНЫМ ПРОЦЕССОМ

Ожгихина Н.В.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Екатеринбург

По данным проведенного в 2009 г. Всероссийского эпидемиологического обследования распространенность и интенсивность кариеса зубов у детского и взрослого населения сохраняется на высоком уровне. Каждый 6-летний ребенок имеет 4-5 кариозных зубов. Также уже каждый пятый ребенок данного возраста имеет пораженные постоянные зубы. К 12 годам интенсивность кариеса постоянных зубов увеличивается до 2,5 [5].

Наряду с этим самым распространенным стоматологическим заболеванием в последнее время отмечается рост распространенности и разнообразия клинических форм некариозных поражений твердых тканей зубов. Клиническое разнообразие нарушений развития зубов велико. Они формируются на разных этапах развития зуба: закладки (адентия и сверхкомплектные зубы), дифференцировки зачатка (нарушение размеров и формы зубов), гистогенеза тканей зуба: несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез и самое распространенное поражение – гипоплазия эмали. В последние годы исследователи стали выделять особую форму гипоплазии эмали – молярно-резцовую гипоминерализацию (МРГ). Данный термин был предложен в 2000г. на совещании Европейской Академии детской стоматологии в Бергене (Германия) [1,10,12,14].

МРГ – порок развития эмали первых постоянных моляров и резцов (в меньшей степени), представляющее хронологическое расстройство формирования твердых тканей зубов в период от рождения до 12-месячного возраста [13].

Факторы, приводящие к развитию МРГ:

1. Соматические заболевания, особенно протекающие с высокой температурой тела [3,4].
2. Гипоксия в пренатальный, перинатальный и постнатальный периоды могут вызывать блокирование доступа кислорода к активным амелобластам [7].
3. Соматические заболевания беременной женщины.
4. Гипокальциемия, вызывающая нарушение кальциевого обмена в амелобластах [8].
5. Антибиотикотерапия у детей раннего возраста [9].
6. Токсины из внешней среды. Многие исследователи делают вывод, что загрязнение окружающей среды всё более и более неблагоприятно сказывается на здоровье организма ребенка в целом и на формирование эмали в частности [6].
7. Грудное вскармливание. Некоторые токсические компоненты передаются ребенку через грудное молоко матерей, которые проживают в местностях с неблагоприятной экологической ситуацией [6].

Таким образом, факторы, вызывающие МРГ многогранны.

Цель исследования. Изучить распространенность МРГ у детей г.Екатеринбурга, выявить особенности течения кариеса у детей с порочноразвитыми тканями постоянных зубов.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 650 детей в возрасте 6-12 лет на базе кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО УГМА (зав.кафедрой, проф. Бимбас Е.С.) и детского отделения МСП УГМА (глав.врач, к.м.н. Стати Т.Н.).

По данным различных исследователей распространенность МРГ в европейских странах колеблется от 2,5 до 40%. У детей г. Екатеринбург данное заболевание встречается в 39,4% случаев от числа всех обследованных детей. Клиническое обследование детей, включавшее проведение

как основных, так и дополнительных методов, позволило выявить целый ряд проблем, связанных с МРГ:

1. Эстетические нарушения.
2. Повышенная чувствительность слабоминерализованных тканей (пористая эмаль и дентин), к холодному воздуху, при приеме пищи и чистке зубов.
3. Высокая подверженность кариесу и постэраптивному разрушению.
4. Плохая гигиена полости рта (порозная, шероховатая поверхность эмали способствует ретенции зубной бляшки, что провоцирует развитие острого кариозного процесса).
5. Сложность реставрационного лечения, раннее развитие рецидивного кариеса.
6. У детей с МРГ обнаруживаются выраженные поведенческие проблемы, страх перед стоматологическим лечением. Проблемы поведения возникают в результате многочисленных лечебных посещений. Дети с МРГ вынуждены получать стоматологическое лечение сразу после прорезывания зубов. Дети школьного возраста с МРГ проходят стоматологическое лечение в 10 раз чаще, чем дети с нормальной эмалью [11].

Кариес на фоне МРГ протекает активно, часто в острой форме. По нашим данным интенсивность кариеса постоянных зубов у 12-летних детей с МРГ практически в 2 раза выше, чем у детей с нормальной структурой эмали (НСЭ). Мы в своем исследовании в 2002 году проводили изучение исходного уровня минерализации (ИУМ) первых постоянных моляров и резцов у детей с МРГ с помощью клинко-лабораторного метода – электрометрии твердых тканей зубов [2]. Выявлено, что ИУМ у детей с МРГ значительно ниже, чем у детей с НСЭ. Темп созревания гипоплазированных и резцов и моляров значительно ниже, чем темп созревания зубов с НСЭ [4].

Следовательно, гипоплазированные участки коронок зубов могут считаться восприимчивыми к кариозному процессу. Поэтому качественная стоматологическая помощь детям с МРГ является важной задачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство // Ожгихина Н.В., Кисельникова Л.П. Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов. Гипоплазия эмали. –Москва, ГЭОТАР-Медиа. –2010. –С.452-463.
2. Кисельникова Л. П. Клиника и лечение фиссурного кариеса постоянных зубов с незрелой эмалью / Л. П. Кисельникова, В. К. Леонтьев // Ин-т стоматологии. –2000. -№1. –С. 42-43.
3. Кисельникова Л. П. Гипоплазия эмали у детей / Л. П. Кисельникова, Н. В. Ожгихина // СПб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2001. –32с.
4. Ожгихина Н.В. Кариес постоянных зубов у детей с системной гипоплазией эмали (минерализация, профилактика, лечение): Дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Ожгихина; Уральская гос. мед. акад. –Екатеринбург, 2002. -211с.
5. Стоматологическая заболеваемость населения России /под ред. Кузьминой Э.М., – Москва, 2009, с.10-18.
6. Alaluusua S, Lukinmaa P-L. Developmental dental toxicity of dioxin and related compounds—a review. *Int Dent J* 2006;56:323-331.
7. Aine L, Backström MC, Mäki R et al., Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. *J Oral Pathol Med* 2000;29:403-409.
8. Amerongen van WE, Kreulen CM. Cheese molars: A pilot study of the etiology of hypocalcifications in first permanent molars. *ASDC J Dent Child* 1995;62:266.
8. Beentjes VE, Weerheijm KL, Groen HJ Factors involved in the aetiology of Molar-Incisor Hypomineralization (MIH). *Eur J Paediatr Dent* 2002;1:9-13.

9. Bergus GR, Levy SM, Kirchner HL, Warren JJ, Levy BT. A prospective study of antibiotic use and associated infections in young children. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:61-67.
10. Fitzpatrick L, O'Connell A. First permanent molars with molar incisor hypomineralisation. *J Ir Dent Assoc.* 2007; 53(1):32-7.
11. Jälevik B, Klingberg G, Barregård L, Norén J G. The prevalence of demarcated opacities in permanent first molars in a group of Swedish children. *Acta Odontol Scand* 2001; 59:255-260.
12. Lygidakis N A, Dimou G, Briseniou E. Molar-incisor hypomineralisation (MIH). Retrospective clinical study in Greek children. I. Prevalence and defect characteristics. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9:200-206.
13. Tapias-Ledesma MA, Jiménez R, Lamas F, Gonzáles A, Carrasco P, de Miguel AG. Factors associated with first molar dental enamel defects: a multivariate epidemiological approach. *J Dent Child* 2003;70:215-220.
14. Weerheijm KL, Jälevik B, Alaluusua S. Molar incisor hypomineralisation. *Caries Res* 2001;35:390-391.