

Шаковец, Н. В. Кариес раннего возраста: новые подходы к диагностике и профилактике / Н. В. Шаковец, А. Н. Антоненко // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: сб. науч. статей X регион. научно-практ. конф. с межд. участием по дет. стом. / под ред. проф. А. А. Антоновой. – Хабаровск: изд-во «Антар», 2020 - С. 190-194

Кариес зубов продолжает оставаться наиболее частым хроническим заболеванием в детском возрасте, при этом в последние 10-15 лет отмечается увеличение распространенности кариеса среди детей раннего и дошкольного возраста (N.B. Pitts, 2005; R.A. Vagramian, 2009; В.А. Dye, 2015). Согласно результатам эпидемиологических исследований, распространённость этого заболевания как в экономически развитых, так и развивающихся странах мира колеблется от 25% до 72%. В Республике Беларусь 49,5% детей в возрасте 3-х лет имеют пораженные кариесом зубы (Терехова Т.Н. и соавт., 2018). На Всемирном саммите по проблемам кариеса раннего возраста (2018) было отмечено, что кариес временных зубов находится на 10-м месте среди 291 наиболее распространенных заболеваний, а также является состоянием, значительно влияющим на качество жизни детей и их семей.

Кариес зубов у детей раннего возраста – это наличие одного или более кариозного поражения (с образованием полости и без), удаленной по причине кариеса или запломбированной поверхности любого временного зуба у ребенка в возрасте 71 месяц или младше (Druray, 1999). На сегодняшний день данное заболевание понимают как опосредованный биопленкой и поступлением сахаров динамический процесс деминерализации и реминерализации твердых тканей зуба, на который оказывают влияние биологические, поведенческие и психосоциальные факторы индивидуума. Также данное заболевание описывают как «кариес зубов у детей дошкольного возраста, который чаще всего остается невылеченным и оказывающим значительное влияние на качество жизни детей».

Адекватной и сопоставимой оценке кариеса у детей раннего возраста препятствуют нехватка эпидемиологических данных и наличие различий в критериях его диагностики. Стандарт диагностики кариеса ВОЗ является высоко консервативным, поскольку кариозные поражения регистрируются только на поздней стадии – на стадии полости, дно которой находится в дентине или же на стадии развития осложнений. Однако все исследователи единодушны во мнении, что кариозные поражения широко распространены в первые годы жизни детей и в большинстве случаев остаются невылеченными. Лечение кариеса у детей первых лет жизни зачастую предполагает восстановление зубов большими реставрациями или коронками, удаление временных зубов, применение местосохраняющих конструкций, а при отсутствии сотрудничества с ребенком требует проведения седации или общего обезболивания. Исходя из этого целесообразно, чтобы диагностика основывалась на выявлении и регистрации ранних стадий заболевания, когда их развитие можно

приостановить путем контроля ведущих факторов риска и применения неинвазивных методов лечения.

В связи с агрессивностью и быстротой течения кариозного процесса у детей первых лет жизни для регистрации кариозных поражений была предложена новая классификация (Evans et al., 2017).

Первый клинический признак кариеса – гладкое меловидное пятно или зона деминерализации эмали определяется как первая стадия или код ЕСС-1. При прогрессировании поражения до второй стадии (код ЕСС-2) при зондировании поверхность меловидной зоны шероховата из-за разрушения поверхности эмали. При достижении кариозной полости дентина регистрируется третья стадия (ЕСС-3). Осмотр маленьких детей может проводиться в стоматологическом кресле или на руках у родителей/опекуна. Для более точной диагностики кариозных поражений зубы пациента необходимо почистить и высушить, если это возможно. Клинический осмотр проводится с использованием периодонтального зонда, стоматологического зеркала или деревянного шпателя. При использовании зонда необходимо придерживаться следующих правил: а) использовать его только для подтверждения наличия поражения; б) прикладывать легкое давление; в) быстро принимать решение о статусе поражения без повторного зондирования; г) в сомнительных случаях регистрировать более низкий балл.

Первичная профилактика кариеса раннего возраста является основополагающим методом, позволяющим снизить распространенность данного заболевания в мире. Своевременное проведение санитарно-просветительной работы среди молодых родителей способствует эффективному предотвращению случаев возникновения и развития кариеса у детей. Особенно важна помощь врачей-педиатров и медицинских сестер, часто контактирующих с молодыми родителями в первый год жизни ребенка, когда необходимо предоставить информацию об ограничении свободных сахаров в пище и напитках в первые 2 года жизни, по возможности исключить ночные кормления из бутылочки молоком или сахаросодержащими напитками, а также ночное грудное или искусственное вскармливание в возрасте старше 12 месяцев, особенно частое и/или «по требованию».

Согласно рекомендациям экспертов, также следует поощрять ежедневное использование системных фторидов в виде фторированной воды, соли или молока. Местное применение фторидов должно осуществляться в виде ежедневной двукратной чистки зубов с использованием фторидсодержащей пасты с концентрацией фторида 1000 ppm и соответствующим возрасту ее количеством на щетке – в виде следов (примерно 0,1 мг F) для детей младше 2 лет и размером с горошину (примерно 0,25 мг F) для детей в возрасте от 2 до 6 лет. Желательно, чтобы стоматологический осмотр ребенок прошел в возрасте до 12 месяцев. Детям, имеющим средний и высокий риск развития кариеса, необходимы регулярные аппликации 5% фторидсодержащего лака 2 раза в год.

Вторичная профилактика подразумевает проведение мер по предотвращению прогрессирования или реминерализации кариозных

поражений без образования полости. На данном этапе ключевую роль играет своевременное выявление начальных поражений. В дополнение к мерам первичной профилактики на данном этапе необходимо проводить более частые аппликации фторидсодержащего лака (4 раза в год) и неинвазивную герметизацию меловидных и пигментированных фиссур стеклоиономерными цементами.

Третичная профилактика включает в себя как неинвазивные, так и инвазивные методы лечения кариозных полостей, достигших дентина. Помимо мер первичной и вторичной профилактики, на данном этапе проводят атравматичное удаление кариозного дентина с последующим восстановлением стеклоиономерными цементами. Коронки зубов, имеющие несколько разрушенных поверхностей, лучше восстанавливать СИЦ-модифицированными композитами или покрывать стандартными коронками.

Выбор материала при восстановлении кариозных полостей должен быть продиктован уровнем риска кариеса. У дошкольников стеклоиономерные цемента и модифицированные СИЦ могут использоваться при восстановлении окклюзионных поверхностей, полостей II, III и V классов, так как эти материалы химически связываются с тканями зуба и предотвращают развитие вторичного кариеса за счет выделения фторидионов. Также их можно использовать в ситуациях, когда невозможно добиться тщательной изоляции зубов от влаги. Однако данные материалы ненадежны при восстановлении полостей II и режущей части резцов в силу недостаточной прочности и хрупкости. Композиционные материалы могут использоваться при восстановлении полостей всех классов и при минимально инвазивной технике, но при условии хорошей изоляции от слюны. При значительных кариозных разрушениях зубов их следует покрывать коронками.

Вопросы профилактики и лечения кариеса раннего возраста должны быть включены в учебные планы учреждений образования, ведущих подготовку специалистов стоматологического профиля. Получение новых знаний, основанных на принципах доказательной медицины, позволит более широко применять методы профилактики и неинвазивного лечения по сравнению с традиционными принципами «хирургического» лечения кариеса. Согласно Европейскому и международному учебному плану по кариесологии обучение базируется на пяти основных принципах: знание; оценка риска и диагностика; меры профилактики; восстановительное лечение; политика в области здравоохранения.

Таким образом, основными мерами, направленными на снижение распространенности кариеса зубов у детей раннего возраста, являются контроль за кариозным процессом с первого года жизни малыша, изменение подходов к лечению (от оперативных к профилактическим), пропаганда исключения сахаров из рациона питания детей в возрасте до 2 лет и ежедневной двукратной чистки зубов фторидсодержащей пастой (как минимум 1000 ppm) в количестве, соответствующем возрасту.