

## **ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ РАННЬОГО КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ**

**Н.В. Біденко**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

### **Резюме**

Представлены метод определения оптимальной тактики лечения кариеса зубов у детей раннего возраста, а также необходимые условия выполнения стоматологического лечения маленьких пациентов.

**Ключевые слова:** ранний кариес временных зубов, лечение кариеса, дети в возрасте до 3 лет, atraumaticкое восстановительное лечение кариеса.

### **Summary**

The method of selecting optimal tactics of early childhood caries treatment is presented as well as the essential conditions for implementation of dental treatment in young children.

**Key words:** early childhood caries, caries treatment, children up to 3 years of age, atraumatic restorative caries treatment.

### **Література**

1. Смоляр Н.І. Стан молочних зубів у дітей в залежності від вигодовування в ранньому віці / Н.І.Смоляр, І.С.Дубецька // Вісник стоматології. – 2006. - №1. – С. 103-107.
2. Біденко Н.В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі / Н.В.Біденко // Современная стоматология. – 2007. - №1. – С. 66-72.
3. Каськова Л.Ф. Поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей м. Полтава / Л.Ф.Каськова, А.В.Шепеля // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – 2008. – Т. 8, №4. – С. 30-32.

4. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / Корчагина В.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 168 с.
5. Елизарова В.М. Алгоритмы оказания стоматологической помощи при кариесе, пульпите и периодонтите детям раннего возраста / В.М.Елизарова, В.Г.Бутова, Т.Е.Зуева. – М.: МГМСУ, 2003. – 17 с.
6. Splieth C.H. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany / C.H.Splieth, B.Bunger, C.Pine // International Journal of Paediatric Dentistry. – 2009. – Vol.19, N 2. – P. 84-90.
7. Yiu C.K. Борьба с цветущим кариесом у детей / С.К.Yiu, Н.У.Weii // Квинтэссенция. – 1993. - №2. – С. 4-14.
8. Vargas C.M. Disparities in early childhood caries / C.M.Vargas, C.R.Ronzio // BMC Oral Health. – 2006. – Vol. 6 (Suppl.1). – S. 3-12.
9. Смоляр Н.І. Лікарська тактика при лікуванні захворювань зубів у дітей у віковому аспекті / Н.І.Смоляр, Г.М.Солонько // Новини стоматології. – 2007. - №1. – С. 66-73.
10. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies // Pediatr. Dent. - 2009-2010. – Vol.31, №6 - P. 40-42.
11. Райт Дж. Управление поведением детей на стоматологическом приеме / Дж.Райт, П.Э.Старки, Д.Э.Гарднер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 304 с.

Ранній карієс тимчасових зубів на сьогодні залишається актуальним питанням дитячої стоматології [1-3]. Водночас суттєвими проблемами в лікуванні цього захворювання є активне психоемоційне реагування дитини на медичні маніпуляції, особливості будови тканин тимчасових зубів, перебігу і поширення в них патологічного процесу, фізіологічні особливості слиновиділення, неможливість утримання дитиною статичної пози протягом навіть кількох хвилин [4]. Крім цього, до вказаних проблем

додається не завжди наявна готовність лікаря-стоматолога до роботи з маленькими пацієнтами [5,6]. Вибір методу лікування карієсу зубів у дітей раннього віку залежить від низки чинників, що охоплюють вік дитини, період розвитку зубощелепної системи і безпосередньо зубів, які потребують лікування, стан гігієни ротової порожнини, стоматологічний статус, ступінь ризику розвитку карієсу, ступінь каріозного ураження зуба, готовність дитини до співробітництва з лікарем, технологічну простоту виконання маніпуляцій, стан загального здоров'я дитини тощо [4,7-10]. Саме тому обрання належної лікувальної тактики в кожному конкретному випадку є досить непростим завданням і має проводитись індивідуально.

**Метою** дослідження стала оптимізація вибору тактики лікування карієсу зубів у дітей раннього віку.

**Матеріал і методи дослідження.** Було проведене лікування неускладненого карієсу зубів у 463 дітей, із них 225 – віком до 3 років, 238 - 4-5 років. Усі діти належали до першої і другої груп загального здоров'я і не мали абсолютних показань до лікування під загальним знеболюванням. Ступінь можливості співробітництва з дитиною оцінювали за Wright (1975) [11]. Лікування карієсу емалі здійснювали шляхом місцевого застосування мінералізуючих засобів, карієсу дентину – шляхом препарування (із застосуванням ручних інструментів або бормащини) і пломбування склоіономерними цементами; за неможливості постійного пломбування на першому етапі застосовували лікувальне пломбування цинкооксидевгенольною пастою, приготованою *ex tempore*. Лікування здійснювали на тлі контролю карієсогенної ситуації шляхом виконання індивідуальної профілактичної програми. Ефективність обраної тактики лікування в кожному окремому випадку оцінювали за такими критеріями: відповідність обсягу виконаного лікування планованому, збереження пломб у найближчі та віддалені терміни спостереження (через 6 місяців, 1 і 2 роки), а також розвиток ускладнень карієсу (пульпіт і періодонтит) у

лікованих зубах. Обрану тактику вважали ефективною, якщо реально виконаний обсяг стоматологічних втручань повністю відповідав запланованому, загальний відсоток збереження пломб через 6 місяців був не менше 80 %, через 1 рік – 70 %, через 2 роки – 60 %, а частота виникнення ускладненого карієсу в лікованих зубах через 2 роки не перевищувала 10 % (що відповідає середнім показникам ефективності лікування карієсу тимчасових зубів згідно з даними літератури [4]). У дітей, тактика лікування яких виявилась ефективною, її аналізували з урахуванням чинників, що її зумовлювали.

**Результати дослідження.** Лікування дітей здійснювали з дотриманням попередньо визначених умов, необхідних для його успішного виконання, які охоплювали:

- створення позитивної мотивації батьків стосовно збереження стоматологічного здоров'я дитини;
- встановлення психоемоційного контакту з дитиною, її психологічна адаптація до умов лікування;
- забезпечення неболючості або мінімальної болючості та максимально комфортних умов лікування;
- обрання лікувальної тактики з огляду на її відповідність можливості виконання;
- урахування групи ризику дитини щодо прогресування карієсу і корекцію лікувальної тактики відповідно до визначеної групи ризику;
- контроль карієсогенної ситуації шляхом розробки і виконання індивідуальної профілактичної програми паралельно з лікуванням і після нього.

Однією з найважливіших умов лікування цього контингенту є обрання лікувальної тактики з огляду на її відповідність можливості виконання. На обрання прийнятної тактики лікування маленької дитини

можуть впливати вже наведені численні фактори [4,7-10], найважливішими з яких для безпосереднього виконання лікувальних маніпуляцій виявилися вік дитини, її готовність до співробітництва з лікарем (що може не зовсім корелювати з віком, зважаючи на різний темперамент у маленьких дітей), технологічна простота виконання маніпуляцій і можливість мінімізувати больові відчуття під час лікування. З урахуванням зазначених чинників і отриманих позитивних результатів лікування раннього карієсу тимчасових зубів нами було виведено формулу для обрання тактики лікування маленької дитини (1):

$$T = \frac{N \times W}{V \times D}, \quad (1)$$

де:

T – умовний показник можливості проведення обраного методу лікування;

N – кількість років дитини з точністю до півроку (1; 1,5; 2 і т.д.);

W – готовність до співробітництва за Wright [11] (3 – діти, які співробітничать; 2 – діти, які потенційно співробітничать; 1 – діти, які не мають достатньої здатності до співробітництва);

V – рівень складності та трудомісткості планованих до проведення маніпуляцій (1 – обробка зубів розчинами (фторовмісними, фторлаками, імпрегнуючими розчинами); 2 – профілактичне покриття фісур склоіономерними цементами, герметизація фісур; 3 – атравматичне відновне лікування (АВЛ) зубів із каріозними порожнинами, локалізованими на гладких поверхнях і у фісурах зубів; 4 - АВЛ зубів із каріозними порожнинами, локалізованими на апроксимальних поверхнях зубів; 5 – традиційне препарування із застосуванням бормашини);

D – можливі больові відчуття під час маніпуляції (1 – лікування без болю за рахунок виконання АВЛ або наявності знеболювання; 2 – можливі

неприємні відчуття або слабкий біль, наприклад, за застосування АВЛ у глибоких каріозних порожнинах).

Обрана тактика лікування прийнятна для лікаря і для дитини за умови, що значення обчисленого показника більше 0,5. За інших умов, плануючи метод лікування, треба вживати заходів або щодо підвищення ступеня співробітництва дитини, або щодо зниження рівня складності та трудомісткості планованих маніпуляцій і контролю їх болючості.

Приклади застосування формули.

Хлопчик, 1 рік 4 місяці (вік округляється до 1,5 років), не чинить активного спротиву діям лікаря (2 бали за Wright), має каріозні ураження вестибулярних поверхонь верхніх чотирьох різців у межах емалево-дентинної межі (рівень складності 3); планується застосування АВЛ.

$$(1,5 \times 2) / (3 \times 1) = 1 > 0,5$$

За даними обчислення обраний план лікування може бути здійснений.

Дівчинка, 2 роки 7 місяців (вік округляється до 2,5 років), із потенційним співробітництвом (2 бали за Wright) має каріозні ураження перших молярів середньої глибини. Планується лікування із застосуванням бормашини (рівень складності 5, можливі больові відчуття під час препарування – D=2).

$$(2,5 \times 2) / (5 \times 2) = 0,5$$

Отриманий результат знаходиться на межі позитивного рішення щодо підтвердження обраної тактики лікування, значення має бути більше а 0,5, чого можна досягти кількома шляхами:

- підвищенням рівня співробітництва за рахунок успішнішого встановлення психоемоційного контакту з дитиною  $((2,5 \times 3) / (5 \times 2) = 0,75 > 0,5)$ ;
- обранням за можливості іншої методики препарування каріозних порожнин – АВЛ  $((2,5 \times 2) / (3 \times 2) = 0,83 > 0,5)$ ;

- повним унеможливленням неприємних відчуттів шляхом знеболювання  $(2,5 \times 2) / (5 \times 1) = 1 > 0,5$ .

Очевидно, що оптимальним методом забезпечення комфортності лікування в цьому випадку є знеболювання, в іншому разі – застосування АВЛ або триваліша психоемоційна підготовка дитини до лікування, що може покращити рівень її співробітництва з лікарем.

Отже, запропонований метод вибору тактики лікування карієсу зубів у дітей раннього віку з урахуванням віку, здатності дитини до співробітництва і складності планованого втручання дозволяє в переважній більшості випадків коректно спланувати й успішно здійснити відповідний обсяг лікувальних і профілактичних заходів.