

Некоторые эпидемиологические аспекты осложнений кариеса зубов

В.Л. КУКУШКИН*, к.м.н., доц., зав. кафедрой

М.В. СМИРНИЦКАЯ**, к.м.н., доц.

Е.А. КУКУШКИНА*, к.м.н., асс.

В.Ю. НИКУЛИНА*, асс.

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра стоматологии ФПК ППС

Читинская ГМА

Epidemiological aspects of caries complications

V.L. KUKUSHKIN, M.V. SMIRNITSKAYA, E.A. KUKUSHKINA, V.Yu. NIKULINA

Резюме: Проведен ретроспективный анализ 1000 амбулаторных карт пациентов 35-44 лет, обратившихся в клинику Читинской ГМА в 2012 году. Анализировали поражаемость анатомических групп зубов (резцы и клыки, премоляры, моляры) обеих челюстей по сегментам, а также структуру нозологических форм и их связь между собой. Выявлена высокая поражаемость трудоспособного населения пульпитом и апикальным периодонтитом. Преобладающими были хронические периодонтиты (фиброзная форма) нижних моляров. При анализе связей не обнаружено достоверной корреляции во фронтальной группе, выявлена сильная прямая зависимость между частотой пульпита и периодонтита в группе моляров. Авторы объясняют выявленные факты различиями в морфологии эндодонта, возможным накоплением микроорганизмов (пассивное осаждение) и более быстрым их проникновением по системе корневых каналов нижних моляров вследствие действия силы тяжести.

Ключевые слова: осложнения кариеса: пульпит, апикальный периодонтит; их распространенность и частота; зависимость от анатомической группы и от локализации зуба на челюсти.

Abstract: The retrospective analysis of 1000 out-patient cards of patients of 35-44 years which have addressed in clinic Chita SMA in 2012 is carried out. Analyzed affections anatomic groups of teeth (incisors and canines, premolars, molars) both jaws on segments, and also structure nosological forms and their communication among themselves. It is revealed high affections able-bodied population by a pulpitis and apical a periodontitis. A chronic periodontitis (the fibrous form) bottom molars were prevailing. At the analysis of communications it is not revealed authentic correlation in face-to-face group, direct dependence between frequency of a pulpitis and a periodontitis in group molars is revealed strongly. Authors explain the elicited facts distinctions in morphology of endodonts, possible accumulation of microorganisms (passive sedimentation) and their faster penetration on system of root channels bottom molars owing to gravity.

Key words: caries complications: pulpitis, apical periodontitis; their prevalence and frequency; dependence on anatomic group and on tooth localization on a jaw.

Введение

Кариес зубов и его осложнения (пульпит, апикальный периодонтит) до сих пор остаются самой распространенной патологией на амбулаторном стоматологическом приеме [1, 2].

Данные большинства авторов свидетельствуют, что чаще кариесом поражаются жевательные зубы (особенно первые моляры). Это объясняют ранним прорезыванием (5-6 лет), наличием на коронке участков для ретенции микробного налета (фиссуры, пришеечная область, апроксимальные поверхности), незрелостью эмали первые два года после прорезывания [3, 4].

Данных о различиях в частоте поражения осложненным кариесом зубов верхней и нижней челюстей крайне мало и они противоречивы. Ряд авторов выявили меньшую частоту поражения нижних моляров, объясняя это подвижностью самой челюсти, в силу этого – лучшей гигиеной этих зубов, проникновением и реминерализующим действием ротовой жидкости [5, 6].

Другие авторы приводят данные о большей частоте поражения нижних моляров, связывая это с более ранним прорезыванием [7, 8].

Знание особенностей частоты и распространенности поражения пульпы и периодонта позволяет разработать программы лечения и профилактики. Известно, что очаг хронической инфекции в полости рта приводит к сенсбилизации организма, поражению внутренних органов [9, 10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить первичную заболеваемость (по обращаемости) пульпитом и апикальным периодонтитом среди населения г. Читы и Забайкальского края.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 1000 амбулаторных карт (путем случайной выборки) пациентов трудоспособного возраста (35-44 года), обратившихся в клинику Читинской ГМА в 2012 году. Выбор континген-

та обусловлен рекомендациями ВОЗ, определяющими данную группу как ключевую для оценки уровня стоматологического здоровья взрослого населения [11].

Далее анализировали поражаемость пульпитом и верхушечным периодонтитом анатомических групп зубов (резцы и клыки, премоляры, моляры) обеих челюстей по сегментам, а также структуру нозологических форм данных заболеваний и их связь между собой.

При идентификации нозологических форм использовали общепринятую в нашей стране классификацию пульпита по Платонову Е. Е., периодонтита – по Лукомскому И. Г. [12].

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи программы статистического анализа Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия χ^2 Пирсона с оценкой достоверности различий (p). Коррелятивные связи показателей изучены с применением коэффициента ранговой корреляции (r) Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность воспаления пульпы составила 268 случаев на 1000 обращений, то есть 26,8%. При анализе структуры различных форм выявлено абсолютное преобладание хронического фиброзного пульпита и его обострения (171, или 63,8%, $p < 0,05$). Остальные формы составили (по убывающей): острый диффузный пульпит – 70 (26,1%), хронический гангренозный – 16 (6%), острый очаговый пульпит – 9 (3,4%), гипертрофический – 2 (0,7%) (рис. 1).

Данные о поражении пульпитом различных анатомических групп зубов обеих челюстей отражены в табл. 1.

Обращало на себя внимание, что пульпа верхних передних зубов и премоляров поражалась в

2-10 раз чаще пульпы одноименных зубов нижней челюсти ($p < 0,01$). В то же время пульпит нижних моляров встречался в полтора раза чаще, чем верхних ($p < 0,05$).

Распространенность апикального периодонтита составила 302 случая на 1000 обращений (30,2%). Острый периодонтит диагностирован всего в пяти случаях (1,7%), в то время как хронические периодонтиты – в 219 случаях (72,5%), и их обострения описаны в 78 картах (25,8%). В силу этого дальнейший анализ касался только случаев хронического периодонтита.

Хронический фиброзный периодонтит зарегистрирован в 143 (48,1%) картах. Хронический гранулематозный периодонтит обнаружен в 60 случаях (20,2%), а самый клинически активный – хронический гранулирующий – составил 94 случая (31,6%) (табл. 2).

Отмечено явное преобладание фиброзного периодонтита на нижней челюсти ($p < 0,01$).

Данные о поражаемости периодонтитом анатомических групп зубов представлены в табл. 3.

Таким образом, можно отметить преимущественное заболевание верхушечного периодонта нижних моляров (в 1,9 раза; $p < 0,05$) и верхних передних зубов (в 2,8 раза; $p < 0,01$).

При анализе взаимосвязей не обнаружено достоверной корреляции между пульпитом и периодонтитом во фронтальной группе зубов ($r = 0,11$; $p > 0,05$).

Очевидно, это объясняется морфологией их эндодонта, а именно: при пульпите прямые широкие каналы фронтальных зубов позволяют провести более качественную obturацию, а значит, риск развития апикального периодонтита значительно меньше.

В то же время выявлена сильная прямая зависимость между частотой пульпита и периодонтита в группе моляров ($r = 0,74$; $p < 0,01$). Это также во многом связано с морфологией: наличием трех и более каналов с большей степенью кривизны, трудностью их обнаружения и последующего лечения.

Таблица 1. Структура поражения пульпитом зубов верхней и нижней челюстей (по сегментам)

Абс./отн., %	Моляры	Премоляры	Резцы, клык	Резцы, клык	Премоляры	Моляры
в/ч (153)	33/12,3	25/9,3**	20/7,5**	21/7,8**	30/11,2**	24/8,9
н/ч (115)	40/14,9*	9/3,3	2/0,7	1/0,4	17/6,3	46/17,2*

*разница достоверна между резцами и молярами одноименной челюсти;

**разница достоверна между одноименными зубами разных челюстей

Таблица 2. Структура поражаемости зубов различными формами хронического периодонтита

Абс./отн., %	Фиброзный (143)	Гранулирующий (94)	Гранулематозный (60)
в/ч (148)	56/37,8	58/39,2	34/23,0
н/ч (149)	87/58,4*	36/24,2	26/17,4

*разница достоверна между зубами одноименной челюсти

Таблица 3. Структура поражения хроническим периодонтитом различных групп зубов верхней и нижней челюстей (по сегментам)

Абс./отн., %	Моляры	Премоляры	Резцы, клык	Резцы, клык	Премоляры	Моляры
в/ч (148)	25/8,4	36/12,1	12/4,0**	13/4,4**	34/11,4	28/9,4
н/ч (149)	48/16,2*,**	20/6,7	4/1,3	5/1,7	20/6,7	52/17,5*,**

*разница достоверна между резцами и молярами одноименной челюсти;

**разница достоверна между одноименными зубами разных челюстей

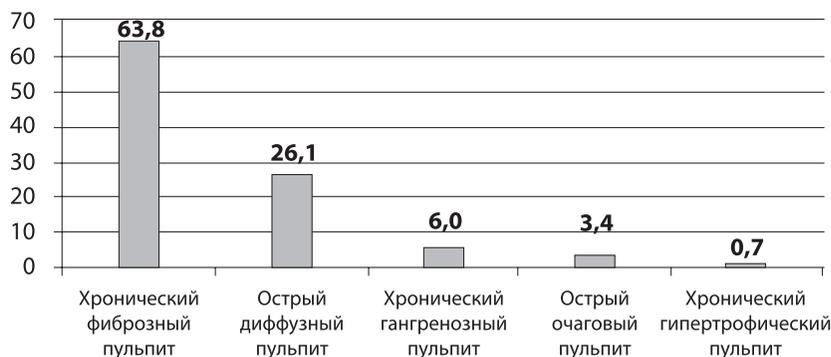


Рис. 1. Структура заболеваемости различными формами пульпита

Косвенным подтверждением выявленной закономерности является отмеченная профессором Робустовой Т. Г. и соавт. большая частота развития одонтогенного периодонтита и остеомиелита на нижней челюсти, что, очевидно, связано с поражением зубов апикальным периодонтитом [13].

Мы склонны объяснить подобный факт не только ранним прорезыванием и, соответственно, началом микробной атаки на эмаль нижних моляров. Возможно, что накопление микроорганизмов на поверхности зубов нижней челюсти происходит быстрее вследствие действия силы тяжести. Частота воспаления периодонта нижних моляров также связана с более быстрым проникновением микрофлоры из пульпарной камеры по корневым каналам (пассивное осаждение), и, напротив, сила тяжести препятствует микрофлоре из корневых каналов верхних зубов быстро достигать верхушечного периодонта.

Выводы

Выявлена высокая (более 50%) поражаемость трудоспособного населения пульпитом и апикальным периодонтитом.

Отсутствие прямой корреляции между частотой пульпита и периодонтита фронтальной группы зубов и сильная взаимосвязь в группе моляров связаны с морфологией их эндодонта.

Высокая частота периодонтита нижних моляров связана не только с ранним прорезыванием, но и с пассивным осаждением микроорганизмов в кариозную полость и более быстрым их продвижением по системе корневых каналов под действием силы тяжести.

Поступила 15.01.2014

Координаты для связи с авторами:

672038, г. Чита,
ул. Новобульварная, д. 163
Читинская ГМА
Кафедра терапевтической
стоматологии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Адашкина Н. Ю. Возрастные особенности эпидемиологии и клиники пульпита и эффективность его лечения с помощью импульсных лазеров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 24 с.
- Adashkina N. Ju. Vozrastnye osobennosti epidemiologii i kliniki pul'pita i jeffektivnost' ego lechenija s pomoshch'ju impul'snyh lazerov: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb., 2005. – 24 s.
- Боровский Е. В. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. 1998. №3. С. 3-9.
- Borovskij E. V. Rasprostranennost' oslozhnenij kariesa i jeffektivnost' endodonticheskogo lechenija // Klinicheskaja stomatologija. 1998. №3. S. 3-9.
- Hilsmann M. Epidemiologische date zur Endodontic // Endodontia. 1995. №3. S. 193-203.
- Железный П. А., Бородин Т. А., Ануфриева О. И., Базин А. К. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие. – Новосибирск: Изд-во Новосибирского ГМУ, 2007. – 288 с.
- Zheleznyj P. A., Borodina T. A., Anufrieva O. I., Bazin A. K. Terapevticheskaja stomatologija detskogo vozrasta: uchebnoe posobie. – Novosibirsk: Izd-vo Novosibirskogo GMU, 2007. – 288 s.
- Боровский Е. В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. 2003. №1. С. 38-40.
- Borovskij E. V. Sostojanie jendodontii v cifrah i faktah // Klinicheskaja stomatologija. 2003. №1. S. 38-40.
- Петрикас А. Ж., Захарова Е. Л., Образцова Ю. Н. Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов // Эндодонтия today. 2002. №3-4. С. 35-37.
- Petrikas A. Zh., Zaharova E. L., Obrazcova Ju. N. Epidemiologicheskie dannye po izucheniju endodonticheskijh porazhenij zubov // Endodontija today. 2002. №3-4. S. 35-37.
- Беднар П., Круг Ж. Периапикальные разрежения // Новое в стоматологии. 2002. №7. С. 4-9.
- Bednar P., Krug J. Periapikal'nye razrezhenija // Novoe v stomatologii. 2002. №7. S. 4-9.
- Беднар П., Круг Ж. Периапикальные разрежения // Новое в стоматологии. 2002. №7. С. 4-9.
- Bednar P., Krug J. Periapikal'nye razrezhenija // Novoe v stomatologii. 2002. №7. S. 4-9.
- Эриксен Х. М., Киркеванг Л.-Л., Петерссон К. Эндодонтическая эпидемиология и лечение outcome: general considerations // Endod Topics. 2002. №2. P. 1-9.
- Eriksen H. M., Kirkevang L.-L., Petersson K. Endodontic epidemiology and treatment outcome: general considerations // Endod Topics. 2002. №2. P. 1-9.
- Фигдор Д. Апикальный периодонтит: очень распространенная проблема // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002. №94. P. 651-652.
- Figdor D. Apical periodontitis: a very prevalent problem // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002. №94. P. 651-652.
- Лопез-Маркос Ж. Ф. Этиология, классификация и патогенез пульпы и периапикального заболевания // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004. №9. P. 58-62, 52-57.
- Lopez-Marcos J. F. Aetiology, classification and pathogenesis of pulp and periapical disease // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004. №9. P. 58-62, 52-57.
- Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. проф. Э.М. Кузьминой. – М.: МГМСУ, 2009. – 236 с.
- Stomatologicheskaja zaboлеваemost' naselenija Rossii / pod red. prof. E.M. Kuz'minoj. – M.: MGMSU, 2009. – 236 s.
- Боровский Е. В. Пульпит. Периодонтит в кн. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. – М.: Медицина, 2006. – С. 98-162.
- Borovskij E. V. Pul'pit. Periodontit v kn. Terapevticheskaja stomatologija / E.V. Borovskij. – M.: Medicina, 2006. – S. 98-162.
- Одонтогенные воспалительные заболевания / под ред. проф. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2006. – 664 с.
- Odontogennye vospalitel'nye zabolevanija / pod red. prof. T.G. Robustovoj. – M.: Medicina, 2006. – 664 s.