

Клинический пример санации рта ребенка раннего возраста в условиях общего обезболивания

В.В. КОРЧАГИНА, д. м. н., доцент
Д.А. ПОГОРЕЛЬЦЕВА, врач-стоматолог детский
Детская стоматологическая клиника «Зубренок», г. Москва

Clinical case of toddler's sanitation of oral cavity under the general anesthesia

V.V. KORCHAGINA, D.A. POGORELTSEVA

Резюме

Подавляющее большинство детей раннего возраста (до 3 лет) нуждается в лечении зубов. Для того чтобы его результат был эстетичным, долговечным и чтобы у ребенка не возникало больше необходимости в повторном вмешательстве, важно не только применять высококачественные материалы и соблюдать технологию работы с ними, но и систематически проводить комплекс профилактических мероприятий, подбираемых с учетом риска развития кариеса и его активности.

В статье приводится пример планирования и проведения санации рта ребенка раннего возраста в условиях общего обезболивания.

Ключевые слова: резистентность зубных тканей, санация рта, общая анестезия, детский стоматолог, факторы риска развития кариеса, уровень интенсивности кариеса, программа профилактики.

Abstract

Overwhelming majority of the children of early age (up to 3 years) needs a dental treatment. It is important to not only apply high-quality materials and follow the manual about working with them, but also providing a set of prophylaxis actions selected considering the risk of caries and its activity in order to get esthetic and long-lasting result of treatment and that there is no need for re-intervention.

The article shows an example of planning and providing the sanitation of the child's oral cavity under general anesthesia.

Key words: resistance of the dental tissues, sanitation of oral cavity, general anesthesia, pediatric dentist, caries risk factors, caries intensity level, prophylaxis program.

Пациенты раннего возраста (до 3 лет) составляют 11% от общего числа всех детей, посещающих клинику «Зубренок»; 59% из них требуется лечение зубов, и у 14% это лечение проходит под наркозом. Важно, чтобы его результат был эстетичным, долговечным и чтобы у ребенка не возникало больше необходимости в повторном вмешательстве. Решение этой задачи зависит от правильного выбора метода лечения и материалов, используемых для санации, а также от резистентности зубных тканей, которая у детей не является величиной постоянной и может меняться в различные периоды детства под воздействием различных факторов [4]. При планировании

лечения и программы повышения резистентности зубов (предваряющей это лечение и поддерживающей его) врачу важно выделять управляемые и относительно управляемые факторы риска в развитии кариеса у ребенка для целенаправленного воздействия на них. Цель воздействия — ослабление или (в идеале) устранение тех причин, которые могут подвергаться осознанной коррекции. Но здесь в игру вступает психологический момент — без хороших, доверительных отношений, сложившихся с родителями этого пациента, врачу не обойтись, так как только усилий медицинского персонала в данном случае будет недостаточно. Привычки, взгляды, стереотипы пищевого поведения

и избирательной заботы о здоровье, бытующие в семье, играют ключевую роль в работе по регулированию управляемых факторов риска заболеваний полости рта. В установлении доверительных отношений важно понимание: врачом — причин развития болезни, родителем пациента — обусловленности назначений врача (по сути — все тех же причин болезни, переведенных в зону осознаваемого). И врач, и родитель должны действовать сообща — во благо ребенка. Уже даже сам факт сбора анамнеза может о многом сказать внимательному доктору. Люди в большинстве своем не связывают состояние зубов с общим состоянием организма, потому на вопросы анкет здоровья отвечают формально.

Если и врач «заразится» таким формализмом, шаг к созданию «мостика» доверия сделан не будет, а, значит, многих результатов, на которые так рассчитывают родители ребенка и на которые надеется врач, увидеть не придется. Как этого избежать? Наблюдать и документировать! Быть внимательным

к деталям и последовательным в назначениях!

Одна из клинических ситуаций, типичных для приема детского стоматолога: пациентка А., 02.07.2015 г.р. На момент осмотра ребенку 1 год 11 мес. Родители обратились в клинику с жалобами на наличие кариозных полостей

на передних верхних зубах. Зубная боль ребенка не беспокоила.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Отношение ребенка к осмотру — негативное, преодолемое [1]. В полости рта: выражен рельеф складок на слизистой твердого неба (рис. 1), являющийся индикатором



Рис. 1. Верхняя зубная дуга пациентки А., 02.07.2015 г.р.: высокий свод твердого неба; выраженность рельефа складок слизистой и гипертрофия резцового сосочка, в сочетании с тесным положением резцов



Рис. 2. Нижняя зубная дуга той же пациентки



Рис. 3. Расширенная пигментированная фиссура окклюзионной поверхности 7.4



Рис. 4. Расширенная пигментированная фиссура окклюзионной поверхности 8.4



Рис. 5. Кариозные полости на аппроксимальных поверхностях 5.1; 6.1; контактно медиальных поверхностях 5.2; 6.2. Меловидные полосы в придесневой части вестибулярных поверхностей 5.2 6.2; меловидное пятно в средней трети коронки 6.3



Рис. 6. Небная поверхность зубов фронтальной группы верхней челюсти пациентки А. Хорошо видны кариозные полости на латеральных поверхностях 5.1; 6.1; медиальных 5.2; 6.2

ротового типа дыхания, присутствующего у ребенка.

Зубов — 16; формирующийся временный прикус (рис. 2). На окклюзионных поверхностях первых временных моляров нижней челюсти и аппроксимальных поверхностях центральных и боковых резцов верхней челюсти выявлены кариозные полости (рис. 3-5). Гигиена рта неудовлетворительная. Мама девочки знает о вреде для детских зубов ночных кормлений, поэтому сразу исключает их наличие и с безысходностью сообщает, что кариес есть у всех членов семьи, поэтому другого варианта развития событий, в ее понимании, и быть не могло. «Наследственность» — вот та причина, которой многие из родителей объясняют наличие кариеса зубов у собственных детей. Насколько преувеличено ее значение

и только ли наследственность виновной всему?

Для детского стоматолога чрезвычайно актуальна практическая ценность понятия «резистентность», так как ее формирование связано с формированием эмали как ткани и происходит в период закладки зубов. Влияние критических факторов, действующих на организм во внутриутробном периоде его развития, сказывается на снижении уровня резистентности эмали [7].

Но даже если органогенезу и начальной минерализации зубного зачатка ничего не помешало, резистентность все-таки будет оставаться относительно устойчивой характеристикой, зависящей от состояния здоровья ребенка, его питания, количества и состава зубного налета, некоторых других факторов [4].

Из опроса матери ребенка удалось выяснить, что девочка родилась от второй (доношенной) беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре; вторых (нормальных) срочных родов. И несмотря на то что женщина отрицает в собственном анамнезе наличие какой-либо хронической соматической патологии и считает, что беременность протекала без осложнений, тем не менее, указывает, что ребенок родился с весом 2470 г, а это, при длине 51 см, является признаком гипотрофии, один из индикаторов которой — нарушение последовательности и парности прорезывания временных зубов [6; 8-10]. Ранний постнатальный период и первый год жизни ребенка протекал без особенностей, в 8-месячном возрасте девочку перевели на кормление из бутылочки



Рис. 7. На вестибулярные поверхности зубов верхней и нижней челюсти нанесен индикатор зубного налета PresiDENT Plaque Test (Betafarma S.p.A.) для лучшей визуализации качества гигиены



Рис. 8. После смывания красителя видны проблемные для гигиенического ухода зоны — межзубные и придесневые поверхности зубов обеих челюстей; зубы, расположенные в дистальных отделах зубных рядов



Рис. 9. Этап проведения профессиональной гигиены рта с использованием «пасты стоматологической абразивной для чистки зубов Clinpro Prophy Paste» (3M), предворяющий начало санации



Рис. 10. Этап подбора цвета для реставрации зубов фронтальной группы. Шкала расцветок «материала стоматологического пломбировочного Vitremer» (3M); оттенок Pedo

с соской молочной смесью компании Nestle.

Уход за зубами был начат с момента прорезывания первого зуба пастой «R.O.C.S. baby для детей 0-3 лет» («Диарси»), гигиену рта проводили один-два раза в день (чаще пропуская утреннюю чистку). Со слов матери, гигиена рта нарушается возможными перекусами после вечерней чистки зубов, хотя ночная еда и питье у ребенка отсутствуют. У старшей сестры УИК = 0,67 что соответствует «среднему» [3]; оба родителя также страдают от кариеса, поэтому количество сладостей в рационе ребенка мама пытается контролировать, после того как около месяца назад заметила появление «дырочек» на зубах.

На основании данных анамнеза и осмотра рта ребенка можно заключить, что уровень интенсивности кариеса у девочки высокий (кп = 6; УИК = 6) [3] и риск развития кариеса также может быть расценен как высокий. Для удобства определения степени риска развития кариеса, все выявленные

у девочки факторы и индикаторы риска были внесены в Сводную ведомость (табл. 1) [2].

Учитывая характер эмоционального реагирования ребенка на посещение стоматологического кабинета, его возраст и большой объем работы, было принято решение о проведении санации рта под общим обезболиванием, с предварительным курсом повышения резистентности зубных тканей. Внимание родителей обратили на необходимость улучшения носового дыхания, коррекцию питания (с развитием навыка соматического глотания); контроля инфицирования рта ребенка кариесогенной флорой. Родители были обучены навыкам рациональной гигиены рта: им было рекомендовано применение зубной пасты «Step by Step для детей 0-3 лет» (Wisdom), с 0,21% фторидом натрия (1000 ppm) дважды в день [5]; гигиеническая обработка зубов салфетками «Зубкичистки» (San Herbal) после каждого приема пищи, количество которых в день не должно

превышать четырех, с настоятельным отказом от перекусов; и проведение курса реминерализующей терапии гелем Tooth Mousse (GC) после вечерней чистки зубов. Этот курс был назначен ребенку на период подготовки к лечению под наркозом, необходимый для его внимательного обследования и определения степени анестезиологического риска.

Санация рта начата с проведения профессиональной гигиены, которую предворяла индикация зубного налета (PresiDENT Plaque Test (Betafarma S.p.A.) (рис. 7)). Определен уровень гигиены — ИГ = 3 (рис. 8), который показал, что она улучшилась, по сравнению с первым осмотром, но пока еще родители недостаточно хорошо овладели навыком ухода за зубами ребенка и их предстоит корректировать врачу и гигиенисту.

Для проведения профессиональной гигиены использована паста «стоматологическая абразивная для чистки зубов Clinpro Prophy Paste (3M), мелкозернистая,



Рис. 11. Этап подбора цвета для реставрации зубов фронтальной группы. Шкала расцветок Dyract (Dentsply); выбран оттенок B1



Рис. 12. Изоляция рабочего поля во фронтальном отделе верхней челюсти коффердамом

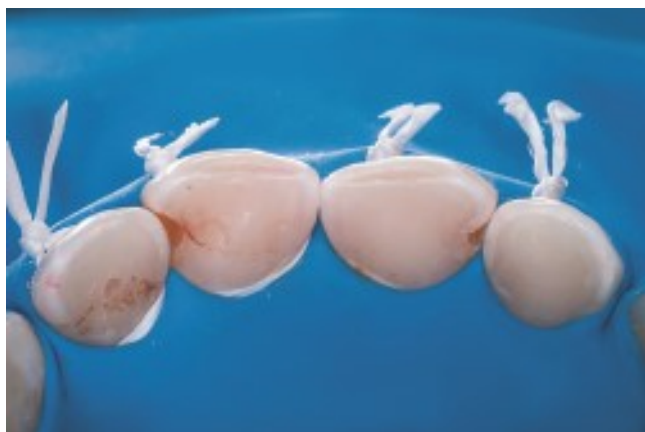


Рис. 13. Внешний вид зубов фронтальной группы со стороны небной поверхности до начала препарирования



Рис. 14. Внешний вид зубов фронтальной группы после препарирования

Таблица 1. Сводная ведомость выявления факторов риска развития кариеса у ребенка А., 02.07.2015 г.р.

Факторы риска	Наличие в анамнезе	Степень управления ¹
Медико-биологические		
Токсикоз беременности у матери	Тошнота в первом триместре	НУ
Тип вскармливания	Грудное вскармливание до 8 месяцев; далее — молочная смесь «Нестле»	НУ
Сроки прорезывания зубов	Начало прорезывания — 7 месяцев	НУ
Проживание в условиях загрязнения окружающей среды	г. Москва	ОУ
Биохимические		
Питание: — Состав — Частота	Высокое содержание углеводов до того момента, как мама заметила появление кариеса (1 год 10 месяцев) 4 приема пищи в день; перекусы; в т. ч. после вечерней чистки зубов	У
Гигиена рта	С 7 месяцев; неудовлетворительная	У
— Содержание фтора в питьевой воде — Использование фторидов	— Отсутствует — Не использует	У У
Передача кариесогенных бактерий от матери или других членов семьи	Возможна, от старшей сестры и родителей (вертикальный и горизонтальный тип передачи)	ОУ
Клинические		
Аномалия положения зубов	Тесное положение зубов фронтальной группы верхней и нижней челюсти	У
Функциональные нарушения	Ротовый тип дыхания; инфантильное глотание	У

1 — Уровень интенсивности кариеса; У — управляемый; ОУ — относительно управляемый; НУ — неуправляемый

13



Рис. 15. Этап выполнения адгезивного протокола самопротравливающим «адгезивом стоматологическим Adper Prompt L Por» (3M)



Рис. 16. Этап фотополимеризации второго слоя «адгезива стоматологического Adper Prompt L Por» (3M). Время экспозиции — 10 секунд



Рис. 17. Шлифование поверхностей реставраций «дисками спиральными Sof Lex (3M) для шлифования и полирования» бежевого цвета



Рис. 18. Финишная обработка реставрации «дисками спиральными Sof Lex (3M) для шлифования и полирования» белого цвета

со вкусом вишни» золотого цвета (рис. 9).

Для решения настоящей клинической задачи мы выбирали между двумя материалами — «материалом стеклоиономерным пломбировочным Vitremer» (3M) и компомером Dyrect (Dentsply). Обеспечивая достаточно высокий уровень адгезии с тканями временных зубов, имеющими меньшую, по сравнению со зрелыми постоянными зубами, минеральную насыщенность и большее процентное содержание воды, стеклоиономерные цементы и компомеры еще и менее чувствительны к недостаточному уровню гигиены, который часто встречается у детей на протяжении всего периода детства, что отражается на отдаленных результатах лечения. На этапе выбора оттенка реставрации для зубов фронтальной группы нашей пациентки мы столкнулись с трудностью: даже самый светлый оттенок Pedo шкалы расцветок материала Vitremer (3M) не соответствовал

оттенку зуба (рис. 10), поэтому был выбран оттенок В1 материала Dyrect (Dentsply) (рис. 11).

Рабочее поле изолировано коффердамом (рис. 12-13); кариозные полости отпрепарированы (рис. 14), обработаны «Дентин-герметизирующим ликвидом» (HUMANCHEMIE).

Диагноз: Пренатальная гипоплазия эмали 5.2; 5.1; 6.1; 6.2 (K00.4).

Кариес дентина 5.2; 5.1; 6.1; 6.2 (K02.1).

Для проведения адгезивного протокола выбрана самопротравливающая двухкомпонентная адгезивная система с одноступенчатой техникой нанесения — «адгезив стоматологический Adper Prompt L-Pop» (3M) (рис. 15-16). Он хорошо зарекомендовал себя в течение длительного времени использования всем врачебным коллективом клиники, благодаря высокой силе адгезии с влажными поверхностями эмали и дентина временных зубов, имеющих пороки

развития твердых тканей, осложненные кариесом.

После послойного восстановления дефектов зубов на аппроксимальных поверхностях компомером Dyrect (Dentsply), проведено контурирование реставраций, а также финишное шлифование и полирование «дисками спиральными Sof-Lex (3M) для шлифования (F) и полирования (SF)» для достижения максимального эстетического соответствия тканям зуба (рис. 17-20).

Фиссуры окклюзионных поверхностей моляров нижней челюсти расшлифованы: выявлено поражение в пределах эмали, без повреждения эмалево-дентинной границы. Кариозные полости отпрепарированы.

Диагноз: 74; 84 Кариес эмали (K02.0) (с образованием полости) (рис. 21-22).

Подготовленные к пломбированию полости восстановлены оттенком Pedo «материала Vitremer» (3M) (рис. 23-24). Фиссуры верхних



Рис. 19. Внешний вид реставраций после завершения финишной обработки. Вестибулярная поверхность



Рис. 20. Внешний вид реставраций после завершения финишной обработки. Оральная поверхность

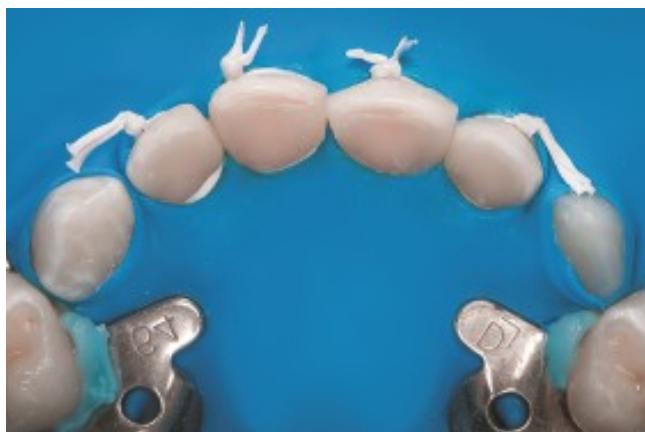


Рис. 21. 7.4 внешний вид после препарирования кариозной полости на окклюзионной поверхности



Рис. 22. 8.4 внешний вид после препарирования кариозной полости на окклюзионной поверхности

первых моляров герметизированы неинвазивно материалом Clinpro Sealant (3M).

Все зубы ребенка обработаны лаком — Clinpro White Varnish (3M) (рис. 25).

Полость рта санирована (рис. 26-28), но лечение кариеса

не завершено. О завершении лечения можно будет сказать тогда, когда зубы ребенка станут устойчивыми к этому заболеванию и новые кариозные полости появляться не будут, а выполненные реставрации будут служить до смены зубов, нуждаясь лишь

в периодическом полировании поверхностей. Этого можно достичь целенаправленным соблюдением мероприятий индивидуальной профилактической программы, рекомендованных для детей VII группы профилактики [2].

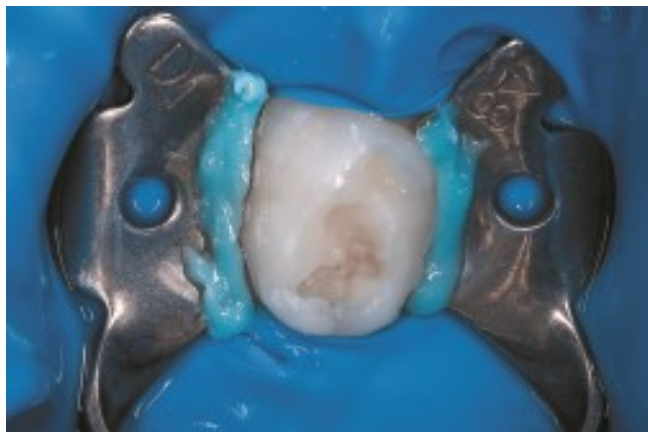


Рис. 23. 7.4 внешний вид после реставрации «материалом стоматологическим пломбировочным Vitremer» (3M), оттенок Pedo

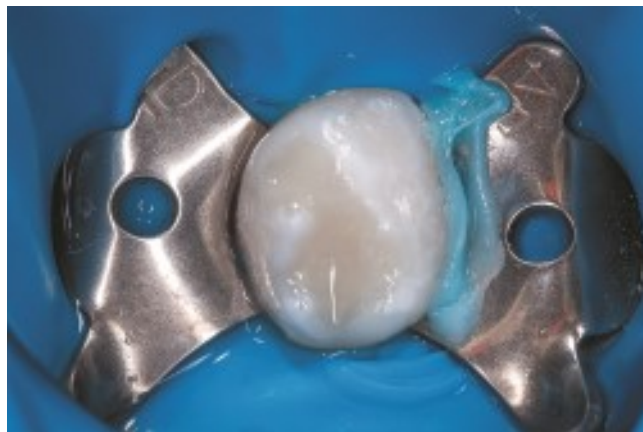


Рис. 24. 8.4 внешний вид после реставрации «материалом стоматологическим пломбировочным Vitremer» (3M), оттенок Pedo

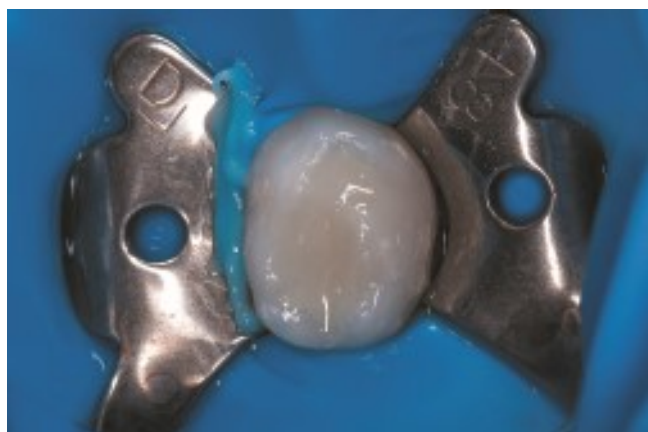


Рис. 25. Заключительный этап санации с нанесением фторидсодержащего покрытия — «материала стоматологического фторсодержащего Clinpro White Varnish» (3M)



Рис. 26. Внешний вид зубов верхней зубной дуги после завершения санации



Рис. 27. Внешний вид зубов нижней зубной дуги после завершения санации



Рис. 28. Внешний вид зубов фронтальной группы после реставрации

Достижение устойчивых клинических результатов при санации рта детям зависит не только от применения высококачественных материалов и соблюдения технологий работы с ними, но и от систематического проведения, назначаемого в зависимости от показаний, комплекса профилактических мероприятий, подбираемых с учетом риска развития кариеса и его активности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киселева Е. Г. Оценка, прогнозирование и фармакологическая коррекция отношения детей младшего школьного возраста к лечению зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 16 с.
2. Корчагина В. В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 7-23.

- Korchagina V.V. Lechenie kariesa zubov u detej rannego vozrasta. — М.: MEDpress-inform, 2008. — С. 7-23.
3. Леус П. А. Ситуационный анализ и планирование первичной профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология. 1990. № 3. С. 4-5.
 4. Недосеко В. Б. Резистентность в проблеме кариеса: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 41 с.
 5. Руле Жан-Франсуа, Стефан Циммер. Профессиональная профилактика в практике стоматолога. — М.: МЕДпрессинформ, 2010. — С. 77.
 6. Rajshekar S. A., Laxminarayan N. Comparison of primary dentition caries experience in pre-term low birth-weight and full-term normal birth-weight children aged one to six years // J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2011. Apr-Jun. № 29 (2). P. 128-134.
 7. Salanitri S., Seow W. K. Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management // Aust Dent J. 2013. № 58 (2). P. 133-140.
 8. Seow W. K., Humphrys C., Tudehope D. I. Increased prevalence of developmental dental defects in low birth-weight, prematurely born children: a controlled study // Pediatr Dent. 1987. № 9. P. 221-225.
 9. Seow WK, Masel JP, Weir C, Tudehope DI. Mineral deficiency in the pathogenesis of enamel hypoplasia in prematurely born, very low birthweight children. Pediatr Dent 1989; 11:297-302.
 10. Seow W. K. A study of the development of the permanent dentition in very low birthweight children // Pediatr Dent. 1996. № 18. P. 379-384.

Поступила 16.08.2018

**Координаты для связи с авторами:
117639, г. Москва, Балаклавский
просп., д. 4, корп. 8**

Издательство «Поли Медиа Пресс» представляет новую книгу – «ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ШПРИЦА: ОТ ВОЛЫНКИ ДО ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»



С.А. Рабинович,
Ю.Л. Васильев,
С.Т. Сохов

От Гипократа до Луэра

Развитие инъекционных систем в XX веке

Инъекционные иглы

Методы стерилизации

Современный инструментарий

Цифровые технологии в стоматологии

Обеспечение комфорта

www.dentoday.ru

E-mail: dostavka@stomgazeta.ru

Тел.: (495) 781-28-30, 956-93-70, (499) 678-25-58 Москва

Тел.: (812) 579-40-95 Санкт-Петербург