



ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КРОКИ ДО УСПІХУ

ЧАСТИНА 8. ЩО ВИБРАТИ?



Н.В. Біденко

д.мед.н., доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (зав. кафедрою – проф. Л.О. Хоменко)



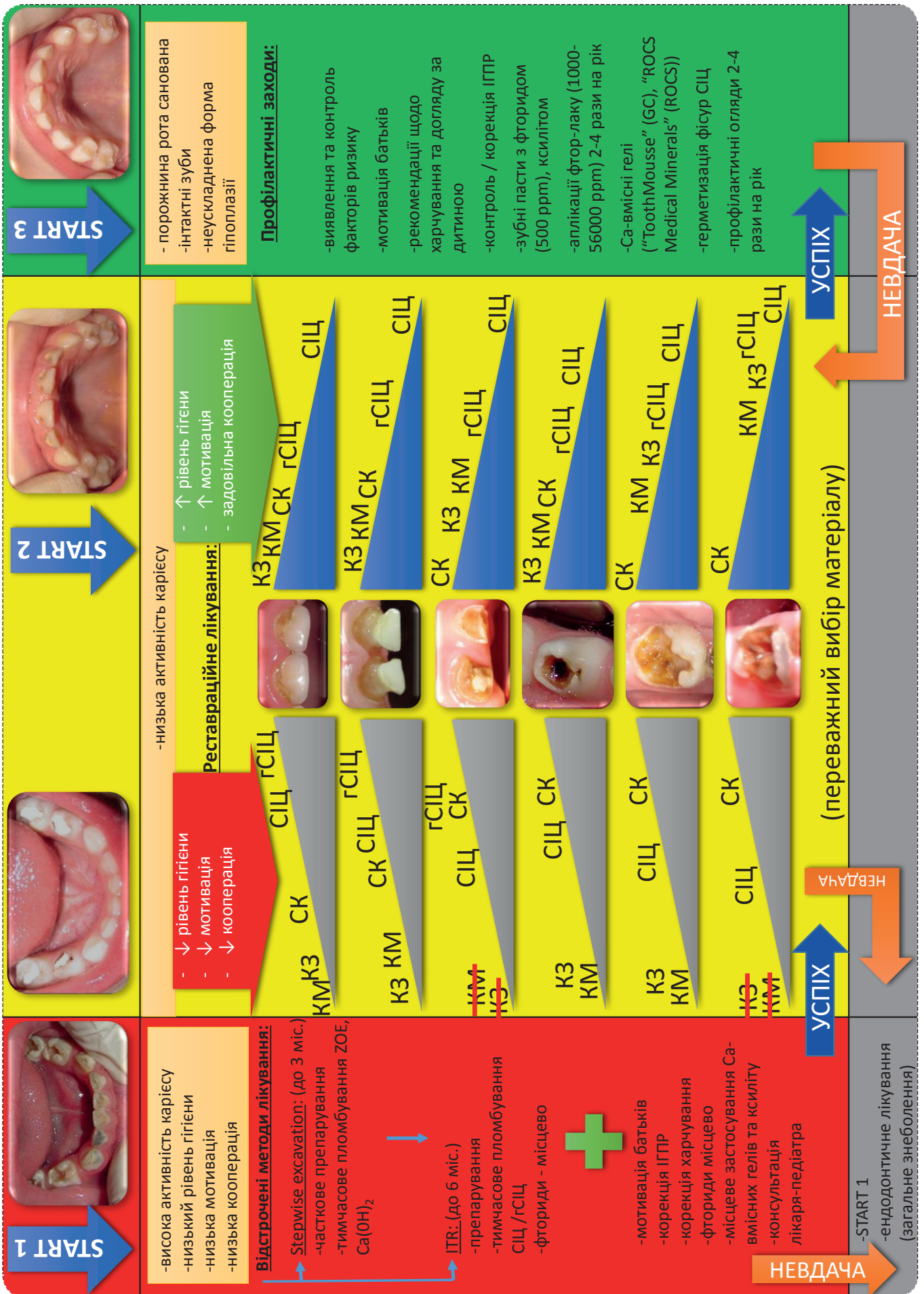
О.І. Лютіков

магістрант кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (зав. кафедрою – проф. Л.О. Хоменко)

Ми наблизились до завершального кроку у виборі тактики лікування карієсу у найменших пацієнтів. Після тривалого розгляду низки питань і чинників, що обумовлюють специфічність лікувальних підходів у даного контингенту відвідувачів лікаря–стоматолога, пробираючись через нетрі дитячої психології, стоматологічної ергономіки, первинної профілактики, відстроченого лікування, «педіатричного» матеріалознавства, – всього того, що настільки урізноманітнює практику саме дитячого стоматолога, – маємо врешті піднятися на вершину зведеної нами «інформаційної піраміди» і спробувати охопити оком все відразу, тобто зрозуміти та досягнути саме ті шляхи, які варто обирати в кожному конкретному випадку. Забігаючи наперед, оптимістично зауважимо, що все досягнути таки не вдається: надто безмежне поле дитячої стоматології відкривається з вершини, підтверджуючи давню істину про те, що на чим більшу кількість питань ми знаходимо відповіді, тим більше з'являється питань нових. Але сприйmemo цю істину не як свідчення фатальної непізнаності світу (в даному випадку – стоматологічного), а як натхненне передчуття нескінченності пізнання і творчості (погоджуючись з Генрі Фордом, який твердив, що «знання може бути лише у того, у кого є питання»). Тому спробуємо зобразити пейзаж, що відкривається з нашої вершини, до якої ми так тривало добирались через усі попередні статті, у вигляді чогось подібного до маршрутної карти – певного алгоритму лікувально–профілактичних дій стосовно раннього карієсу за різних умов (мал.).

Почнемо з відправної точки, яка може суттєво відрізнятись, хоча спрямованість усіх шляхів одна – стоматологічне здоров'я дитини. На початку шляху до нього ми можемо мати декілька варіантів:

- або високу активність карієсу на тлі низького рівня гігієнічного догляду за порожниною рота, порушення культури вживання вуглеводів і, як правило, низького рівня кооперації дитини (а також, можливо, ще цілої низки загальних та місцевих карієсогенних чинників) (Start 1);
- або низьку активність карієсу (як початкову, так і зниження активності даного захворювання в результаті проведеного лікування) (Start 2);
- або здорову чи практично здорову порожнину рота – первинно або після повної та адекватної санації (Start 3).



Відповідно, при високій активності карієсу необхідно здійснювати комплекс профілактичних заходів, а на їх тлі проводити один з видів відстроченого лікування [1, 2]. Неефективність здійснюваних методів для даної категорії дітей, як правило, стає підставою для здійснення санації (переважно з ендодонтичним лікуванням) під загальним знеболенням. Успіх же згаданого підходу веде до стабілізації каріозного процесу і можливості здійснити остаточне відновне лікування із застосуванням певних реставраційних матеріалів. Рівень мотивації батьків до збереження стоматологічного здоров'я дітей, регулярність здійснення профілактичної програми та рівень кооперації дитини можуть зрушити шальки терезів як в бік повної стабілізації патологічного процесу і відновлення повноцінного функціонування зубоцелювальної системи дитини («зелена зона»), так і в бік погіршення (при невиконанні необхідних умов), тобто – повернення до вихідної ситуації високоактивного карієсу (до «червоної зони»). Від стану вказаних умов значною мірою залежить також вибір пломбувального матеріалу, найбільш доцільного в кожному конкретному випадку [3]. За умови первинно низької активності карієсу, як правило, немає потреби у відстрочених методах лікування (другий варіант відправної точки, «жовта зона»), і у лікаря одразу виникає потреба оптимального вибору реставраційного матеріалу. В запропонованій схемі реалізовано спробу графічного представлення доцільності застосування різних пломбувальних матеріалів за умови різних варіантів руйнування тимчасових зубів: чим вище розташований матеріал від базової горизонталі, тим більш доцільне його застосування у вказаному варіанті ураження зуба. Діти ж без карієсу та без очевидного ризику його виникнення потребують певних профілактичних заходів, здатних попередити розвиток карієсу тимчасових зубів у майбутньому (це ж стосується і повноцінно санованих дітей, у яких вдалось досягти достатнього рівня контролю над захворюванням).

Ми усвідомлюємо, що, так само, як до географічної карти з маленьким масштабом неможливо включити багато деталей, так і у графічному зображенні алгоритму лікування складно врахувати всі значимі умови і обставини. Але, шанобливо схилиючи голову перед R. Harris зі співавторами, що в огляді 2004 року нарахували 106 чинників, здатних впливати на розвиток раннього карієсу тимчасових зубів та на вибір і результат його лікування [4], ми все-таки сподіваємось, що навіть запропонована нами скорочена «маршрутна карта» може стати в нагоді практичному лікарю, який наважився взятись за непросту справу лікування цього захворювання.

ПОЯСНЕННЯ ДО СХЕМИ І ПЕРЕЛІК ЗАСТОСОВАНИХ У СХЕМІ СКОРОЧЕНЬ:

- **активність карієсу** передбачає переважно гострий (висока активність) чи переважно хронічний (низька активність) перебіг патологічного процесу; крім вказаних у схемі чинників на розвиток карієсу суттєво впливають переважно вуглеводиста їжа, часте харчування із пляшечки з соскою, наявність соматичних захворювань, висока інтенсивність карієсу у батьків,

обтяжена вагітність матері, наявність вроджених вад твердих тканин зубів;

- **ІГПР – індивідуальна гігієна порожнини рота (ПР);** стан гігієни порожнини рота оцінюється, по-перше – за тим фактом, чи відбувається гігієнічний догляд за порожниною рота відповідно до вікових потреб, а по-друге – значенням гігієнічного індексу;
- **мотивація** батьків стосовно збереження стоматологічного здоров'я передбачає, по-перше, регулярні візити з метою здійснення профілактичних оглядів та проведення профілактичних процедур, по-друге – негайний візит до лікаря у випадку виникнення якоїсь проблеми (випадіння пломби тощо);
- стан достатньої **кооперації** дитини передбачає наявність задовільного контакту лікаря з дитиною і технічну можливість виконувати лікування ненасильницьким шляхом; зокрема це стосується можливості якісної ізоляції операційного поля, що передбачає збереження його сухим, без контамінації ротовою рідиною, протягом певного часу, необхідного для виконання лікувальних процедур;
- **stepwise excavation** (покрокова екскавація), **ITR** (interim therapeutic restoration, тимчасове терапевтичне відновлення) – методи відстроченого лікування карієсу, докладно освітлені у попередній статті, опублікованій в номері 1 журналу за 2014 рік;
- **ZOE** – цинкооксидевгенольна паста;
- **СІЦ** – склоіономерні цементі;
- **zСІЦ** – гібридні склоіономерні цементі;
- **СК** – стандартні коронки/естетичні стандартні коронки;
- **КЗ** – композитні пломбувальні матеріали;
- **КМ** – компомери.

→ СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ ←

1. Хоменко Л.О. Застосування методу тимчасового лікування карієсу зубів у дітей віком до трьох років / Л.О.Хоменко, Н.В.Біденко // Современная стоматология. – 2011. – № 4. – С. 53–57.
2. Біденко Н.В. Лікування карієсу зубів у дітей раннього віку: кроки до успіху. Частина 5. Концепції відстроченого лікування / Н.В.Біденко // Дентаклуб. – 2014. – №1. – С. 10–14.
3. Біденко Н. В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі / Н. В. Біденко / Современная стоматология. – 2007. – № 1. – С. 66–72.
4. Harris R. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature / R.Harris, A.D.Nicoll, P.M.Adair, C.M.Pine // Community Dent. Health. – 2004. – Vol. 21 (Suppl.). – S. 71–85.