

Лікування карієсу постійних зубів у дітей

Досягнення оптимального рівня стоматологічного здоров'я як важливого чинника, що забезпечує високу якість життя людей, вважається одним із стратегічних завдань сучасної стоматології. На жаль, карієс зубів у дітей характеризується високою поширеністю і інтенсивністю. Більше того, надзвичайно тривожним є факт високої поширеності швидкоплинного, активного карієсу постійних зубів. Цей процес характеризується наступними ознаками:

1. Активне протікання.
2. Атипова локалізація дефектів.
3. Швидке руйнування дентину, що знімається пластинами.
4. Відсутність тенденції до обмеження процесу.
5. Раннє залучення до процесу пульпи зуба (мал. 1, 2).



Мал. 1. Швидкоплинний карієс постійних зубів у дітей



Мал. 2. Швидкоплинний карієс постійних зубів у дітей

Розвитку активного каріозного процесу в юному віці сприяє ряд загальних і місцевих факторів: дефіцит макро- і мікроелементів в організмі дитини, соматичні захворювання, що призводять до гіпосалівації і підвищення в'язкості слини, порушення гомеостазу в порожнині рота, а також незадовільна гігієна ротової порожнини, зокрема і в підлітків, що перебувають на етапах ортодонтичного лікування з використанням незнімної ортодонтичної апаратури (брекет-систем).

Поширеність зубощелепних аномалій у дітей є високою (близько 50 % за різними даними), що обумовлює велику потребу в ортодонтичному лікуванні. Нині все більша кількість дітей і дорослих отримує ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій з використанням незнімної ортодонтичної апаратури. Це лікування є успішним у більшості пацієнтів і закінчується створенням відмінного естетичного ефекту та відновленням функцій зубощелепної системи.

Проте під час ортодонтичного лікування у зв'язку з погіршенням гігієни ротової порожнини в дитини може розвинутися активний каріозний процес. Цьому сприяють:

1. Наявність додаткових ретенційних пунктів (елементи апаратури), сприяючих погіршенню процесів природного самоочищення порожнини рота і утрудненню доступу до вестибулярних і щічних поверхонь зубів, на яких зафіксована ортодонтична апаратура. Це призводить до вираженого накопичення і тривалого збереження зубного нальоту на поверхнях зубів.
2. Тривалий період лікування і, відповідно, тривала наявність ретенційних пунктів у порожнині рота (12 місяців і більше).
3. Низький початковий рівень мінералізації емалі зубів у дітей.
4. Відсутність стійкої мотивації підтримки адекватної гігієни ротової порожнини і хороших гігієнічних навичок.
5. Полімеризаційна усадка композиційного матеріалу, що знаходиться між основою брекета і поверхнею емалі, яка спричиняє за собою появу так званих зон розтягування і стиснення емалевих призм навколо брекета та на певній відстані від нього.

У випадку розвитку в дитини активного каріозного процесу, що швидко розвивається, перед стоматологом повстає складне завдання вибору адекватних і ефективних лікувально-профілактичних методів, спрямованих на зниження активності каріозного процесу і ефективне відновлення втрачених тканин зубів.

Клінічний випадок

Пацієнтка К., 12 років. На підставі огляду, розрахунку і аналізу ОПТГ, ТРГ голови в бічній проекції, КДМ, цифрових фациальних і дентальних фотографій був поставлений наступний діагноз: скелетний клас II, нейтральна оклюзія, I клас за Енгле, укорочення верхнього і нижнього зубних рядів, зворотне співвідношення в ділянці зубів 1.2 і 4.3, вестибулярне прорізування зуба 1.3, піднебінне положення зуба 1.2, язичне прорізування зуба 3.5, язичне положення зуба 4.2, зміщення середніх ліній на верхній і нижній щелепах (мал. 3-10).

Фотографії обличчя до початку ортодонтичного лікування:



Мал. 3 і Мал. 4



Мал. 5

Дентальні фотографії до початку лікування:



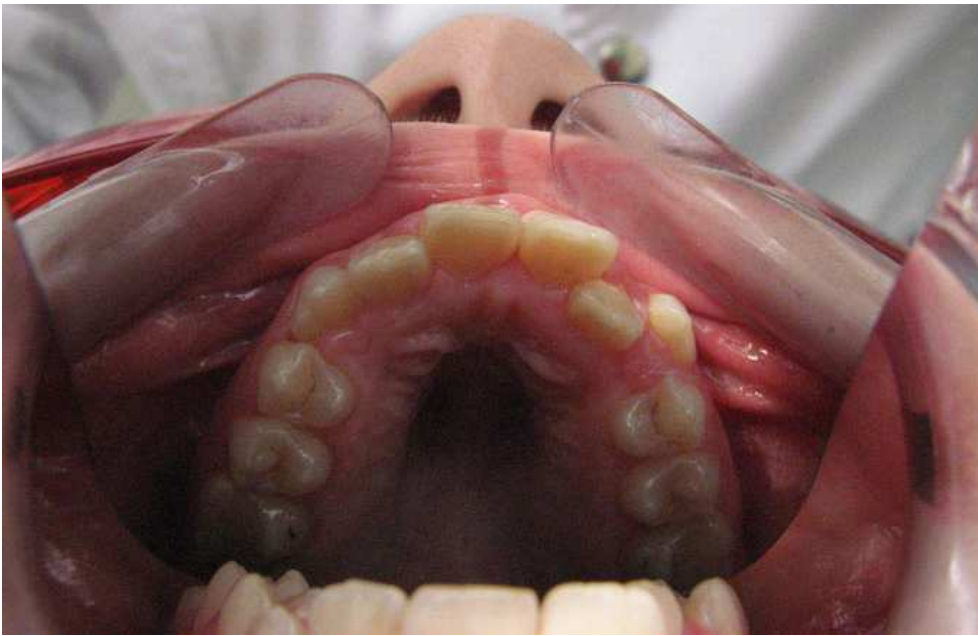
Мал. 6



Мал. 7



Мал. 8



Мал. 9



Мал. 10

Згідно з планом лікування пацієнтці була проведена процедура фіксації брекет-системи Damon 3 MX на обидва зубні ряди. Під час ортодонтичного лікування неодноразово спостерігалось зневажливе ставлення пацієнтки до дотримання індивідуальної гігієни ротової порожнини, що проявлялось дуже поганим рівнем гігієни. Лікар неодноразово проводив процедури професійної гігієни ротової порожнини, а також бесіди про важливість підтримки хорошого рівня гігієни з пацієнткою і її батьками. Через 26 місяців після початку лікування виявлені генералізована демінералізація емалі і каріозні порожнини без тенденції до обмеження в пришийкових ділянках зубів 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, незадовільна гігієна порожнини рота, значна кількість немінералізованих і мінералізованих зубних відкладень, генералізований гіпертрофічний гінгівіт, набрякла форма (мал. 11-13).

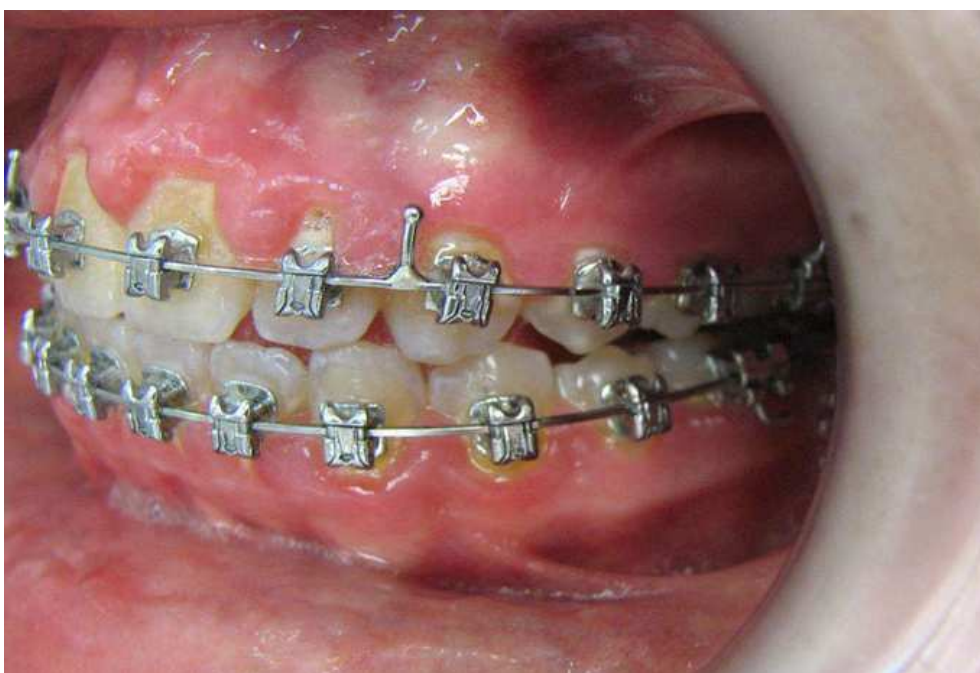
Дентальні фотографії в день переривання ортодонтичного лікування



Мал. 11



Мал. 12



Мал. 13

Було прийняте рішення про переривання ортодонтичного лікування. До моменту переривання лікування були досягнуті прийнятні контакти в бічних ділянках, нормалізована естетика посмішки. Отриманий результат задовольнив пацієнтку і її батьків (мал. 14-16).

Дентальні фотографії після зняття брекетів. Активний каріозний процес. Генералізований гіпертрофічний гінгівіт. Незадовільна гігієна ротової порожнини:



Мал. 14



Мал. 15



Мал. 16

Виходячи із ситуації, що склалася, був запропонований план лікування:

1. Обстеження пацієнтки фахівцями загального профілю (гастроентеролог, ендокринолог, терапевт) з метою виявлення супутньої патології.
2. Професійна гігієна ротової порожнини, підбір засобів гігієни.
3. Ремінералізуюча терапія та наступне фторування емалі з метою ремінералізації емалі та лікування початкового карієсу.
4. Пломбування каріозних дефектів з використанням профілактичних матеріалів, що виділяють фтор (мал. 17).
5. Місцева протизапальна терапія, спрямована на лікування гінгівіту.
6. Диспансерне спостереження і періодичне проведення лікувально-профілактичних заходів.

Одним з найважливіших завдань у реабілітації дитини з активним каріозним процесом є вибір матеріалу для пломбування каріозних порожнин. У дітей зі швидкоплинним карієсом загалом і в цій клінічній ситуації зокрема можуть виникнути труднощі із застосуванням як пломбувального матеріалу композитів або компомерів, оскільки ці матеріали чутливі до незадовільної гігієни порожнини рота. Тому матеріалом вибору в дитини з активним каріозним процесом може стати склоіономерний цемент, а саме матеріал склоіономерний пломбува-

льний Vitremer (СІЦ) потрібного затвердіння (ЗМ). Цей матеріал має низьку розчинність і підвищену міцність, має усі позитивні властивості традиційних СІЦ, зокрема профілактичний ефект – виділення фториду в тверді тканини зуба, що є актуальним у дітей зі швидкоплинним карієсом. Також матеріал Vitremer характеризується низькою чутливістю до дії вологи і наявності зубного нальоту, високою адгезією до дентину [14-20 МПа], низьким модулем еластичності в порівнянні з композитними матеріалами, швидким схоплюванням під дією

світла (мал. 17).



Мал. 17.
Vitremer (3M ESPE)

Таким чином, з метою реабілітації дитини з активним каріозним процесом і незадовільною гігієною порожнини рота проведено пломбування каріозних дефектів верхніх різців і іклів матеріалом Vitremer, що має профілактичний ефект, (мал. 18-25).



Мал. 18



Мал. 19



Мал. 20



Мал. 21



Мал. 22



Мал. 23



Мал. 24



Мал. 25

Після проведеного відновного лікування здійснювалося диспансерне спостереження, контроль стану пломб у дитини. Через 1 рік спостерігалася 100%-е збереження пломб в усіх пломбованих зубах верхньої щелепи (мал. 26).



Мал. 26. Стан пломб у верхніх різцях і іклах через 1 рік після лікування

Обговорення

При аналізі процесу лікування пацієнтки стає очевидним, що вона, використовуючи брекет-систему впродовж 26 місяців, у середньому з'являлася на прийом 1 раз на 2,5 місяці. Перерва такої тривалості між прийомами обумовлена алгоритмом зміни дуг, вживаних у системі безлігатурних брекетів системи Damon. Проте, безумовно, цей момент зіграв негативну роль,

оскільки лікар не міг спостерігати пацієнтку більше двох місяців, а значить не мав можливості контролювати рівень індивідуальної гігієни порожнини рота досить часто. Крім того, під час лікування відмічено поступове погіршення гігієнічного догляду за зубами, зниження прагнення пацієнтки до хорошого рівня гігієни ротової порожнини. Також важливим є той факт, що лікування цієї пацієнтки проводилося в період її індивідуального пубертатного стрибка росту, що також могло бути одним з чинників, сприяючих демінералізації емалі.

Висновок

На підставі аналізу представленого клінічного випадку ми вважаємо обґрунтованим проводити контрольні огляди пацієнтів, особливо підліткового віку, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні за допомогою незнімної ортодонтичної апаратури, незалежно від алгоритму зміни дуг, не рідше одного раз у місяць з метою контролю рівня гігієни порожнини рота і стану емалі зубів. У разі погіршення гігієни порожнини рота і зниження в пацієнта мотивації прагнення до хорошої гігієни ротової порожнини, своєчасно робити додаткові заходи з підвищення мотивації до покращення гігієни порожнини рота і з профілактики карієсу та гінгівіту. Оптимальним матеріалом для пломбування каріозних порожнин у дітей з активним каріозним процесом і незадовільною гігієною порожнини рота може бути гібридний СІЦ – Vitremer (3М).

Автори: Н. В. Ожгіхіна, к. м. н., дитячий лікар-стоматолог; М. Л. Рамм, к. м. н., лікар-ортодонт