

lek.dent. Paulina Błażej

Mamo, chcę mieć
ZDROWE ZĘBY



© Copyright by Paulina Błażej, 2020

Projekt okładki, ilustracje, skład

Urszula Mucha

Recenzent

lek. dent Joanna Metlerska specjalista stomatologii dziecięcej

Wszelkie prawa zastrzeżone. Niniejszy plik jest objęty ochroną prawa autorskiego. Rozpowszechnianie całości lub fragmentu niniejszej publikacji w jakiegokolwiek postaci bez zgody właściciela praw jest zabronione.

ISBN 978-83-958885-0-2

Spis treści

Wstęp

1. Ciąża
2. Noworodek i niemowlę - okres przed pojawieniem się pierwszego zęba
3. Niemowlę - okres po pojawieniu się pierwszego zęba
4. Okres wymiany uzębienia
5. Jak dbać o zęby podczas noszenia aparatu ortodontycznego?
6. Czego się boimy - czyli o próchnicy słów kilka
7. Dlaczego mojemu dziecku krwawią dziąsła podczas szczotkowania?
8. Fluor
9. Czy dentysta tylko wierci dziury w zębach? O zabiegach profilaktycznych w gabinecie.
10. Profilaktyka wad zgryzu
11. Dlaczego trzeba leczyć zęby mleczne?
12. Co zrobić, kiedy dziecko uderzy się w ząb?
13. Zakończenie

Mamo, chcę mieć zdrowe zęby

NAPISAŁA
PAULINA BŁAŻEJAK

Mojemu mężowi, bo jest dla mnie wsparciem. Mojej córce, bo dzięki niej patrzę na świat oczami rodzica.

Wstęp

Kochani rodzice,

Cieszę się, że zdecydowaliście się na przeczytanie tego poradnika. Książka ta mówić będzie o codziennych czynnościach, które są niesamowicie ważne w dbaniu o zdrowe buzie waszych pociech, czyli o profilaktyce stomatologicznej. Jako młoda mama i trochę starszy dentysta, jestem bardzo zaniepokojona stanem zębów Polskich dzieci. Ministerstwo Zdrowia podaje, że 82% sześciolatków i 86% dziesięciolatków choruje na próchnicę. Choroba ta dotyka już dzieci w żłobkach i niestety te statystyki potwierdza moje doświadczenie kliniczne. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest zła higiena, ale także złe nawyki żywieniowe, brak regularnych kontroli stomatologicznych i wiele, wiele innych. Wiem też, że my dentyści, poświęcamy w gabinecie zbyt mało czasu na edukację rodziców. To była właśnie geneza powstania mojej książki, bo profilaktyka zaczyna się w domu.

Pierwszym skojarzeniem pojawiającym się w głowie, kiedy słyszymy o profilaktyce próchnicy jest mycie zębów. Słusznie. Jednak, żeby mówić o skutecznym zapobieganiu rozwojowi próchnicy, składowych mamy kilka:

- Odpowiednie nawyki żywieniowe
- Higiena
- Zapewnienie harmonijnego wzrostu narządu żucia*
- Odpowiednia podaż fluoru
- Regularne kontrole
- Zabiegi profilaktyczne w gabinecie stomatologicznym

Musicie pamiętać, że sama higiena to za mało. Co z tego, że umyjemy zęby dziecku perfekcyjnie, jeżeli zaśnie z butelką słodkiej kaszki? A higiena? Co z tego, że dziecko myje zęby dwa razy dziennie, jeżeli technika szczotkowania jest niewłaściwa? Musi zweryfikować to dentysta. Chcę, żeby było to dla Was jasne - o skutecznej profilaktyce możemy mówić tylko wtedy, kiedy współistnieją wszystkie powyższe zagadnienia. Teraz możemy zaczynać :) Miłej lektury!

*Więcej na ten temat w rozdziale 9 o profilaktyce wad zgryzu

1. Ciąża

Zacznijmy od samego początku. Wyobraźcie sobie dziewięć miesięcy totalnego spokoju, ciszy i braku obowiązków... Cudowny prezent od mamy! A poza niepojętą beztroską, jej ciało stwarza idealne warunki do rozwoju. Cały proces tworzenia się jamy ustnej oraz zębów jest skomplikowany i zaczyna się już w pierwszym miesiącu ciąży. Zakładam, że w Polsce ogromna większość kobiet prowadzi ciążę pod czujnym okiem ginekologa, dlatego wiedzą one o roli suplementacji kwasu foliowego. Zapobiega on powstawaniu rozszczepu kręgosłupa i podniebienia.



Nie jest tajemnicą, że alkohol, narkotyki, choroby zakaźne (np różyczka), używki czy stres mają zły wpływ na rozwijający się płód, również w ujęciu stomatologicznym. Czynniki te, przyczyniają się do rozwoju wad zgryzu.

Każda przyszła mama powinna w czasie ciąży odbyć przynajmniej dwie kontrole stomatologiczne. Pierwszą w okolicy 3-4 miesiąca, a drugą w ósmym. Jeżeli istnieje taka konieczność, w międzyczasie należy podjąć leczenie. Nieprawdą jest, że w ciąży nie można leczyć zębów. Planowe zabiegi umawiane są najlepiej w drugim trymestrze, ze względu na mniejsze ryzyko poronienia i porodu przedwczesnego.

Czas rozprawić się z jednym ze szkodliwych mitów - otóż w ciąży można, a nawet powinno się podawać znieczulenie. Jest to bezpieczniejsze niż towarzyszący stres podczas zabiegu stomatologicznego. Ciało człowieka podczas stresu wydziela kortyzol i adrenalinę, które w nadmiarze są niekorzystne w ciąży. Niezwykle istotnym jest, żeby w ciąży mieć wykonany skaling, aby zapobiec powstawaniu choroby przyzębia, której pierwszym objawem jest krwawienie dziąseł. W ciąży krwawiące dziąsła są częstym problemem, a jest to związane ze zmianami

hormonalnymi w ciele kobiety. Zabieg ten polega na usunięciu kamienia nazębnego przy pomocy ultradźwięków. Ultradźwięki podczas jednorazowego zabiegu, nie stanowią zagrożenia dla rozwijającego się bobasa. W ciąży można przeprowadzić leczenie kanałowe, usuwanie zębów, leczenie próchnicy i wiele innych zabiegów.

Już na wstępie książki wspomniałam, że dzieci chorują na próchnicę już we wczesnym wieku. Próchnica jest chorobą bakteryjną, podobnie jak zapalenie przyzębia. Oznacza to, że bakteriami próchnicotwórczymi możemy zarazić nasze nowonarodzone dziecko. Zły stan higieny jamy ustnej u matki, jest też jednym z czynników wywołujących poród przedwczesny. Dlatego też ciąża jest odpowiednim czasem na leczenie stomatologiczne i nie należy tego odwlekać. Pamiętajmy, że po urodzeniu dziecka, należy zgłaszać się na kontrole stomatologiczne co 6 miesięcy.

CZY PODCZAS KARMIENTA PIERSIĄ MOŻNA LECZYĆ ZĘBY?

Początek książki poświęcony będzie mamom, dlatego to idealne miejsce, żeby omówić to zagadnienie. Karmienie piersią to szczególny czas w życiu mamy i dziecka, często wiążący się z wieloma wyrzeczeniami dla dobra potomka, jednak leczenie stomatologiczne nie może być jednym z nich. Kobieta karmiąca piersią może mieć przeprowadzony każdy zabieg w gabinecie stomatologicznym, łącznie z ekstrakcją, leczeniem kanałowym, wszczepieniem implantu oraz leczeniem protetycznym. Może też mieć podane znieczulenie. Wśród samych stomatologów krążą różne opinie odnośnie czasu w jakim można nakarmić dziecko po podaniu znieczulenia. Część mówi, że można karmić od razu, inni że należy odczekać pewien czas, jeszcze inni każą odciągać pierwszą partię mleka i wylewać. Przyznam się, że kiedyś również zalecałam taką praktykę, ale wtedy niewiele wiedziałam o laktacji. Mleko jest przesączem z krwi, innymi słowy w mleku znajdują się substancje, krążące w naszym krwiobiegu. Dla przykładu, jeżeli we krwi mamy jest promil alkoholu, taka sama ilość znajduje się w mleku. Jeżeli alkohol w całości zostanie zmetabolizowany, nie znajdziemy jego śladu w mleku. Podobnie jest ze środkami znieczulającymi miejscowo, z tą różnicą, że ich stężenie we krwi jest minimalne (działają miejscowo). Dlatego wylewanie pierwszej porcji mleka po zabiegu jest praktyką pozbawiona sensu.



Dentyści w przeważającej ilości przypadków do znieczulenia używają artykainy. Producenci znieczuleń zawierających artykainę, w ulotce leku podają, że karmienie piersią można wznowić po 5 godzinach i tej informacji należy się trzymać.



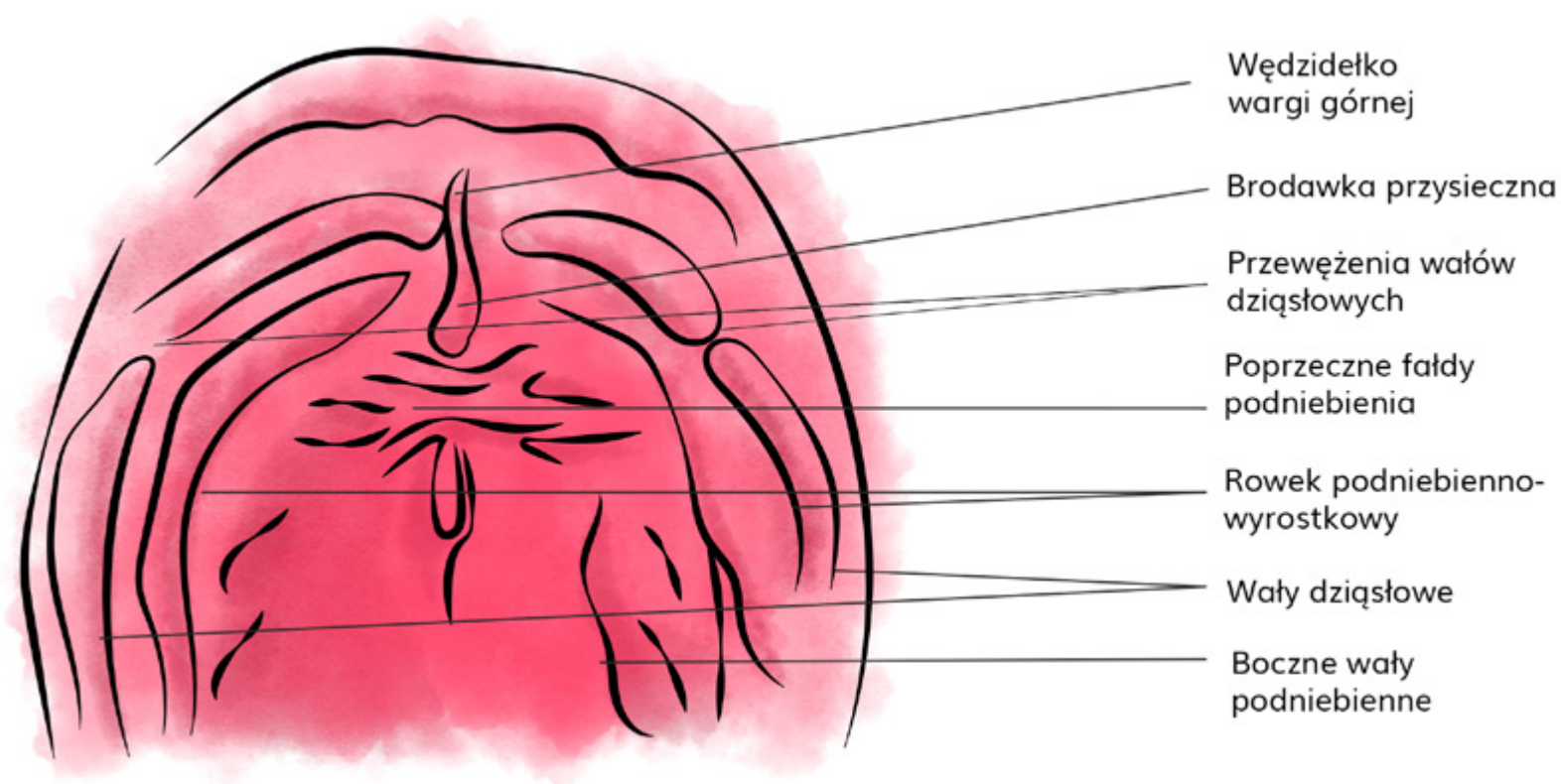
Od siebie tylko dodam, że artykaina w kategorii ryzyka laktacyjnego wg prof. Hale'a zalicza się do grupy nr 3. Oznacza to, że działanie niepożądane dla dziecka jest możliwe, ale bardzo małe. Do kategorii tej zalicza się też nowe leki, które nie miały przeprowadzonych badań w tym kierunku.

Jeżeli chodzi o działania niepożądane, mówimy tutaj o ewentualnej bieguncce. Jeżeli mama wie, że czeka ją wizyta u dentysty, najlepiej żeby wcześniej odciągnęła porcję mleka, żeby podać ją po zabiegu jeżeli karmi często. Pamiętaj, żeby zawsze uprzedzić dentystę przed zabiegiem, że karmisz piersią!

2. Noworodek i niemowlę - okres przed pojawieniem się pierwszego zęba

KARMIE NIE:

Wiele mam już w ciąży stresuje się tym, w jaki sposób będzie karmiło swojego maluszka. Niemowlę wyposażone jest w szereg rozwiązań ewolucyjnych, które udowadniają, że jest pełnoprawnym ssakiem. Są to m. in. bezzębne wały dziąsłowe, wydatna brodawka przysieczna oraz żuchwa w specyficznym ułożeniu czyli tyłożuchwie. Tyłożuchwie fizjologiczne oznacza, że każdy prawidłowo rozwinięty noworodek, przychodzi na świat z żuchwą, która jest cofnięta w stosunku do szczęki. Żuchwa do 4 miesiąca życia musi „dogonić” we wzroście szczękę, a jest to możliwe dzięki ssaniu.



Najlepszym sposobem karmienia dziecka jest karmienie piersią, nie tylko ze względu na niezastąpione właściwości mleka, ale też dzięki samej mechanice pobierania pokarmu. Czasami karmienie piersią może sprawiać trudności. Mogą one wynikać zarówno ze strony mamy (mała ilość pokarmu, wklęśte brodawki sutkowe, bariera psychiczna) lub dziecka. Częstym problemem, stosunkowo łatwym do rozwiązania, jest zbyt krótkie wędzidełko języka. Najczęściej rodzic dowiaduje

się o tym już w szpitalu lub podczas wizyty położnej. Krótkie wędzidełko utrudnia jedzenie oraz rozwój mowy, dlatego powinno być jak najszybciej uwolnione. Zajmują się tym chirurdzy dziecięcy.

Droga mamo, jeżeli nie chcesz lub nie możesz karmić piersią, nie oznacza to że zaszkodziš swojemu maluchowi! Dobierając odpowiedni smoczek i prawidłowo trzymając butelkę również można stworzyć dobre warunki do rozwoju żuchwy. Smoczek powinien być zbliżony kształtem do sutka i wyposażony w kilka drobnych otworów, a nie jeden duży. Butelka powinna być ustawiona pod kątem 45 stopni i nie może opierać się na brodzie maleństwa. Zwracajcie uwagę, czy podczas ssania w kąciku ust bobasa nie pojawia się pokarm, może to świadczyć o tym, że smok ma zbyt duży przepływ, przez co dziecko zalewa się mlekiem. Zwiększa to ryzyko związane z zadławieniem, ale także osłabia odruch ssania. W karmienia zarówno piersią, jak i butelką niezwykle ważna jest pozycja. Żuchwa powinna móc się swobodnie wysuwać i ruszać podczas ssania. Pracujące mięśnie języka, warg i policzków zapewniają prawidłowy rozwój buzi.

CIEKAWOSTKA: Czy wiesz, że noworodek może pić i oddychać jednocześnie? To tak zwany „Fenomen noworodka”, spowodowany wysokim położeniem krtani, kolejne przystosowanie do spożywania płynnego pokarmu.

Higiena:

Jak już wcześniej wspomniałam, jama ustana noworodka jest stworzona aby pobierać płynny pokarm. Buzia wyposażona jest w bezzębne wały dziąsłowe, pomiędzy którymi występuje przestrzeń, nawet kiedy usta są zwarte.

Do czasu pojawienia się pierwszego ząbka, dziąsła i język należy przecierać. Najlepiej używać do tego jałowej gazy i soli fizjologicznej. Nie używamy jeszcze pasty do zębów.

Alternatywą dla gazy, może być silikonowa nakładka na palec, ale może okazać się za duża. Jeżeli bobas karmiony jest piersią, nie ma potrzeby dodatkowo pojenia go, natomiast jeżeli je mleko modyfikowane, do picia podajemy wyłącznie wodę. Wały przecieramy 1-2 razy dziennie. Ku „uciesze” wszystkich, młodych rodziców, niemowlę je w nocy, ale do czasu pojawiania się uzębienia, nie ma to wpływu na powstawanie próchnicy. Warto obserwować język niemowlęcia,

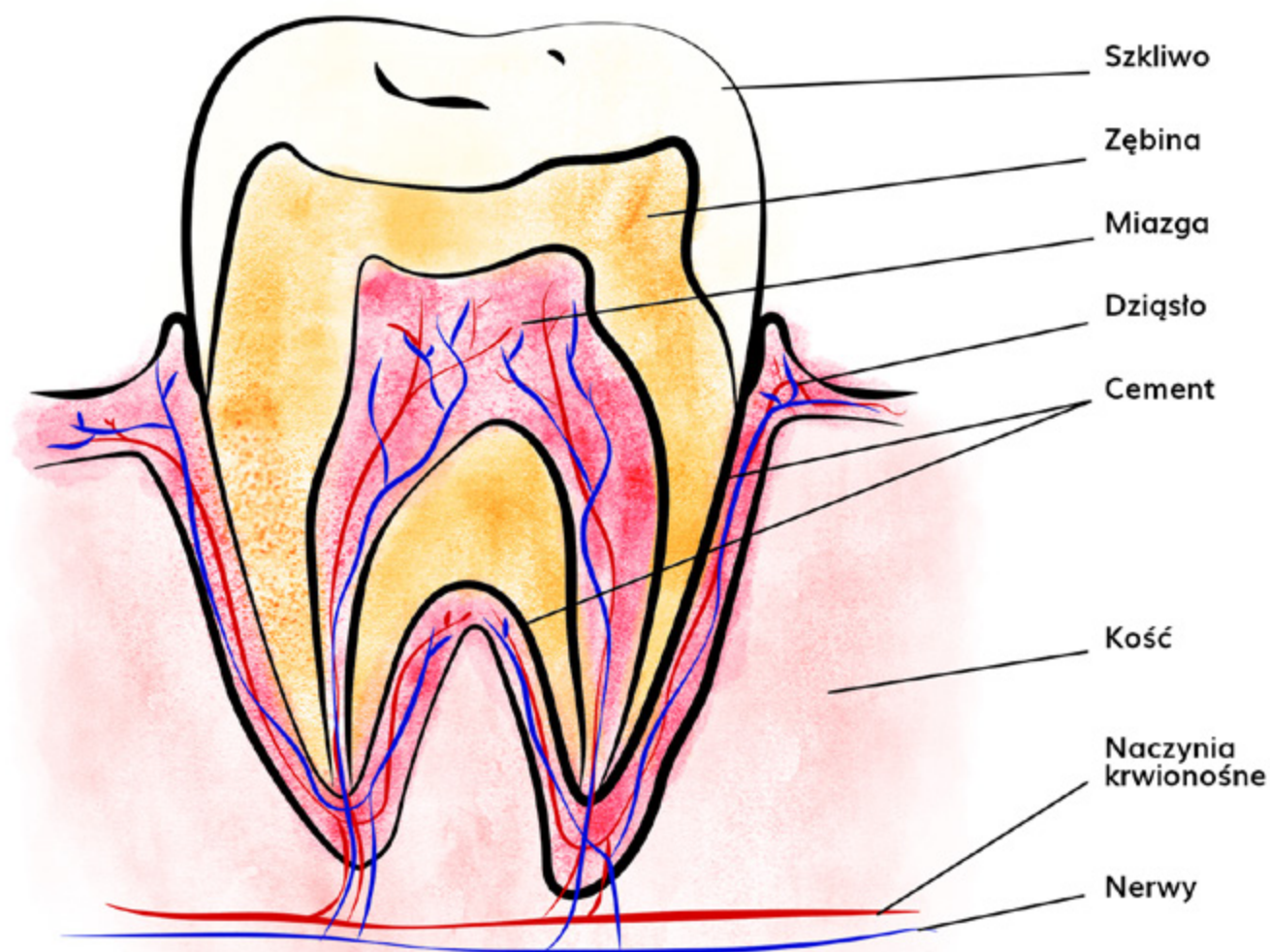
ponieważ może dojść do infekcji grzybiczej i powstaną tzw. Pleśniawki. Łatwo pomylić je z nalotem po mleku, dlatego jeżeli masz wątpliwości, udaj się do lekarza.

Mówiąc o higienie, należy też wspomnieć o odpowiednim zachowaniu rodziców wobec dzieci. Dobrze wiem, jak irytujące jest wyparzanie smoczka, który notorycznie ląduje na podłodze. Pod żadnym pozorem nie można go oblizywać. Podobnie z pocałunkami. Dzieci nie całuje się w usta z tego samego powodu - żeby nie przekazywać im swojej flory bakteryjnej. Na studiach stomatologicznych, słyszałam anegdotę, że jak całować dziecko to tylko w pupę :)

Bakterie znajdujące się na podłodze w naszym domu, nie są dla dziecka tak groźne jak flora bakteryjna rodzica cierpiącego np: na zapalenie przyzębia lub aktywną próchnicę. Mimo wszystko, smoczek, który miał kontakt z podłogą powinien być wyparzony wrzątkiem. Zachęcam też, żeby wszystkie używane przez dziecko smoczki, co kilka dni traktować wrzącą wodą.

3. Niemowlę - okres po pojawieniu się pierwszego zęba.

Co właściwie pojawia się w buzi dziecka? Jak zbudowany jest ząb? Pewnie każdy z Was widział schemat budowy zęba w gabinecie lub na opakowaniu pasty do zębów. Dla jasności, przedstawiam schemat budowy zęba.



Na uzębienie człowieka składają się siekacze, kły, przedtrzonowce, trzonowce. Wyróżniamy uzębienie mleczne i stałe. Dodatkowo dentyści wyodrębniają zęby stałe niedojrzałe, ponieważ różnią się one mineralizacją tkanek i stopniem rozwoju korzenia.

ZĄBKOWANIE:

Z definicji, wyrzynanie się zęba to jego przesuwanie z miejsca w rozwoju w kościach szczęk do funkcyjnej pozycji w jamie ustnej. Cały proces możemy podzielić na 3 etapy. Pierwszy kończy mineralizację szkliwa i zębiny, ząb rośnie i powoli przesuwa

się w stronę jamy ustnej. W drugim etapie ząb pojawia się w buzi, a w trzecim dochodzi do dalszego rozwoju korzenia, zamykania wierzchołka. Oznacza to, że rozwój zęba nie kończy się w momencie pojawiania zęba w buzi. W przypadku zębów mlecznych trwa około roku.

Czas:

Moment kiedy wyczuwamy pierwszy ząbek u naszego dziecka, sprawia że pękamy z dumy! Niby nic takiego, przecież jest to oczywiste, że zęby się pojawią, ale jednak nasze rodzicielskie ego szybuje pod sufit. Gorzej, jeżeli słyszymy że synek sąsiadki to już ma zęby, z mieszkania pod nami też, a gdzie ząbek naszego bobasa? Śpieszę z odpowiedzią. Większość (84%) dzieci donoszonych ząbkuje między 6 a 10 miesiącem życia. Wcześniaki nieco później, bo między 6 a 11. Pojawienie się zębów między 5, a 12 miesiącem życia jest uznawane za normę („Stomatologia wieku rozwojowego” Maria Szpringer-Nodzak, Magdalena Wochna-Sobiańska).

Objawy:

Dźwięk słowa „ząbkowanie”, jeży włos na głowie młodego rodzica. Głównie przez objawy, które dla dziecka są bardzo nieprzyjemne.

CIEKAWOSTKA: Zdarzają się przypadki, że noworodek przychodzi na świat z pojedynczym siekaczem lub wyrzyna się on krótko po urodzeniu. Jest w pełni ukształtowany, odrobinę mniejszy i tkwi w błonie śluzowej. Zęby noworodkowe ze względu na możliwość zadławienia w czasie karmienia, najczęściej są usuwane.



Objawy ogólne:

- Płaczliwość, niepokój
- Gorszy sen
- Brak apetytu
- Podwyższona temperatura
- Biegunka
- Objawy grypopodobne

Objawy miejscowe:

- Obrzęk dziąseł
- Bolesność
- Zwiększona ilość wydzielanej śliny
- Niekiedy zasinienie w miejscu wyrzynającego się zęba - może zwiastować rozwijającą się torbiel, dlatego ten objaw warto jest skonsultować z lekarzem.

JAK MOŻEMY POMÓC?

Metody nefarmakologiczne:

Jeżeli zauważymy obrzęknięte miejsce na dziąśle, które sprawia dziecku ból, możemy spróbować rozmasować je. Masaż wykonujemy delikatnymi, kolistymi ruchami, najlepiej nakładką silikonową (taka jak do mycia zębów) lub gazą.

Dodatkowo możemy podać:

- Zimny gryzak
- Schłodzony mus owocowy lub owoc

Metody farmakologiczne:

Środki działające miejscowo:

W aptekach możemy znaleźć wiele preparatów w formie żeli, sprayów lub granulików, które mają pomóc dziecku podczas tego trudnego czasu. Działają one przeciwbólowo, przeciwzapalnie, i przeciwbakteryjnie. Wymienię kilka nazw żeli, które są dostępne bez recepty i warto je zastosować.

- Bobodent żel, 10g
- Dentinox N, żel, 10g
- Calgel, żel do stosowania na dziąsła, 10g

Każdy z nich ma w swoim składzie lidokainę, dlatego ważne jest aby stosować je zgodnie z ulotką. Niestety przedawkowanie to największy mankament środków miejscowo znieczulających, ponieważ zatroskany rodzic, chcąc przynieść ulgę, może stosować żele zbyt często. Do działań niepożądanych należą podrażnienia błony śluzowej, jednak każde niepokojące spostrzeżenie powinno być konsultowane z lekarzem.

Dostępne są również środki homeopatyczne, których stosowanie odradzam, ponieważ nie mają one żadnego działania, poza uspokojeniem naszego sumienia.

Leki przeciwzapalne i przeciwgorączkowe:

Paracetamol i ibuprofen, bo o nich mowa, wykazują działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Ibuprofen dodatkowo jest lekiem przeciwzapalnym. Podajemy je w formie syropu lub czopka w ilości odpowiedniej do wagi dziecka.

Wszystkie opisane przeze mnie metody są pomocne i nie zaszkodzą waszemu maleństwu, oczywiście stosując je zgodnie z ulotką lub opisem. Są dzieci, którym ulgę przyniesie masaż, natomiast inne nie pozwolą włożyć palca do ust. Rozwiązaniem mogą być żele do stosowania na dziąsła, jednak przestrzegam przed zbyt częstym smarowaniem, a co za tym idzie, przedawkowaniem. Ja najczęściej polecam podanie paracetamolu lub ibuprofenu. Wynika to z tego, że łatwo określić faktyczną ilość leku, którą przyjęło dziecko i efekt działania jest najlepszy. Natomiast zimny gryzak na pewno nie zaszkodzi maluchowi. Pamiętajcie, że ząbkowanie kiedyś się kończy, ale... powtórka już za kilka lat :)

Okresy wyrzynania się zębów mlecznych

Zamykając temat ząbkowania, dodam jeszcze ramy czasowe w których pojawiają się zęby mleczne:

Dolne jedyńki i dwójki	Od 6	Do 9 miesiąca
Górne jedyńki i dwójki	Od 8	Do 10 miesiąca
Czwórki (pierwsze trzonowce)	Od 15	Do 21 miesiąca
Trójki (kły)	Od 16	Do 20 miesiąca
Piątki (drugie trzonowce)	Od 20	Do 30 miesiąca

W sumie 20 zębów mlecznych. Pełne uzębienie mleczne obserwujemy u dziecka w wieku 3 lat.

HIGIENA:

Moja pierwsza szczoteczka:

Przygodę ze szczotkowaniem zaczynamy od zakupu szczoteczki manualnej. Wybierając szczoteczkę zwracamy uwagę na:

- Wielkość główki - powinna być mała
- Długość trzonka - dostosowana do mniejszej buzi
- Rodzaj włosa - powinna być miękka

CIEKAWOSTKA: W uzębieniu mlecznym nie ma przedtrzonowców

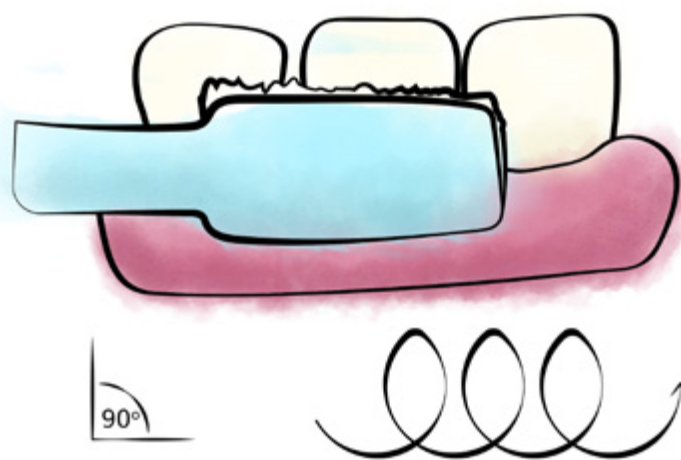
Szczoteczkę zmieniamy, co 3 miesiące.

JAK SZCZOTKOWAĆ?

Najlepiej zęby malucha szczotkować ruchami okrężnymi czyli metodą Fonesa. Jest to prosta metoda, polegająca na obmiataniu okrężnymi ruchami ząbków z każdej strony. Powierzchnie żujące (czyli górę zębów) myjemy ruchem szorującym, Zęby staramy się myć dwa razy dziennie, najlepiej o określonych porach.

W ciągu dnia polecam mycie po śniadaniu lub przed poranną drzemką, ponieważ w czasie snu zmniejsza się wydzielanie śliny, a wieczorem obowiązkowo przed snem. Pamiętajcie, że dziecko nie jest w stanie samo dokładnie wyszczotkować zębów, my musimy to zrobić. Możemy dać mu szczoteczkę jako formę zabawy, ale nie może to zastępować mycia. Szczotkowanie powinno odbywać się w przyjemnej atmosferze, najlepiej jak przybierze formę zabawy. Moje metody na umycie zębów bez stresu:

- Zabawienie dziecka przez tatę :)
- Włączenie ulubionej piosenki



- Umycie zębów misiowi lub rodzicowi
- Wspólne robienie „Aaaaa” - czyli mówimy Aaaaa, bobas otwiera buzię, a my szczotkujemy zęby
- Posiadanie kilku różnych szczoteczek, pozwalamy dziecku wybrać, której ma ochotę użyć dzisiaj
- Zmienianie smaku pasty - np. raz miętowa, raz o smaku gumy balonowej

Czyli zabawa i jeszcze raz zabawa. Natomiast jeżeli to nie przyniesie rezultatu, należy umyć zęby konsekwentnie.

CIEKAWOSTKA: Aby dziecko potrafiło umyć samodzielnie zęby, musi nabyć odpowiednie zdolności manualne. Takie jak przy pisaniu czyli nauczy się tego ok 7 roku życia. Do tej pory musimy myć zęby razem z dzieckiem!

A co ze szczoteczką elektryczną/soniczną?

Zbierając materiały do napisania książki, znalazłam na rynku szczoteczki zarówno elektryczne, jak i soniczne dedykowane dla dzieci od 6 miesiąca życia. Stosowanie ich na pewno nie wyrządzi dziecku krzywdy pod warunkiem, że będą używane przez rodzica. Nie uszkodzą one zawiązków niewyrzniętych zębów. Występuje jedynie różnica w technice szczotkowania - elektryczną szczoteczkę przesuwamy powolnym ruchem wzdłuż koron zębów, nie pomijamy żadnej powierzchni. Trzymamy włosie szczoteczki przyłożone z umiarkowaną siłą, nie wykonujemy żadnych ruchów, szczoteczka myje zęby „sama”. Wiem, że szczoteczki elektryczne są ułatwieniem w codziennej higienie, jednak warto żeby dziecko nabywało zdolności manualnych, a mycie tradycyjne jest ku temu doskonałą okazją. Drugie pytanie brzmi, czy dziecko w tak młodym wieku zaakceptuje wibracje w buzi. Wszystko zależy od dziecka. Na pewno szczoteczka elektryczna jest alternatywą, natomiast lepiej wprowadzić ją po 3 roku życia. Ciekawym rozwiązaniem jest mycie naprzemienne, czyli rano szczoteczką manualną, wieczorem elektryczną. Niezależnie od wybranej szczoteczki, należy pamiętać o jej regularnej wymianie.

Pasta:

Zdania odnośnie rodzaju pasty są podzielone. Literatura („Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci” Dorota Olczak-Kowalczyk, Leopold Wagner)

podaje, że od 0 do 2 lat dziecko powinno myć zęby 2 razy dziennie, pastą o stężeniu fluoru 500 ppm, a w wieku od 2 do 6 lat również 2 razy dziennie, ale zwiększyć stężenie fluoru do 1000ppm. Coraz częściej jednak zaleca się stosowanie 1000 ppm w ilości śladowej, już od pierwszego zęba, a po 3 roku życia zwiększamy jej ilość do ziarenka grochu. Dzieje się tak dlatego, że w profilaktyce próchnicy skuteczniejsze jest stosowanie fluoru we większym stężeniu, a w mniejszej ilości. Pastę dla dorosłych (1450 ppm) zaczynamy używać, kiedy dziecko skończy 6 lat.

Rekomenduję, aby pierwsza pasta do zębów zawierała fluor w stężeniu 1000ppm czyli 1mg fluoru na 1g pasty. Aby znaleźć taką, musimy wczytać się w skład, bo często mają na opakowaniu oznaczenie 2-6 lat. Ważne jest wyższe stężenie fluoru, przy jego mniejszej ilości. Stosujemy ją dwa razy dziennie w wielkości ziarenka ryżu lub muskamy nią tylko włosie szczoteczki. Pastę z taką zawartością fluoru stosujemy od pierwszego zęba do 6 r.ż., natomiast po 3 r.ż. zwiększamy jej ilość do ziarenka grochu. Pamiętajmy, że dziecko do ok. 3 roku życia, nie potrafi skutecznie wypluwać nadmiaru pasty, dlatego ważnym jest aby przestrzegać ilości użytej pasty. Trochę to zagmatwane, dlatego zestawiałam we wartości w tabelce:

Wiek	Pasta	Ilość
0-3 lata	1000 ppm F	Ziarno ryżu
3-6 lat	1000 ppm F	Ziarno grochu
6 lat <	1450 ppm F	Ziarno grochu

Stosując odpowiednie stężenie i ilość pasty, nie musisz się obawiać się przedawkowania fluoru. O tym dowiedzie się w dalszej części książki.

A może pasta bez fluoru?

Na drogeryjnych półkach pojawia się coraz więcej past, które reklamują się naturalnym składem bez zawartości fluoru. Każdy rodzic chce dla malucha produktów o jak najlepszym składzie, bez substancji konserwujących, sztucznych itp. Może lepiej zrezygnować z fluoru? W końcu w internecie nie raz natrafia się na strony internetowe mówiące o jego szkodliwości. Drodzy rodzice, pasta bez fluoru w dłuższej perspektywie jest dla dzieci szkodliwa. Nie dlatego, że jest trująca, ale mówiąc w dużym uproszczeniu, pozbawiona jest działania przeciwpróchniczowego, który zapewnia fluor. W składach niektórych z tych past pojawia

się ksylitol, który również ma działanie kariostatyczne (hamuje działanie bakterii powodujących próchnicę), natomiast nie remineralizuje szkliwa - nie „naprawia” go, w przeciwieństwie do fluoru. Dlatego właśnie nie powinno się stosować past bez fluoru szczególnie u dzieci. W związku z kontrowersyjnością fluoru w ostatnim czasie, fluor doczekał się on osobnego rozdziału, dlatego zapraszam do dalszej lektury.

Nić dentystyczna

Od około 3 roku życia maluch może zacząć używać nici dentystycznej, oczywiście pod okiem rodzica. Nić ze szpulki, może być dla dziecka zbyt dużym wyzwaniem, dlatego polecam używanie jej na specjalnym trzymadełku. Pamiętajcie, żeby nie kaleczyć dziąseł, a czyścić jedynie boczne powierzchnie zębów. Po delikatnym przejściu przez punkt styczny, przesuwamy nić od dziąsła w górę, po powierzchni jednego, a później drugiego zęba. Na rynku dostępnych jest wiele rodzajów nici. Wygodne w użyciu są woskowane, ponieważ nie skrzypią i nie strzępią się. Taśmy stomatologiczne są cieńsze i łatwiej pokonują punkt styczny. Dobrze, jeżeli nić dodatkowo uwalnia fluor.

Pierwsza wizyta u dentysty:

Pozwólcie, że temu zagadnieniu poświęcę nieco więcej uwagi, ponieważ był on główną motywacją do napisania tej książki. Jest to temat zaniedbywany przez rodziców i niestety czasami też przez nas, dentystów.

Jak już wiecie z poprzednich stron, pierwszy ząb pojawia się przed pierwszymi urodzinami bobasa i zwiastuje on debiut w gabinecie stomatologicznym. Wiem, że spora część rodziców zastanawia się, co dentysta może zrobić z takim maluchem. Odpowiadam - nie za wiele, jednak badanie dziecka to tylko część działań, które składają się na wizytę adaptacyjną. Najważniejszym elementem jest rozmowa z rodzicem, przekazanie mu wiedzy, jak dbać o zęby dziecka oraz pokazaniu mu w buzi, na co powinien zwrócić uwagę przy codziennych zabiegach. Czyli opowiedzieć mu wszystko to, co zawarłam w rozdziałach tej książki. Sami widzicie, że informacji jest na prawdę dużo, a często nie ma warunków żeby je wszystkie przekazać. Jeżeli dołączymy do tego fakt, że rodzice mimo wszystko zgłaszają się do gabinetu w momencie wystąpienia pierwszych problemów z uzębieniem dziecka, wiemy już skąd biorą się te przerażające dane o częstotliwości występowania próchnicy. Istotnym jest aby wizyty w gabinecie były odbierane pozytywnie, ponieważ badania naukowe dowodzą, że wczesne doświadczenia

mają duży wpływ na uczęszczanie do gabinetu w przyszłości.



Zacznijmy od początku, czyli rejestracji pacjenta w klinice. Już przez telefon proszę zaznaczyć, że pacjentem będzie małe dziecko i to jego pierwsza wizyta. Jest to istotne ponieważ wtedy zostanie wygospodarowana odpowiednia ilość czasu, a asystentka będzie mogła przygotować gabinet. Dziecko lepiej zareaguje, jeżeli w środku zastaną go zabawki i kolorowe naklejki.

Do gabinetu dziecko oczywiście wchodzi z rodzicem. Wizyta adaptacyjna to wizyta inna niż wszystkie dlatego spacer dookoła fotelu lub oglądanie przedmiotów nie będzie źle odebrane :) Kiedy już zaznajomicie się z miejscem, rodzic siada na fotelu razem z dzieckiem, trzymając je na kolanach. W międzyczasie lekarz zbierze wywiad dotyczący m. in. przebiegu ciąży, sposobu karmienia. Teraz już wiecie, że dla dentysty te zagadnienia są bardzo istotne. Następnie lekarz ma czas na zabawę z dzieckiem. Wizyta adaptacyjna ma być ciekawym i ekscytującym doświadczeniem. Bobas ogląda dmuchawkę, ssak, naklejki, zabawki i inne przedmioty, którymi możemy go zainteresować. Podczas zabawy ciocia/wujek zagląda do buzi, „liczy” ząbki, może dmuchnąć dmuchawką. Jeżeli dziecko jest spokojne, można spróbować polakierować zęby lakierem fluorowym. To koniec badania, teraz czas na rozmowę z rodzicem. Wiem, że czasami ciężko skupić się na zajęciu dziecka i przyswojeniu nowej wiedzy, dlatego zachęcam, żeby na wizycie było dwoje rodziców.

Jeżeli rodzic lub starsze rodzeństwo mają zaplanowaną wizytę w gabinecie, zachęcam do zabrania malucha. Oczywiście musi znajdować się on pod opieką drugiego rodzica, ale będzie to kolejna okazja, żeby obyc się z miejscem, w którym inaczej pachnie, jest głośno, a personel ubrany jest w fartuchy. Dobrym nawykiem będzie uprzedzenie rejestracji o dodatkowym gościu w klinice, ale zapewniam, że nikt nie będzie miał nic przeciwko! Może się okazać, że dziecko będzie potrzebowało kilku wizyt zapoznawczych, aby rozpocząć leczenie. Jest to zupełnie normalne i cały wysiłek, który włożyliśmy w adaptację, kiedyś zapoczątkuje i dziecko będzie wdzięcznym pacjentem.

Ważną kwestią jest rozmowa z dzieckiem o wizycie w domu. Ma to znaczenie raczej przy starszaku, jednak to dobre miejsce, żeby o tym opowiedzieć. Musimy opisać, co może spotkać dziecko w gabinecie, najlepiej obrazowo, jednak nie tak żeby wystraszyć. Możemy pokazać grafiki zębów, opowiedzieć o robakach mieszkających tam, o tym kim jest dentysta. Dobrym pomysłem będzie też zabawa pluszakami w dentystę. Jeżeli wiemy, że w planach będzie założenie plomby lub nawet usunięcie zęba, nie okłamujmy dziecka, że lekarz tylko policzy zęby! W domowych warunkach łatwiej jest przygotować psychicznie dziecko. Zawsze mamy większe pole do manewru, ostatecznie możemy nawet przełożyć wizytę. Kolejnym kłamstwem, które niestety jest powtarzane dzieciom brzmi - nic nie będzie bolało... Oczywiście, nie można powiedzieć, że będzie ZASTRZYK z IGŁĄ i to może cię ZABOLEĆ. Znacznie lepiej brzmi - „Pamiętasz jak ugryzł cię komar? Nie było to przyjemne, ale przecież nie boimy się komarów, prawda?”. Nie chodzi tu o porównanie uczucia ukłucia igłą do ukąszenia komara (swoją drogą, umiejętnie podane znieczulenie, naprawdę może być zupełnie bezbolesne). Tym porównaniem nastawiamy dziecko, że może poczuć dyskomfort czy ukłucie, ale nie będzie rozczarowane, że poczuło ból, choć przecież obiecywaliśmy, że go to nie spotka. Nie mówmy też, że ten zły doktor zrobił Krzysiu tak, że teraz płacze. To rujnuje zaufanie dziecka do lekarza.

W idealnym świecie dzieci nie głodują, nie chorują na nowotwory, a leczenie stomatologiczne zawsze odbywa się bezboleśnie w zgodzie z dzieckiem i rodzicem. Nie muszę tłumaczyć, jak wygląda świat, bo jego obraz kreują liczne zbiórki środków na leczenie i żywienie dzieci, mogę jednak opowiedzieć jak wygląda leczenie przypadków zaniedbanych stomatologicznie. Czasami dziecko jest zbyt małe na użycie podtlenku, rodzice zbyt ubodzy na zabieg w narkozie, a kolejki w NFZ zbyt długie, żeby czekać. Stany ropne traktowane są jako zagrażające życiu i wymagają

natychmiastowej interwencji, nie zawsze przy zgodzie małego pacjenta. Ciężko jest o tym pisać, jednak zaniedbania jakich dopuszczają się rodzice to smutna rzeczywistość. Wydawać by się mogło, że czasy, trzymania i wiercenia, odeszły do lamusa, ale niestety nie zawsze tak jest. Oczywiście jeżeli mamy możliwość trzeba tego unikać. Jeżeli okaże się, że w trakcie zabiegu pacjent odmówił współpracy, najczęściej można leczenie odroczyć. Może strach jest zbyt silny, aby dziecko przystąpiło do leczenia, wtedy należy rozważyć zabieg w sedacji (wdychanie podtlenku azotu „gazu rozweselającego”) lub w narkozie. Czasami lekarz może przepisać lek uspokajający do podania przed wizytą. Są metody radzenia sobie w takich sytuacjach i jeżeli rozmowa nie przynosi rezultatu, powinny być stosowane. Powtórzę jeszcze raz - leczenie nie powinno odbywać się siłą, ale czasami wymaga tego sytuacja i najczęściej jest to wina zaniedbań rodziców. Nie można dopuszczać do sytuacji, kiedy zły stan higieny jamy ustnej traktowany jest, jako potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia naszego dziecka. Na zakończenie podpowiadam kilka określeń, które warto używać rozmawiając z dzieckiem o wizycie w gabinecie:

Zastrzyk - ugryzienie komara

Drętwienie po podaniu znieczulenia - to mrówki, które chodzą po ząbkach i niosą ze sobą lekarstwo

Wiercenie - wyganianie robaka z zęba, start rakiety w buzi

Plomba - plastelina

Badanie - liczenie ząbków

Dmuchawka - wiaterek

Ślinociąg - słonik pijący wodę

Lakierowanie zębów - malowanie

Wiem, że teraz część osób uśmiecha się pod nosem, myśląc że jestem wariatką :) ale to działa i im bardziej damy się ponieść fantazji, tym lepiej pobudzimy wyobraźnię dziecka. Przecież lepiej mieć w buzi raketę niż wiertło... :)

Wnioski są następujące. Pierwsza wizyta u dentysty ma być dla malucha przyjemnym doświadczeniem. Nie jest to możliwe, jeżeli rodzic zgłosi się do gabinetu z dzieckiem, które cierpi. Uwierzcie mi, że nie da się zbudować przyjemnych wspomnień usuwając ząb, nacinając ropień, albo rozwiercając zęba. Dentysta choćby się dwoił i troił, będzie wzbudzał lęk.



Drodzy rodzice, w waszych rękach leży zdrowie dzieci, bo wy dbacie o ich codzienne przyzwyczajenia, uczycie je profilaktyki od najmłodszych lat. Dajcie szansę nam dentystom, żeby pomóc wam wychować ludzi, którzy nie drżą na samą myśl o wizycie, zgłaszają się na regularne kontrole, a w razie konieczności wykonania zabiegu, potrafią z lekarzem współpracować!



Dieta

Okres między 4, a 6 miesiącem życia dziecka to czas, kiedy poznaje ono smak potraw innych niż mleko, powoli je zastępując. Każdy rodzic wie, że dieta małego dziecka powinna być urozmaicona. Już łagodne i średnie niedożywienie białko-energetyczne w pierwszym roku życia, jest jednym z czynników sprzyjających rozwojowi próchnicy w zębach mlecznych.

W wieku od 6 do 12 miesiąca życia należy stopniowo eliminować nocne karmienia, tak żeby po pierwszych urodzinach, dziecko przesypiało całą noc. W ciągu nocy powinno dostawać do picia wyłącznie wodę. Podczas snu zmniejsza się wydzielanie śliny i z tego też powodu bakterie próchnicowe pracują jeszcze intensywniej. Bywają sytuacje, że dziecko budzi się w nocy z płaczem np. z bólem podczas ząbkowania, albo z gorączką. Chcąc mu ulżyć podajemy syrop, pamiętajmy jednak o umyciu zębów. Dzieci, które często chorują są narażone bardziej na próchnicę między innymi z powodu podawania w nocy słodkich syropów. Wszystkie syropy przeciwgorączkowe, ale również te przepisywane na refluks, mają w składzie ogromną ilość cukru. Dodając fakt, że są stosowane kilka razy na dobę, stanowią dodatkowy czynnik sprzyjający rozwojowi próchnicy. Dlatego należy po nim szczotkować dziecku zęby. Moja roczna córka, która ładnie przesypiała noc,

musiała mieć założony gips z powodu urazu nogi. Nagle zaczęła budzić się co noc i w całym domu słuchać było tylko AAAM AAAAM... Wiec o 3 w nocy jadła kolację, a może to było śniadanie... :) Po wszystkim myliśmy zęby, chociaż po kilku takich nocach mieliśmy już dość. Noga zrosła się, a nam udało się jakoś przetrwać ciężkie czasy.



Od samego początku warto uczyć bobasa rytuałów - karmienie, kąpiel, mycie zębów, sen. Zaowocuje to w przyszłości, bo dziecko nie powinno zasypiać przy piersi lub z butelką pełną kaszki/mleka. Mleko mamy oczywiście ma mniejszy potencjał kariogenny (próchnicotworczy) niż mleko sztuczne, jednak mimo wszystko zawiera laktozę i inne cukry. Przed snem podajemy do picia wyłącznie wodę i również w ciągu dnia dziecko powinno pić ją między posiłkami.

Wraz z pojawieniem się pierwszych zębów, maluch powinien stopniowo zmieniać pokarm z płynnego na taki, który skłania do żucia i gryzienia. Stałe przekąski wprowadzamy między 8 a 10 miesiącem życia. Jako młoda mama, bardzo bałam się zadławienia. Z jednej strony widziałam, że bobas chce zjeść np jabłko, jednak wolałam zetrzeć je na tarce niż z duszą na ramieniu czekać na zadławienie. Na wszystko przyjdzie czas. Na początku pokarmy gotujemy, żeby nie były zbyt twarde. U dzieci bardzo łatwo jest wywołać odruch wymiotny więc samodzielnemu jedzeniu często towarzyszy mina, jakby bobas był jedną nogą na tamtym

świecie :P

Dzieci chętnie jedzą owoce, zarówno surowe jak i w postaci musów. Soki owocowe zawierają jednak kwasy, które mogą być przyczyną erozji szkliwa. Kolokwialnie mówiąc, erozja to rozpuszczanie szkliwa. Może powodować nadwrażliwość i ubytki niepróchnicowego pochodzenia. W dodatku owoce są słodkie więc z ilością musów też nie należy przesadzać, mimo że mogłoby się wydawać, że skoro są owocowe to muszą być zdrowe. Pamiętajmy, żeby po zjedzeniu owocu lub musu, podawać dziecku wodę do popicia.

Podsumowując. Najważniejsze nawyki dietetyczne w przypadku małych dzieci posiadających już mleczne zęby:

- *Urozmaicone jedzenie o różnych smakach, formie i konsystencji*
- *W ciągu dnia do picia zalecana jest woda, szczególnie po umyciu zębów*
- *Brak karmienia w nocy, wyłącznie pojenie wodą*
- *Musy owocowe i owoce w ograniczonej ilości*

4. Okres wymiany uzębienia

RÓŻNICE W BUDOWIE ZĘBÓW MLECZNYCH I STAŁYCH

Dziecko użytkuje pełne uzębienie mleczne od 3 roku do momentu całkowitej wymiany na zęby stałe czyli do 13 roku życia. Chwilę przed rozpoczęciem wymiany zębów rodzice zauważają, że zęby się „rozjechały”, co niejednokrotnie jest powodem do zmartwienia. Były położone równo, jeden obok drugiego, a teraz są między nimi są szpary. Oczywiście jest to normalne, bo stałe zęby są większe od mlecznych. Dodatkowo w buzi dziecka jest tylko 20 mleczaków, a dorośli razem z ósemkami mają 32 zęby. Wiele cech odróżnia mleczaki od stałych następców, różnice przedstawia tabelka

Cecha	Różnice budowie zębów mlecznych i stałych	
	Zęby mleczne	Zęby stałe
Kolor	Niebiesko biały	Żółto biały
Kształt korony	Niskie, szerokie, beczułkowate	Dłuższe, smuklejsze
Kształt korzeni	Szeroko rozstawione (obejmują zawiązek zęba stałego)	Położone bliżej siebie
Ilość	20 - 8 siekaczy, 4 kły, 8 trzonowców	32 - 8 siekaczy, 4 kły, 8 przedtrzonowców, 12 trzonowców
Koniec procesu kształtowania się (koniec wyrzynania, wzrostu korzeni)	3 rok życia	18-25 rok życia
Brzegi sieczne (krawędź siekaczy)	Prosta	Pofalowana (w młodych zębach, chwile po wyrznięciu, następnie fale ściągają się)

Resorpcja korzeni

Ok 5 roku życia - proces fizjologiczny
Proces patologiczny

Szklivo

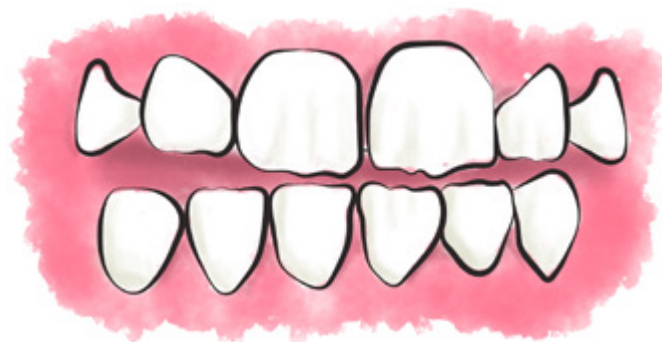
Dwa razy cieńsze niż w zębach stałych (powód dla którego próchnica postępuje tak szybko)

Zębina, cement

Słabiej zmineralizowane

Mocna mineralizacja

Kolejną cechą, która martwi rodziców jest kolor zębów. Stałe przy mleczakach wydawać się mogą żółte. Jest to związane z większą mineralizacją, a idzie za tym mniejsza podatność na próchnicę. Jednak nie wyciągajmy błędnych wniosków, bo próchnica może się rozwinąć w każdym momencie.



Pofalowane brzegi sieczne, świeżo wyrżniętych siekaczy - tzw. mamelony.

Odniosę się jeszcze do zjawiska resorpcji. Jest to „rozpuszczanie” korzenia przez komórki organizmu. W zębach mlecznych to normalne zjawisko, umożliwiające wymianę uzębienia. Wiąże się ono nieodzownie z degeneracją miazgi i faktycznie chwile przed utratą zęba jest on mniej wrażliwy na bodźce, co umożliwia leczenie bez znieczulenia. Wydawać by się mogło, że przez krótkie, „zjedzone” korzenie, usunięcie mleczaka nie stanowi żadnego problemu i faktycznie, w okresie fizjologicznej wymiany, jest to prawdą. Natomiast jak sprawy mają się wcześniej? Otóż usuwanie mleczaków z korzeniami pełnej długości jest trudne. Do tego dochodzi najczęściej czynnik ciężkiej współpracy z pacjentem oraz ryzyko uszkodzenia stałego zawiązka. Taki zabieg jest bolesny, dlatego koniecznym jest podanie znieczulenia. W zębach stałych resorpcja również występuje, ale zawsze jest procesem zwiastującym chorobę.

Mleczaki w okresie przed resorpcją korzeni też leczy się kanałowo. Jest



Leczenie kanałowe pod mikroskopem

to leczenie trochę inne od tego przeprowadzanego w zębach stałych, ale również wymagające czystości w polu zabiegowym, a co za tym idzie - współpracy z pacjentem.

Higiena

W okresie wymiany uzębienia, nie zmieniają się zasady dbania o higienę. Nadal należy używać 2 razy dziennie pasty z zawartością fluoru 1450ppm. W okresie poprzedzającym wymianę uzębienia, kiedy między zębami są szpary, dziecku może być łatwiej używać cienkich szczoteczek do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych zamiast nici dentystycznej, natomiast to dentysta powinien indywidualnie dobrać metodę i narzędzia.

Pierwsze zęby stałe (szóstki) zaczynają pojawiać się ok. 6 roku życia. Nie dajcie się zwieść, bo pierwsze stałe zęby pojawiają się przed utratą mleczaków!

Jest to odpowiedni czas żeby zacząć uczyć dziecko szczotkować zęby techniką wymiatania czyli Roll. Polega ona na przyłożeniu włosia szczoteczki do granicy dziąsła i zęba pod kątem 45 stopni, a następnie użycie ruchu wymiatającego. Ruchami szorującymi myjemy tylko powierzchnie żujące. Alternatywą dla szczoteczki manualnej jest szczoteczka elektryczna/soniczna, która zęby myje sama, a my prowadzimy ją w odpowiedni sposób. Główkę szczoteczki przykładamy równolegle do mytej powierzchni zęba i powolnym ruchem przesuwamy. Szczoteczki elektryczne/soniczne wyposażone są w urządzenia odmierzające czas szczotkowania, co też znacząco ułatwia dbanie o higienę. Myjąc taką szczoteczką, nie wykonujemy ruchów szorujących. Zachęcam do wizyty w gabinecie, aby dobrze nauczyć się myć zęby wymienionymi metodami, a dla utrwalenia wiedzy, można obejrzeć w internecie, wpisując nazwę odpowiedniej techniki.

Dodatkowo warto stosować:

- *Gumę do żucia z ksylitolem 3 razy dziennie po posiłku przez 5-10 min.*
- *Płukankę z fluorem 2 razy dziennie po myciu zębów (od 6 roku życia). Środki do płukania, nie mogą zawierać alkoholu oraz nigdy nie mogą zastąpić szczotkowania!*
- *Preparaty zawierające fosfopeptyd kazeiny z fosforanem wapnia (np Tooth Mousse, MI Paste Plus).*

KOLOROWE ZĘBY - CZYLI WYBARWIANIE PŁYTKI NAZĘBNEJ

Doskonałym sposobem na poprawienie skuteczności szczotkowania jest wybarwienie płytki nazębnej specjalnym preparatem. Metoda ta jest stosowana w gabinecie stomatologicznym, ale z powodzeniem możemy stosować ją w domu u dzieci. Warunkiem jest sprawne wypluwanie piany po myciu zębów. Wybarwianie najlepiej stosować wieczorem, ponieważ mimo dokładnego umycia zębów, buzia i tak może pozostać kolorowa :) Preparaty do wybarwiania stosujemy zgodnie z instrukcją zawartą w opakowaniu. Preparaty do wybarwiania płytki nazębnej:

- Plaque Agent płukanka (Miradent)
- Paro Plak tabletki (Periopak)
- Mira-2-ton tabletki (Miradent)
- Curaprox tabletki

Jest to metoda doskonale działająca na dziecięcą wyobraźnię i warto ją stosować podczas nauki szczotkowania. Jeżeli macie wątpliwość, jak wybarwiać zęby, warto udać się do dentysty, który chętnie pokaże, jak to dobrze zrobić.

5. Jak dbać o zęby podczas noszenia aparatu ortodontycznego?

Kolejnym powodem dla którego trzeba zgłaszać się na regularne kontrole stomatologiczne jest ryzyko wystąpienia wady zgryzu. Niestety takie ryzyko jest bardzo duże, bo mało kto ma idealnie proste zęby bez pomocy aparatu. Przyczyn tego jest kilka:

- Wczesna utrata mlecznych zębów.
- Dysfunkcje i parafunkcje, o których dowiesz się w kolejnych rozdziałach książki.
- Złe nawyki żywieniowe - np: jedzenie wyłącznie papkowatych potraw.
- Zła higiena.
- Czynniki genetyczne.

Dentysta wcześniej zauważy, co jest normą, a co może zwiastować pojawienie się wady i zleci konsultację ortodontyczną. Leczenie ortodontyczne kojarzy nam się albo z drutami założonymi na zęby, albo wyciąganym aparatem do którego noszenia, ciężko jest przekonać dziecko, ale to nie wszystko. Ortodoncja to też odpowiednie ćwiczenia, które wzmacniają osłabione mięśnie (np warg, spowodowane przez zbyt długie używanie smoczka), logopedia oraz nauka dziecka prawidłowych funkcji, np. połykania.

Drodzy rodzice, punktem wyjścia do sukcesu leczenia ortodontycznego jest umiejętność prawidłowego oczyszczania zębów, szczególnie przy aparacie stałym. Dzieje się tak z prostej przyczyny. Aparat stwarza dodatkowe miejsca, w których może zalegać pokarm, dlatego bardzo wzrasta ryzyko powstania próchnicy. Jeżeli przed leczeniem zęby są „brudne”, założenie aparatu prosi się o tragedię.

Aparaty ruchome (noszone w ciągu nocy lub całą dobę z przerwami na mycie i jedzenie), są pod tym względem dużo mniej problematyczne, ale mogą być używane tylko do pewnego wieku i w konkretnych wadach zgryzu. Aparaty stałe zakładane są już nie dzieciom, ale młodzieży więc wiedza ta powinna być przekazana głównemu zainteresowanemu.

SZCZOTECZKA

Średnio twarda manualna, ale szczoteczka elektryczna lub sonicza znacznie lepiej sprawdzą się przy aparacie. Używając szczoteczki manualnej, stosujemy technikę Roll (opisana w poprzednim rozdziale), ale dobrze jest też uzupełnić ją o użycie specjalnej szczoteczki butelkowej. Służy ona do mycia przestrzeni między zębem, a aparatem. Zęby należy szczotkować, po każdym posiłku. Wygodnym rozwiązaniem jest też irygator. To urządzenie, które pobiera wodę ze zbiorniczka i wypuszcza ją pod dużym ciśnieniem, doskonale poradzi sobie z resztami pokarmu zalegającymi, gdzieś między „drutami”. Pamiętajcie, że irygator nie zastąpi szczotkowania!

OCZYSZCZANIE PRZESTRZENI MIĘDZYZĘBOWYCH

Użycie nitki dentystycznej jest w tym przypadku mocno ograniczone lub niemożliwe. Jeżeli pierścień aparatu założony jest np. na pierwszym trzonowcu, to przestrzeń za nim powinna być nitkowana.

PASTA

Zależnie od wieku, ale jeżeli mówimy o dzieciach powyżej 6 roku życia to używamy pasty dla dorosłych 1450 ppm. Dodatkowo dwa razy w tygodniu wieczorem używać pasty ze zwiększoną zawartością fluoru np. Duraphat 5000. Pasty ze zwiększoną zawartością fluoru, używamy po rekomendacji swojego stomatologa. Codziennie po wieczornym myciu zębów zaleca się używanie preparatu z fosfopeptydem kazeiny czyli Tooth Mouse/MI Paste

ZABIEGI PROFESJONALNE

Łuki i zamki aparatu utrudniają oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych, dlatego kamień nazębny może łatwo odkładać się w tych miejscach. Pacjenci z aparatem powinni mieć częściej przeprowadzany skaling. Czasami nie pełnego uzębienia tylko niektórych odcinków. Dodatkowo wskazane jest lakierowanie lakierem fluorowym lub okłady z pianki fluorkowej. Nie podaję częstotliwości

przeprowadzania tych zabiegów, ponieważ o tym musi zdecydować lekarz, który prowadzi pacjenta.

6. Czego się boimy - czyli o próchnicy słów kilka

Skąd właściwie bierze się próchnica? Aby zmotywować dzieci do szczotkowania opowiadamy im bajki o robakach, które zjadają zęby, jednak w każdej bajce jest ziarnko prawdy, bo próchnica to choroba bakteryjna.

Aby rozwinął się ubytek musi współistnieć kilka czynników:

- Bakterie - dokładnie paciorkowiec zmienny (*Streptococcus Mutans*), niektóre szczepy pałeczki kwasu mlekowego (*Lactobacillus acidophilus*) i promieniowców (*Actinomyces*).
- Węglowodany - pokarm dla bakterii.
- Czas.
- Podatność zęba - dołki i bruzdy, miejsca gdzie płytka nazębna może zalegać.

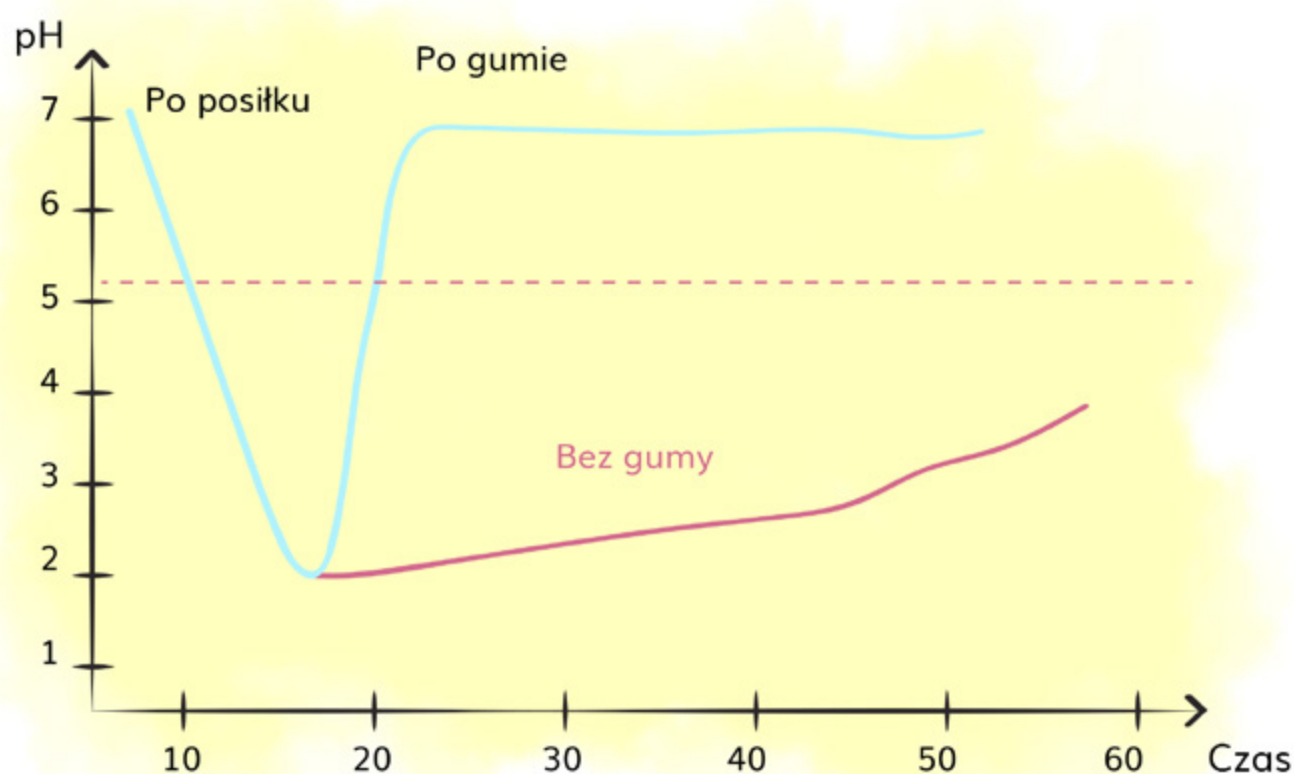
Bakterie aby rozpocząć niszczenie zęba muszą się „zgrupować” i przykleić do zęba czyli stworzyć płytkę bakteryjną. Płytką to ta biała maź, którą jesteśmy w stanie zdrapać z zębów już po całym dniu niemycia. Jest to bardzo interesująca „forma życia” ponieważ potrafi dojrzewać, czyli z czasem w płytce nazębnej pojawiają się bardziej agresywne drobnoustroje.

Jak bakterie niszczą zęby? Otóż dewastacja uzębienia jest skutkiem ubocznym, ponieważ bakteria żywi się cukrami dostarczonymi im przez nas.

Cukry te są trawione przez bakterie, w efekcie czego powstają kwasy, które rozpuszczają (demineralizują) szkliwo. Kwasy te mogą produkować, tylko w sytuacji, kiedy pH płytki nazębnej jest kwaśne. Badania dowodzą, że ważniejsze od ilości węglowodanów w diecie jest częstotliwość ich spożywania. Po posiłku, niskie pH (kwaśne) utrzymuje się przez ok. godzinę, a następnie przez właściwości buforujące śliny powraca do odczynu neutralnego. Wniosek jest jeden - podjadając między posiłkami stwarzamy bakteriom idealne warunki, żeby rozpuszczać zęby, ponieważ utrzymujemy



stale kwaśne pH. Wspomnę tylko, że szkliwo zdemineralizowane możemy remineralizować, ale do tego zagadnienia wrócimy później. Węglowodany to nie tylko cukry zawarte w słodczych, ale również w pieczywie, makaronach, suszonych owocach, chrupkach itp. Prawdą jest że najłatwiej trawią one sacharozę. Znane są cukry, które mimo słodkiego smaku nie stanowią pożywki dla bakterii. Mowa o ksylitolu i sorbitolu. Ksylitol hamuje również namnażanie bakterii, dlatego jest stosowany w gumach do żucia. Gummy z ksylitolem są polecane dla młodych mam, właśnie po to żeby zapobiec zarażeniu dziecka bakteriami próchnicotwórczymi. Dodatkowo żucie gumy po posiłku powoduje przyspieszenie wzrostu pH czyli zmniejsza się ryzyko demineralizacji szkliwa.



Możemy wymienić kilka czynników, które zwiększają ryzyko wystąpienia próchnicy u dzieci:

- Błędy dietetyczne - spożywanie dużej ilości węglowodanów, podjadanie między posiłkami.
- Niewłaściwa higiena - zła technika, niewłaściwa szczoteczka, stosowanie pasty bez fluoru.
- Brak opieki stomatologicznej.
- Zmniejszone wydzielanie śliny - Kserostomia jest chorobą objawiającą się uczuciem suchości jamy ustnej. U zdrowych osób

również występują stany zmniejszonego wydzielania śliny i dzieje się tak podczas snu, dlatego tak ważne jest szczotkowanie zębów przed snem, a po myciu i w nocy przyjmowanie wyłącznie wody.

- Przyjmowanie wziewnych leków sterydowych np. podczas leczenia astmy.*
- Częste przeziębienia, spadki odporności - prawdopodobnie jest to związane z podawaniem w nocy słodkich syropów przeciwgorączkowych.*
- Choroby ogólnoustrojowe np.: cukrzyca, refluks żołądkowy.*
- Wady zgryzu.*
- Niski poziom świadomości prozdrowotnej rodziców.*
- Status socjalno-ekonomiczny.*



Musicie wiedzieć, że próchnica występuje w wielu odmianach i klasyfikowana jest ze względu na umiejscowienie, przebieg i głębokość. Mimo tego, że doprowadzają do niej te same bakterie, inny rodzaj próchnicy jest charakterystyczny do różnej grupy pacjentów. Inny jest przebieg choroby u dziecka, dorosłego czy osoby starszej. Inaczej leczy się próchnice w zębach mlecznych, stałych, tych leczonych kanałowo. Została ona zakwalifikowana do chorób społecznych i cywilizacyjnych ze względu na powszechność występowania oraz konsekwencje dla organizmu. Pomijam skutki próchnicy kojarzące się jednoznacznie czyli ból, ropnie, wczesną utratę zębów, nieświeży oddech, nieestetyczny wygląd. Nie bez powodu osoby szykujące się do zabiegów operacyjnych np.: kardiologicznych czy okulistycznych, proszone są o przedstawienie zaświadczenia od stomatologa, że mają zdrowe zęby. W stanie obniżonej odporności, bakterie powodujące próchnicę i choroby przyzębia są groźne.

PRÓCHNICA BUTELKOWA - PRÓCHNICA WCZESNEGO DZIECIŃSTWA (ECC - EARLY CHILDHOOD CARIES)

Na wstępie wyjaśnię, że nazwa „próchnica butelkowa” jest już nazwą coraz rzadziej używaną. Wprowadzała opiekunów w błąd, bo kojarzyła się z karmieniem butelką, a wcale nie musi być z tym związana. Jest to najbardziej agresywny rodzaj próchnicy i niestety dotyka najmłodszych. Większość rad, jakie przekazuje w tej książce, ma na celu uchronienie dzieci właśnie przed tą przykrością. Zęby mleczne nie są tak mocno zmineralizowane jak stałe, dlatego przebieg tej próchnicy jest piorunująco szybki i ekspansywny, bo zajmuje kilka powierzchni

zęba na raz. Uwierzcie mi, że sytuacje, kiedy dwuletnie dziecko musi mieć leczone pod narkozą 16 zębów, w tym kilka usuniętych, nie są rzadkością. To smutna rzeczywistość!

Objawy

Rodzic najczęściej zauważa kredowo białe/żółte/brunatne plamy na zębach, w okolicy dziąsła.

Kredowo białe plamy często usypiają czujność, ale świadczą one o chorobie, a nie o zdrowiu zęba!

Próchnica atakuje przednie górne zęby, następnie przenosi się na trzonowce, bo wyzynają się one później. Dolne siekacze ze względu na ciągły przepływ śliny zazwyczaj są zainfekowane w mniejszym stopniu niż górne zęby. Zęby mleczne bolą! I trzeba to powiedzieć głośno - dziecko chorujące na próchnicę cierpi, dlatego może pojawić się podwyższona temperatura i rozdrażnienie. Szczególnie jeżeli dojdzie do zakażenia miazgi i powstania ropnia.

Przyczyny

Główną przyczyną jest podawanie dziecku słodzonych napojów, mleka lub kaszek przed snem lub w nocy.

Nie tylko karmienie butelką w nocy jest ryzykowne. Przedłużone karmienie piersią też może powodować próchnicę butelkową, podobnie jak ciągłe podjadanie słodkich przekąsek w ciągu dnia. Podaż węglowodanów w nocy i w ciągu dnia to ważny czynnik odpowiedzialny za powstawanie próchnicy butelkowej, natomiast występuje jeszcze szereg okoliczności sprzyjających:

- Patologiczny przebieg ciąży.
- Uporczywe i długotrwałe wymioty.
- Niewłaściwe odżywianie w czasie ciąży.
- Niski status socjoekonomiczny.
- Wcześnieactwo.
- Cięża bliźniacza.

Leczenie

Zależnie od zaawansowania procesu. Jeżeli nie jest zbyt późno, można usunąć próchnicę i założyć wypełnienia, w razie konieczności przeleczyć zęby kanałowo (jest to zabieg również wykonywany u dzieci). Można wykonywać zabieg lapisowania czyli malowanie zęba na czarno azotanem srebra. Niestety ta metoda nie leczy próchnicy, tylko spowalnia jej przebieg, dodatkowo zęby stają się zupełnie czarne, a to może być powodem do drwin rówieśników. Jeżeli proces jest bardzo zaawansowany, powikłany zgorzelą miazgi, zęby trzeba usunąć. Mówimy tutaj o bardzo małym pacjencie, tak małym że nie jest on w stanie współpracować z dentystą, dlatego leczenie często musi odbywać się przy użyciu leków uspokajających (np. hydroksyzyny), gazu rozweselającego lub w znieczuleniu ogólnym.

Równie ważne jak zabiegi w gabinecie jest rozpoznanie czynnika, który doprowadził do takiej dewastacji zębów i pomóc rodzicowi znaleźć rozwiązanie. Za leczeniem w gabinecie, musi iść zmiana nawyków dietetycznych, higienicznych oraz stałe i częste kontrole.

7. Dlaczego mojemu dziecku krwawią dziąsła podczas szczotkowania?

Zdrowa buzia to nie tylko zęby wolne od próchnicy. To również prawidłowy zgryz oraz zdrowe przyzębie. Polacy bardzo bagatelizują problem krwawiących dziąseł. Do tego stopnia, że dla niektórych jest czymś normalnym, tłumacząc sobie, że to przecież wina np. twardej szczoteczki. W przypadku dzieci jest tylko trochę lepiej.



Na załączonym obrazku widać, że zalegający kamień nazębny powoduje zapalenie dziąseł, objawiające się krwawieniem. Jeżeli problem nie zostanie rozwiązany (kamień nadal się utrzymuje), stan zapalny obejmuje struktury znajdujące się poniżej błony śluzowej, czyli kość. Procesy obronne organizmu to miecz obusieczny - zabijają drobnoustroje, uniemożliwiając im wtargnięcie do organizmu, ale niszczą też kość. Kości z czasem zaczyna ubywać, a zęby stają się rozchwiane. Po pewnym czasie wypadają.

Krwawienie z dziąseł nigdy nie jest niczym normalnym, jeżeli nie ma związku faktycznie z jakimś urazem. Zawsze zwiastuje problem - od początkowo niegroźnego zapalenia dziąseł do białaczki, cukrzycy i innych chorób.

ALE DLACZEGO KRWAWIĄ?

Przypomnijmy sobie rozdział o powstawaniu próchnicy i bakterie, które są za to odpowiedzialne. Znowu główną rolę w opowieści będzie grała płytka nazębna

i urzędujące tam bakterie. Musicie wiedzieć, że ten biały nalot na zębach to istna dżungla, która nie dość że żyje to jeszcze się rozwija. Zależnie od czasu, jaki płytka nazębna jest w buzi, bytują w niej różne bakterie. Dla przykładu, płytka dojrzała czyli 7-9 dniowa zawiera krętki, wrzecionowce, bakterie obdarzone ruchem oraz beztlenowce, czyli całe zoo. W dodatku bakterie te są już chorobotwórcze dla przyzębia i nie tylko. Ale hola, hola pani doktor, przecież ja myję zęby po każdym posiłku, to jak mam wyhodować takie stado? Właśnie dlatego nawet częste mycie, ale nieprawidłową techniką lub nie nitkowanie zębów, sprawia, że zmywamy tylko powierzchowną warstwę płytki nazębnej, a w zakamarkach rosną takie cuda natury. Bakterie bytujące w płytce wytwarzają różnego rodzaju toksyny, które powodują destrukcję tkanek przyzębia. Komórki odpornościowe naszego organizmu, nie mogą stać bezczynnie i broniąc się, wytwarzają enzymy. Enzymy nie działają niestety wybiórczo - trawią zarówno bakterie, jak i swoje tkanki. Na początku choroby niszczą tkankę łączną, znajdującą się pod śluzówką, następnie kość podtrzymującą zęby. Domyślcie się pewnie, że ten proces możemy nazwać stanem zapalnym, który charakteryzuje wzmożone ukrwienie miejsca, w którym się toczy. Naczynia krwionośne są rozpulchnione, co powoduje krwawienia przy najmniejszym urazie, czyli myciu zębów, jedzeniu.

Teraz już wiecie, że bzdurą są reklamy, w których na krwawiące dziąsła dentysta poleca pastę. Do szafu doprowadzają mnie te kłamstwa, dlatego że chęć zysku ze sprzedaży pasty, realnie wpływa na bagatelizowanie problemu. Najczęstszą przyczyną krwawień jest stan zapalny spowodowany zalegającą płytką nazębną i kamieniem, którego pasta na pewno nie usunie. Samo zapalenie przyzębia trwające latami prowadzi do utraty zębów, ale jeżeli dziąsła krwawią mimo braku stanu zapalnego, wymaga to diagnostyki i wzmożonej czujności! W ciąży lub podczas pokwitania, odpowiedź immunologiczna naszego organizmu dodatkowo modulowana jest przez podwyższony poziom hormonów, dlatego te stany dodatkowo predysponują do krwawienia dziąseł.

8. Fluor

Przyznam, że jest to rozdział, którego napisanie przysporzyło mi najwięcej problemu. Głównym powodem było to, że w społeczeństwie coraz częściej spotyka się osoby sceptycznie nastawione do stosowania fluoru. Zacznę od tego, że w tej książce nie znajdziecie rad, jaką pastę bez fluoru najlepiej stosować. Takie pasty nie mają zdolności remineralizujących oraz nie utrudniają wytwarzania szkodliwych kwasów bakteriom próchnicotwórczym, dlatego nie polecam ich w codziennej higienie.

Powiem więcej, mycie zębów dzieciom pastą bez fluoru, jest działaniem na ich szkodę!



DLACZEGO FLUOR JEST DOBRY DLA NASZYCH ZĘBÓW?

Najprościej mówiąc, fluor możemy albo połknąć (działanie endogenne), albo wcierać go w zęby (działanie egzogenne).

Działanie endogenne ma znaczenie w czasie poprzedzającym pojawienie się zębów, ponieważ wpływa on na dojrzewanie szkliwa. Fluor trafia do naszych organizmów ponieważ zawarty jest w wodzie i pożywieniu. W produktach żywnościowych, największą ilość fluoru zawiera herbata.

Działanie egzogenne ma miejsce, kiedy używamy preparatów z fluorem do higieny jamy ustnej. Nasze szkliwo zbudowane jest z drobinek - hydroksyapatytów. Bakterie próchnicotwórcze dzięki produkcji kwasów, mają zdolność rozpuszczania ich. Fluor wbudowuje się w strukturę hydroksyapatytów, zmieniając je w fluoroapatyty, bardziej odporne na działanie kwasów.

Drugą zaletą stosowania fluoru jest pobudzenie szkliwa do remineralizacji. Oznacza to, że do szkliwa częściowo rozpuszczonego przez kwasy, przyciąga jony fosforanowe i wapnia. Jony te wbudowują się w strukturę szkliwa i wzmacniają je.

Po trzecie fluor upośledza działanie bakterii odpowiedzialnych za próchnicę. Preparaty zawierające fluor dostępne do użytku domowego to pasty do zębów, nitki dentystyczne, płukanki, żele ze zwiększoną zawartością tego pierwiastka. Dodatkowo w gabinecie stomatologicznym stosujemy lakiery fluorkowe lub okłady. Znana ze szkół fluoryzacja jest też metodą egzogennej podaży fluoru.

CZY FLUOR JEST TOKSYCZNY?

Było trudno, ale teraz będzie jeszcze kontrowersyjnie! Sięgnijmy do historii. W XV wieku Paracelsus powiedział „Wszystko jest trucizną, decyduje tylko dawka”. Fluor jest toksyczny, podobnie jak sól w solniczce, paracetamol, suplementy, czyli po przekroczeniu pewnej dawki. Dawka toksyczna wynosi 5mg F/kg (1mg/kg u dziecka), a powodująca zgon to 15 mg/kg. Wiem, że te liczby niewiele mówią, dlatego w tabelce zestawiałam jaką ilość pasty do zębów musiałby spożyć dorosły i dziecko, aby doszło do zatrucia lub zgonu. Za przykład użyję pasty dla dorosłych 1450 ppm.

Czy fluor jest toksyczny?

	Dorosły 80kg Dawka toksyczna	Dorosły 80kg Dawka śmiertelna	Dziecko 15kg Dawka toksyczna	Dziecko 15kg Dawka śmiertelna
Ilość fluoru	400mg	1200mg	15mg	225mg
Pasta dla dorosłych 1450 ppm	275 ml	827 ml	10ml	326 ml

Zakładając, że standardowa tubka pasty ma 75ml, wartości te są nierealne. Dzienna dawka fluoru jaką człowiek może przyjmować to ok 3mg F dziennie.

Szacunkowe dzienne przyjęcie fluoru ze środków spożywczych i wody, przy stężeniu fluoru w wodzie pitnej wodociągowej wynoszącym 1,0 mg/l, wynosi: – dla dzieci w wieku 1-1,9 roku – 0,51 mg/dzień, – dla dzieci w wieku 12-14,9 roku – 1,311 mg/dzień.

Z tych skomplikowanych danych wynika jedno - przy prawidłowym szczotkowaniu zębów, mimo faktu, że nasza woda w kranach zawiera fluor i że spożywamy go w mięsie czy herbacie, nie ma możliwości zatrucia się fluorem!

Dociekliwych czytelników zachęcam do zapoznania się z badaniami, na podstawie których pisałam ten rozdział:

- https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/fluoride_drinking_water_full.pdf
- <http://www.czytelniamedyczna.pl/5611,stanowisko-polskich-ekspertlw-dotyzce-indywidualnej-profilaktyki-fluorkowej-cho.html>
- <https://www.crazynauka.pl/czy-woda-pitna-z-fluorem-moze-byc-niebezpieczna-dla-zdrowia/>

Co zrobić jeżeli doszło do zatrucia fluorem?

O takiej sytuacji możemy mówić w momencie, kiedy zauważymy, że dziecko zjada pastę z tubki. Najprawdopodobniej nie będziemy wiedzieli, jak dużo maluch mógł jej zjeść. Wtedy musimy jak najszybciej podać do picia dużą ilość mleka i spowodować wymioty. Jak najszybciej należy jechać do szpitala, ponieważ fluor bardzo szybko się absorbuje. Pamiętajcie, żeby pasta zawsze znajdowała się poza zasięgiem dzieci!

CO TO JEST FLUROZA?

Jest to choroba, która spowodowana jest zbyt dużą ilością przyjmowanego fluoru, podczas rozwoju szkliwa. Mniejszą niż dawką toksyczną, ale większą niż zalecaną. Występują różne postacie fluorozy, a zmiany spowodowane przez nią obserwujemy na szkliwie. Częściej występuje w zębach stałych niż w mlecznych. Szkliwo plamkowe to najłagodniejsza postać fluorozy. Nie stanowi dużego defektu estetycznego, nie można odróżnić go od plamek spowodowanych np. przez urazy. Skala uszkodzenia szkliwa wzrasta wraz z ilością nadprogramowego fluoru przyswojonego przez rozwijający się organizm. Ostra fluoroza cechuje się niedorozwojem szkliwa. Wiem, że brzmi to bardzo poważnie i wręcz niepokojąco. Fluoroza może występować w miejscach gdzie woda zawiera zbyt dużą ilość fluoru. Szkliwo plamkowe pojawia się w miejscach o fluoryzacji wody 2-3ppm (WHO rekomenduje 1ppm). Niestety nie wiem, gdzie występują takie regiony, w artykułach medycznych spotkałam się z informacją że takim miejscem jest Libia. Literatura podaje (Stomatologia zachowawcza z endodoncją zarys kliniczny Zbigniew Jańczuk, Urszula Kaczmarek, Mariusz Lipski PZWL Warszawa 2014), że w Polsce większe stężenie fluoru w wodzie pitnej występuje w Malborku,

Błaszka, Nysie i Lublińcu. Niestety w mojej praktyce jeszcze nie spotkałam się z fluorozą, dlatego podaje informacje zaczerpnięte z książek.

Chciałabym was jednak uspokoić, że jednorazowe nałożenie większej ilości pasty na szczoteczkę do zębów nie spowoduje u dziecka fluorozy.

CZY POLSKIE DZIECI NADAL POTRZEBUJĄ FLUORYZACJI? Pewnie większość z nas kojarzy wizyty higienistki w szkole i grupowe mycie zębów specjalnym preparatem. Zabiegi te przeprowadzane są do tej pory w szkołach podstawowych. Fluoryzacja polega na szczotkowaniu zębów preparatem zawierającym fluor (o stężeniu większym niż pasta używana na codzień). Odbywa się 6 razy w ciągu roku szkolnego w odstępach, co 6 tygodni. Jest to bardzo skuteczna metoda zapobiegania próchnicy, ponieważ łączy w sobie działanie fluoru oraz naukę prawidłowego szczotkowania.

Fluoryzacja nie jest obowiązkowa i na początku roku szkolnego rodzice powinni wyrazić na nią zgodę. Jak już wcześniej ustaliliśmy ryzyko przedawkowania fluoru jest znikome, a korzyści wynikające ze stosowania go - ogromne, dlatego zachęcam wszystkich rodziców, aby umożliwili dzieciom korzystanie z fluoryzacji. Częstotliwość występowania próchnicy u dzieci jest duża, a fluoryzacja jest jednym z niewielu zabiegów oferowanych przez Państwo, który ogranicza jego występowanie.

9. Czy dentysta tylko wierci dziury w zębach? O zabiegach profilaktycznych w gabinecie.

Przyznam się szczerze, że do czasu aż nie znalazłam się na studiach stomatologicznych, sama kojarzyłam gabinet dentystyczny z przeszywającym dźwiękiem wiercenia, ewentualnie z ortodontą. Dopiero na studiach dowiedziałam się, że w gabinecie przeprowadza się zabiegi, które po pierwsze są bezbolesne, a po drugie zapobiegają wielu chorobom jamy ustnej. W Polsce osoby ubezpieczone mogą wykonywać niektóre zabiegi w ramach NFZ, alternatywą jest leczenie w prywatnym gabinecie. Opiszę zabiegi, które wykonujemy w ramach prywatnej opieki zdrowotnej, a na końcu rozdziału dodam, co NFZ oferuje nam w ramach refundowanych zabiegów.

LAKOWANIE

Zabieg polega na wypełnianiu bruzd zdrowych zębów lakiem szczelinowym utwardzanych światłem. Lakować teoretycznie możemy wszystkie zęby posiadające bruzdy (trzonowce, przedtrzonowce), w praktyce zabieg ten wykonuje się w trzonowcach mlecznych, szóstkach i siódmkach. Aby lakowanie było skuteczne, muszą zostać spełnione dwa warunki:

1. Ząb musi być wolny od próchnicy, czyli lak zakładamy najszybciej jak to możliwe.
2. Musi być możliwość odizolowania zęba od śliny. Dlatego też kandydat do lakowania powinien być całkowicie wyrznięty, a pacjent musi współpracować. Tutaj ogromną rolę odgrywają wizyty adaptacyjne, ponieważ lakowanie jest zupełnie bezbolesne, dziecko po prostu musi ufać lekarzowi i umożliwić mu przeprowadzenie zabiegu.

Już słyszę w głowie - „Ale pani kochana, po co to zdrowe zęby kleić. Tyle gadać o szczotkowaniu to wystarczy szczotkować.” No nie wystarczy. Wiele bruzd w stałych trzonowcach jest w kształcie uniemożliwiającym oczyszczenie, np odwróconej litery Y. Lak wnika w bruzdę i uniemożliwia bakteriom przebywanie w tych miejscach. Jak już wcześniej wspomniałam, możemy lakować też inne zęby, natomiast potrzebę i możliwość wykonania zabiegu ocenia lekarz. Zabieg

ten może też przeprowadzić higienistka.

Uwaga! Lakowanie, mimo że zostało przeprowadzone prawidłowo, nie wyklucza rozwoju próchnicy raz na zawsze. Jeżeli ząb nie będzie oczyszczany szczoteczką i płytka nazębna będzie go stale oblepiać, próchnica wniknie pod lak, dlatego tak ważne są regularne badania, żeby sprawdzać szczelność wypełnień.

LAKIEROWANIE

Psze pani, przecież o tym już było! Ależ nie, bo lakowanie i lakierowanie to nie to samo, chociaż potrafi się mylić :) Lakierowanie to smarowanie zębów lakierem, który zawiera fluor lub chlorheksydynę. Chlorheksydyna to substancja działająca przeciwbakteryjnie. Zabieg polega na oczyszczeniu zębów szczoteczką obrotową, następnie odizolowaniu zębów od śliny, osuszeniu i wtarcu w nie lakieru. Dzieciom poniżej 6 roku życia ze średnim i wysokim ryzykiem próchnicy, lakieruje się zęby 2-4 razy w roku. Idealny zabieg na wizyty adaptacyjne, ponieważ szczoteczka zakładana jest na kątnicę (tam też zakładane są wiertła). Dziecko ma do czynienia z przyrządami zabiegowymi, ale w bezbolesny sposób. Dodatkowo „malowanie” ząbków jest przez nie dobrze tolerowane. Plusem jest też oswojenie się z wałkami z ligniny w buzi. Po zabiegu, zależnie od użytego preparatu, dziecko nie może przez pewien czas jeść i pić, oraz myć zębów (!) Do następnego dnia rano.

Uwaga: Przeciwwskazaniem do lakierowania jest astma oskrzelowa.

USUWANIE KAMIENIA - SKALING I PIASKOWANIE

Podejrzewam, że większość z nas miała styczność z tym zabiegiem, bo jest to najczęstsza procedura profilaktyczna wykonywana w gabinecie. Usuwanie kamienia z zębów (o tym, skąd on się tam bierze, dowiedzieliście się z poprzednich rozdziałach) polega na rozbijaniu go ultradźwiękami i wypłukiwaniu go strumieniem wody. Podczas skalingu słyszymy dźwięk drapania igłą po szkle (miód na każde ucho...). Sam zabieg raczej nie należy do przyjemnych, jednak nie można nazwać

go też szczególnie bolesnym. Na pewno nie zgodzą się ze mną osoby, które cierpią na nadwrażliwość, zapalenie przyzębia lub mają rozchwiane zęby. Przy takich dolegliwościach kamień ściąga się w znieczuleniu. Po co robimy skaling? Żeby zapobiegać lub leczyć stany zapalne dziąseł, które najczęściej objawiają się krwawieniem. Ma to też związek z próchnicą, bo kamień jest zalegającą płytką nazębną, dodatkowo rozpulchnione i krwawiące dziąsła, nie sprzyjają prawidłowemu oczyszczaniu. Dopełnieniem skalingu jest wypłaskowanie zębów, aby pozbyć się osadów. Na mlecznych zębach rzadko kiedy obserwuje się złogi kamienia, niemniej jednak zdarzają się takie przypadki i na wizycie trzeba użyć skalera.

BADANIE STOMATOLOGICZNE, USTALENIE PLANU LECZENIA
Jak często powinniśmy chodzić z dzieckiem do dentysty? Przyjmijmy, że maluch odwiedził gabinet w swoje pierwsze urodziny (swoją drogą super prezent, rodzice roku :)) i dentysta nie stwierdził żadnych nieprawidłowości, kolejną kontrolę ustala za pół roku. Jeżeli dziecko nie ma ubytków, a rodzic dba o zdrowe nawyki, wizyty przeprowadza się co pół roku lub nawet, co rok. W przypadku takiego dziecka mówimy, że ryzyko próchnicy jest małe. Jeżeli dentysta zauważy zalegające złogi, resztki jedzenia, zapalenie dziąseł lub pierwsze ubytki, częstotliwość wizyt należy zwiększyć np raz na 3 miesiące, raz na pół roku. Ryzyko próchnicy określamy jako średnie lub wysokie. Zależnie od stanu zębów dziecka, dentysta indywidualnie powinien zaplanować zabiegi profilaktyczne i ustalić plan leczenia. Nie ma na to złotej reguły.

Kochani rodzice, wiem że kierowani dobrem waszych pociech, czasami macie wątpliwości czy małemu dziecku powinno robić się zdjęcie RTG. Otóż w każdym przypadku, kiedy dentysta ma wątpliwość, a zdjęcie może ją rozwiać, powinno być wykonane. Dorośli na corocznym badaniu stomatologicznym powinni mieć robione zdjęcia diagnostyczne tzw skrzydłowo-zgryzowe, zębowe i co dwa lata pantomogram.

Piszę o tym, bo często zapominamy, że współpraca między dentystą, a pacjentem nie powinna opierać się tylko na wizytach, kiedy dziecko ma problem. Lekarz powinien zaplanować częstotliwość spotkań na których przeprowadzane będzie badanie, zabiegi profilaktyczne (lakierowanie, lakowanie, skaling) i jeżeli zaistnieje taka konieczność to leczenie. Pacjent, a właściwie rodzic pacjenta, musi być na bieżąco informowany, co będzie „tematem” wizyty.

Nie bójcie się zadawać pytań, zawsze lepiej unikać nieudomówień. Jesteśmy do Waszej dyspozycji. Zawsze chętnie wytłumaczymy, dlaczego postępujemy tak, a nie inaczej. Rozmowa z lekarzem i rozwiewanie wątpliwości pacjenta jest szczególnie ważne w czasach, kiedy każdy z nas szuka odpowiedzi w internecie, który pełen jest nieprawdziwych informacji, mogących budzić niepokój.



W naszym kraju, niestety mamy wiele zastrzeżeń do opieki zdrowotnej. Świadczenia stomatologiczne dla dorosłych, są bardzo ograniczone. Nie można liczyć np na leczenie kanałowe trzonowców lub uzupełnienie braku implantem. Natomiast w przypadku dzieci jest trochę lepiej. Warto zaznaczyć, że kobietom w ciąży lub połogu również przysługuje kilka dodatkowych zabiegów, co tylko powinno zachęcać do zadbania o zęby w tym stanie. Karmienie piersią nie jest przeciwwskazaniem! Pacjentki te mogą liczyć na leczenie kanałowe wszystkich zębów, a w przypadku innych osób po 18 roku życia, tylko zębów przednich. Pamiętajmy, że nawet jeżeli finanse nie pozwalają na wizyty w prywatnym gabinecie, nie pozostawiamy dziecka bez opieki stomatologicznej, bo taką zapewnia mu państwo. Poniżej załączam listę zabiegów refundowanych dzieciom do 18 roku życia:

1. Zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych (raz do ukończenia 8 roku życia).
2. Lakierowanie wszystkich zębów stałych.

3. Impregnacja zębiny zębów mlecznych.
4. Leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych.
5. Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych.
6. Leczenie chorób przyzębia.
7. Leczenie ortodontyczne do ukończenia 12 roku życia.
8. Wypełnienia kompozytowe światłoutwardzalne w zakresie zębów siecznych i kłów w szczęcie i żuchwie.
9. Leczenie kanałowe wszystkich zębów stałych.
10. Skaling.
11. Leczenie stomatologiczne w narkozie - wyłącznie dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności.

10. Profilaktyka wad zgryzu

Postanowiłam napisać osobny rozdział, w którym powiem, jak zapobiegać rozwojowi wad zgryzu. Zacznę od kilku słów wyjaśnienia. Powstawanie wad zgryzu jest procesem złożonym, ponieważ składa się na niewiele czynników. Są to:

- Czynniki genetyczne.
- Czynniki działające już w życiu płodowym - np: nieprawidłowe ułożenie płodu, szkodliwe działanie niektórych leków.
- Czynniki miejscowe - dysfunkcje (zaburzenia czynności fizjologicznych np: połykania, oddychania, żucia, mowy, wady postawy), parafunkcje (funkcje niepotrzebne organizmowi), próchnica, urazy.

Czynniki miejscowe u dzieci odpowiadają za 80% zaburzeń szczękowo-zgryzowych. Ponadto rodzice mają realny wpływ na zapobieganie im, dlatego opiszę je w tym rozdziale. Wiem, że słowny opis wad zgryzu jest nieprzystępny dla zwykłego śmiertelnika (pamiętam moje męki ucząc się tego na studiach), dlatego załączę kilka zdjęć, żeby czytelnik mógł wyobrazić sobie wadę zgryzu, o której mowa.

SSANIE SMO CZKA, PALCA

Zacznijmy od tego, że dziecko rodzi się z odruchem ssania. Zanika on po pierwszym roku życia, a ssanie pustego smoczka, przedłuża go i może prowadzić do wystąpienia wad zgryzu. Niemowlę ssie swoje piąstki już w łonie matki, później czynność ta go uspokaja, ułatwia zasypianie, rozładowuje stres. Coraz więcej rodziców waha się przed podaniem dziecku smoczka. Wydawać by się mogło, że dla dziecka naturalnym jest ssanie kciuka, ale czy na pewno jest to dobre rozwiązanie? Zestawiłam te dwie sytuacje w tabelce:

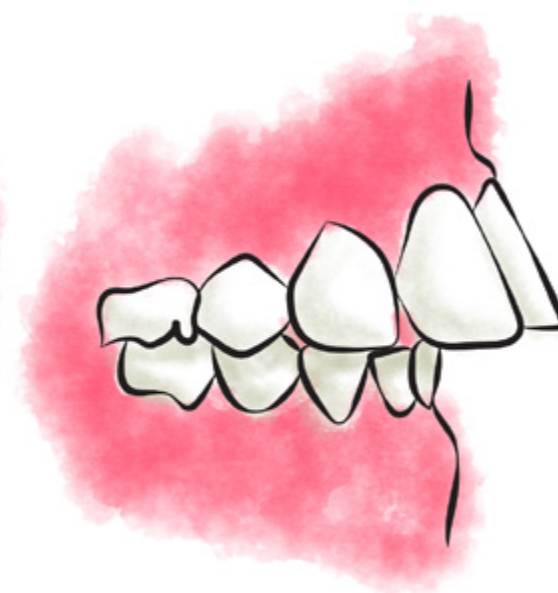
	Smoczek	Palec
Koszt	+	-
Konieczność wymiany	Wymieniamy smoczek wraz ze wzrostem dziecka. Należy wymienić go na anatomiczny, dopasowany do rosnącej jamy ustnej dziecka. Smoczek nie powinien być używany dłużej niż miesiąc.	-
Gubienie się :)	+	-
Higiena	Jeżeli smoczek upadnie na podłogę powinien zostać wyparzony	Dziecko ciągle dotyka rękami różnych powierzchni, kciuk nie jest higieniczny
Sen	Znajdź smoczek w nocy, po ciemku, po ciuch i szybko... :)	-
Odzwyczajanie	Można zabrać	Nie można odciąć
Rodzaj wady zgryzu przy przedłużonym używaniu	Tyłozgryzy, zgryz otwarty, zwężenie szczęk, wychylenie siekaczy górnych	Zależnie od ułożenia kciuka zwężenie szczęk, przodozgryzy, zgryzy otwarte, protruzja siekaczy górnych, retruzja siekaczy dolnych

Zarówno ssanie palca, jak i smoczka z czasem powodują wady zgryzu. Lekarze dentyści i pediatrzy powinni informować rodziców o konieczności oduczenia ssania do 18 miesiąca życia. Analizując tabelkę, można dojść do wniosku, że lepiej pozwolić dziecku na ssanie palca, ale jest to błędne. W przypadku smoczka, łatwiej jest go odstawić. Po prostu pewnego dnia smoka „gubimy”, następuje kilka nieprzespanych nocy i zapominamy o problemie. W przypadku kciuka problem jest znacznie większy. Nie wyobrażam sobie skutecznie wytłumaczyć rocznemu dziecku, żeby przestało ssać palec. Niestety jedną z metod oduczenia

tego nawyku jest bandażowanie ręki w okolicy łokcia, tak żeby dziecko nie było w stanie dosięgnąć dłonią ust. I nie jest to sadystyczny wymysł, tylko metoda leczenia. Dlatego przedłużone ssanie smoczka do pierwszego roku życia nie jest złem, a daje rodzicom chwile wytchnienia. Ssanie smoka i kciuka powoduje szereg wad zgryzu, najpowszechniejszymi z nich są tyłozgryzy i zgryzy otwarte.



ZGRYZ OTWARTY



TYŁOZGRYZ

OBGRYZANIE PAZNOKCI

Jest to problem dotyczący starszych dzieci. Nawyk ten może powodować zahamowanie wzrostu szczęk, co prowadzi do zgryzu otwartego. Z uwagi na to, że dzieci najczęściej mają brudne ręce, obgryzanie paznokci jest niehigieniczne oraz powoduje zniekształcenie wału paznokciowego.

KARMIENTE NIEMOWLĘCIA

To zagadnienie opisałam w rozdziale o karmieniu noworodka. Nieprawidłowe karmienie butelką (napieranie butelką na brodę) może powodować tyłozgryzy. Natomiast smoczki o zbyt dużym przepływie, niedostateczne wzmocnienie mięśni warg i oddychanie przez usta.

WADY POSTAWY

Nasze ciało to układ naczyń powiązanych. Piękna maszyna, która będąc sprawną, pracuje harmonijnie. Jednak kiedy szwankuje jedna część, reszta układu musi się przystosować. Właśnie taki wpływ na zgryz



mają wady postawy. Boczne skrzywienia kręgosłupa, będą powodowały boczne przemieszczenia żuchwy, a nadmierne wygięcie kręgosłupa do przodu w odcinku szyjnym - tyłozgryzy.

NIEPRAWIDŁOWE POŁYKANIE

Noworodek przystosowując się do ssania wykształcił mechanizm połykania, w którym wysuwa język przed wały dziąsłowe, później zęby. Ten typ połykania w drugim roku życia powinien być zastąpiony przez sposób połykania zwany dorosłym. Aby tak się stało należy stopniowo zastępować papkowate pokarmy, coraz twardszymi. Długotrwałe używanie smoczka lub ssanie palców, może prowadzić do przetrwania niemowlęcego typu połykania. Skutkami tego są zgryzy otwarte lub tyłozgryzy. Dodatkową konsekwencją może być seplenienie i inne wady wymowy.

ODDYCHANIE PRZEZ USTA

Fizjologicznie człowiek oddycha przez nos. W jamie nosowej powietrze jest oczyszczane i ogrzewane, następnie dostaje się do płuc. Ruch powietrza stymuluje szczękę do prawidłowego rozwoju, jeżeli tego brakuje kształtuje się wąskie podniebienie oraz charakterystyczne wady zgryzu: tyłozgryz z wychylonymi siekaczami. Twarz dziecka nabiera tępego wyrazu.

Tor oddychania zmienia się, kiedy górne drogi oddechowe są permanentnie zablokowane lub zwężone. Ma to miejsce przy przeroście migdałka podniebienne, częstych infekcjach lub reakcjach alergicznych. Dodatkowo prowadzi to do niedotlenienia organizmu, gorszej koncentracji, wad wymowy oraz większej podatności na próchnicę. Jeżeli po wyeliminowaniu przyczyny, dziecko dalej oddycha przez usta, mamy do czynienia z nawykiem, który jeszcze trudniej jest wyeliminować. Oddychanie przez usta nie jest zjawiskiem normalnym, wymaga diagnostyki i leczenia!



PRÓCHNICA I PRZEDWCZESNA UTRATA ZĘBÓW MLECZNYCH
Powodów dla których należy dbać i leczyć zęby mleczne jest bardzo dużo, dlatego temat ten zasłużył na osobny rozdział w książce. Jednym z nich (i wcale nie najważniejszym!) są konsekwencje ortodontyczne. Szczeka i żuchwa dziecka ciągle rośnie. Impulsami stymulującymi wzrost jest nacisk, powodowany przez zęby kontaktujące się podczas żucia. Niebagatelne znaczenie ma też podawanie twardych pokarmów, które stymulują wzrost kości oraz ścieranie się zębów mlecznych.

Zęby zawsze będą dążyły do wzajemnego kontaktu. Oznacza to, że chcą się o siebie opierać i zrobią wszystko, żeby tylko dotykać sąsiada. Mogą się przesuwac, pochylać, obracać w swoją stronę.

Jeżeli dziecko straci mleczną czwórkę, piątka przesunie się do przodu. W przyszłości zabraknie miejsca dla stałych zębów, które są większe i jest ich więcej, dlatego wyrzną się poza łukiem zębowym. Utrata trzonowców, spowoduje też nieprawidłowe żucie pokarmu i czynnościowe wady zgryzu.

W stomatologii przez lata utarło się przekonanie, że zębów mlecznych, nawet tych bardzo zniszczonych nie należy usuwać, bo „trzymają” miejsce dla stałego następcy. Niestety, to bardzo szkodliwy mit, bo zęby w stanie ropnym lub z bardzo zaawansowaną próchnicą stanowią zagrożenie dla zdrowia dziecka. Powinny być usuwane i zastępowane specjalnymi koronami, utrzymującymi przestrzeń dla stałych następców, a w przypadku licznych braków, stosuje się protezy dziecięce. Temat przedwczesnej utraty zębów mlecznych i konsekwencji ortodontycznych z tym związanymi, opisałam bardzo telegraficznie, ale pozwolę sobie na ogólne podsumowanie, które powinno skłonić rodziców do refleksji. Każdy mleczny ząb, który dziecko straci za wcześnie, spowoduje problem ortodontyczny w przyszłości. Problem mniejszy lub większy, dlatego że ortodoncja to nie tylko estetyka, ale też funkcjonalność.

11. Dlaczego trzeba leczyć zęby mleczne?

Trzeba je leczyć czy nie trzeba? Przecież i tak wypadną... Zapomnijcie o tym strasznym micie. Mleczaki trzeba leczyć z wielu powodów.

DOBRE SĄSIEDZTWO

W wieku 6 lat w buzi dziecka pojawiają się stałe szóstki. To ostatnie zęby w łuku więc utrzymanie higieny jest trudniejsze, w dodatku rodzic czasami może przegapić moment, w którym się pojawią. Mleczaki, w których jest aktywna próchnica, stanowią rezerwuuar bakterii. Próchnica szybko zaatakuję stałego sąsiada, a pamiętajmy, że mleczne zęby nie wypadają na raz, tylko przez pewien czas są w buzi razem ze stałymi, tworząc uzębienie mieszane.

WADY ZGRYZU I WYMOWY

Jama ustna to nie tylko zęby i przyjmowanie pokarmu. To też pomocnicze drogi oddechowe i aparat mowy. Spełnia ogromną ilość funkcji i każda z nich może zostać zaburzona, jeżeli odpowiednio nie zadbamy o buzię dziecka. O wadach zgryzu spowodowanych przedwczesną utratą zębów mlecznych wspominałam już w rozdziale o profilaktyce ortodontycznej. Siekacze stanowią opór dla języka w wypowiedaniu niektórych głosek. Brak tego oporu spowoduje problemy logopedyczne.

ADAPTACJA DZIECKA W GABINECIE

Jeżeli wizyty u dentysty zaczniemy od konieczności leczenia głębokich ubytków, dziecku ciężko będzie przekonać się do wizyt. Mały człowiek nie rozumie, że jest to dla jego dobra. Może zdarzyć się, że próchnica spowoduje powikłanie w postaci ropnia. Współczuje dziecku i rodzicowi, który w nocy szuka pomocy w pogotowiu stomatologicznym.

CIERPIENIE DZIECKA

Tego podpunktu nie trzeba rozwijać. Powtórzę po raz kolejny - zepsute zęby mleczne bolą. Prawdą jest, że miazga (naczynia i nerwy w środku zęba) ulega degeneracji wraz z resorpcją korzenia, ale dzieje się to przed wymianą uzębienia. Do lamusa odeszły już czasy, kiedy dentyści leczyli dzieci na siłę i bez znieczulenia.

Dzieci trzeba znieczulać podobnie jak dorosłych, kiedy przewidujemy, że zabieg może być bolesny, lub pacjent zgłosi nam ból.

ZŁE BAKTERIE

Próchnica często wiąże się z ogólnym zaniedbaniem jamy ustnej, a co za tym idzie z chorobami przyzębia. Choroby przyzębia również są spowodowane przez bakterie zalegające w zmineralizowanej płytce nazębnej w postaci kamienia. Bakterie te są jeszcze groźniejsze i niestety dostają się do krwiobiegu. W sprzyjających warunkach, powodować mogą takie choroby, jak zapalenie wsierdza, gorączkę reumatyczną oraz szereg powikłań okulistycznych. Szczególnie narażone są na nie osoby z zaburzeniami odporności czyli niedożywione, leczone onkologicznie, w przewlekłym stresie. Muszę podkreślić tutaj fakt, że dzieci z toczącymi się procesami zapalnymi są bardzo często przeziębione, a to prowadzi do spadków odporności. Niestety wywiązać może się z tego sepsa, a jest to stan zagrażający życiu. Badania naukowe potwierdziły występowanie tych samych bakterii w jamie ustnej, sercu i ropniach mózgu. Oczywiście występowanie takich ropni dla właścicieli kończyło się zgonem.

Życzę wszystkim czytelnikom tej książki, żeby ich dzieci nie musiały mieć leczonych zębów, ale jeżeli już zaistnieje taka potrzeba, to żebyście nie mieli wątpliwości, że jest to konieczne.

12. Co zrobić, kiedy dziecko uderzy się w ząb?

Jeżeli nie widzisz dziecka, a w domu przez 30s panuje błoga cisza, oznacza to, że doskonale się gdzieś bawi i jest bardziej niż pewne, że ta zabawa jest niebezpieczna. Maluchy mają niesamowitą zdolność znajdowania się w sytuacji zagrożenia życia, przynajmniej kilka razy dziennie. Każdy rodzic o tym wie i potwierdzi, że choćby chuchał i dmuchał, wypadki się zdarzają. Co zrobić, kiedy dziecko uderzy się w buzię?

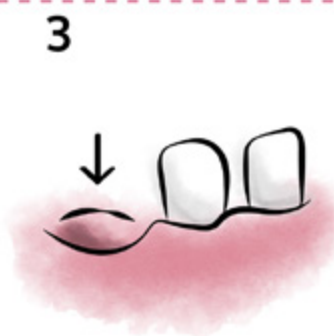
1. Kiedy już uda nam się uspokoić płacz w niebogłósy, oglądamy delikwenta. Oczywiście zawsze zwracamy uwagę czy dziecko nie straciło przytomności, czy nie ma widocznych obrażeń. W każdym przypadku, który wzbudza naszą wątpliwość wzywamy pogotowie lub jedziemy do szpitala.
2. Jeżeli widzimy krew w buzi staramy się zobaczyć skąd się wydobywa. Możemy wypłukać dziecku usta, przyłożyć do buzi zimny opatrunek, zawsze przez szmatkę, nigdy nie bezpośrednio. Możemy zastosować też ucisk.
3. Jeżeli krew płynie z rozciętej wargi lub dziąsła i mimo upływającego czasu, przyłożonego opatrunku, nie przestaje, jedziemy do stomatologa. Może się okazać, że potrzebne jest szycie. Zadzwońmy wcześniej do gabinetu i uprzedźmy



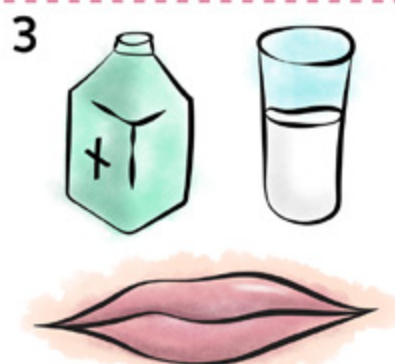
1 Umyj ząb przez 10s pod zimną, bieżącą wodą



2 Złap ząb za koronę (białe miejsce)



3 Wprowadź ząb do zębodołu



Lub

Włóż ząb do mleka, specjalnego roztworu Hanka lub umieść go w jamie ustnej dziecka między zębami trzonowymi, a policzkiem



4 Jak najszybciej jedź do gabinetu stomatologicznego!

o naszym przybyciu. Jeżeli do wypadku dojdzie w nocy, trzeba wybrać się na SOR lub pogotowie stomatologiczne.

4. Jeżeli widzimy, że ząb jest ułamany, warto rozejrzeć się za odłamanym kawałkiem i zabrać go z dzieckiem do dentysty, bo może uda się go przytwierdzić z powrotem. Poza tym dentysta powinien zbadać ząb czy doszło do odsłonięcia miazgi, czy nie obumarł. Dodatkowo ułamany ząb może być bolesny i trzeba go szybko zabezpieczyć.
5. Jeżeli ząb jest w zębodole, ale rusza się, znajduje się w nienaturalnej pozycji, jest krótszy bądź dłuższy od reszty, również udajcie się jak najszybciej do gabinetu. Konieczne jest zrobienie RTG, wprowadzenia zęba na miejsce lub ekstrakcji. Jeżeli ząb zostanie przywrócony do prawidłowej pozycji, konieczne będzie założenie szyny pozycjonującej i kolejnych kontroli.
6. Dziecko ma wybity ząb, czyli w buzi widzimy puste, krwawiące miejsce. Jeżeli ząb jest stały, musimy go jak najszybciej znaleźć, łapiemy za koronę (białe miejsce), nie za korzeń, płuczemy krótko pod zimną, bieżącą wodą i wprowadzamy do pustego zębodołu. Następnie dajemy dziecku do delikatnego zagryzienia chusteczkę higieniczną i jak najszybciej jedziemy do dentysty. W drodze zadzwońcie do gabinetu i upewnijcie się, że lekarz może nas przyjąć, a jeżeli nie to szukajcie innego gabinetu, żeby dziecko znalazło się na fotelu w przeciągu godziny.
7. Jeżeli zęba nie udało się wprowadzić do zębodołu należy szybko włożyć go do mleka, specjalnego roztworu Hanka lub kazać dziecku trzymać go w ustach między zębami trzonowymi, a policzkiem i gnać jak najszybciej do gabinetu. Jeżeli uda się go wprowadzić do zębodołu w przeciągu godziny, jest szansa na uratowanie go.
8. Nie reimplantujemy mlecznych zębów, bo mogą uszkodzić zawiązek stałego następcy, Niemniej jednak warto zabrać go ze sobą do dentysty
9. Niezależnie od wieku, jeżeli uderzyliśmy się w ząb, warto wybrać się do gabinetu, ponieważ istnieje ryzyko obumarcia miazgi. Jeżeli szybko zostanie zauważony moment, w którym ząb nie reaguje na bodźce, można wdrożyć leczenie zanim pojawi się ból lub inne nieprzyjemne dolegliwości.

Wiem, że w chwili kiedy dzieje się krzywda naszemu dziecku, może być ciężko zachować zimną krew. Jeżeli mamy wiedzę, jak postępować w sytuacji awaryjnej, łatwiej wykorzystać wyrzut adrenaliny na działania mogące realnie wpłynąć na zdrowie poszkodowanego. Pamiętajcie o regularnym odświeżaniu wiedzy

o pierwszej pomocy. Po szczegółowe informacje na ten temat odsyłam Was do playlisty Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy:

<https://youtu.be/KKjzeBgpLKQ>

13. Zakończenie

Kochani rodzice! Dziękuję w imieniu waszych dzieci, że poświęciliście czas, którego wszyscy mamy teraz zawsze zbyt mało i przeczytaliście ten poradnik. Sądzę, że przybliżyłam wam temat profilaktyki stomatologicznej. Mam nadzieję, że przeczytanie tego e-booka dodatkowo zachęci was do współpracy ze swoim stomatologiem. Nie zapomnijcie śledzić mój profil na Instagramie - Okiem Dentystki. Znajdziecie tam wiele ciekawych wpisów na temat stomatologii, jeździectwa i życia młodej mamy. Do zobaczenia w sieci i być może w gabinecie. Pozdrawiam Was serdecznie :)

Lek.dent Paulina Błażej - Okiem dentystki



@okiemdentystki

Źródła:

- „Stomatologia wieku rozwojowego” pod redakcją Marii Szpringer-Nodzak i Magdaleny Wochny-Sobańskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie IV poprawione i uzupełnione, ISBN 978-83-200-4166-8
- „Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci” Redakcja Dorota Olczak-Kowalczyk Leopold Wagner
- „Zarys współczesnej ortodoncji” Redakcja naukowa Irena Karłowska Wydawnictwo Lekarskie PZWL Wydanie III uaktualnione i rozszerzone ISBN 978-83-200-3995-5
- „Kariologia współczesna postępowanie kliniczne” Pod redakcją prof. zw.dr hab. n. med. Danuty Piątkowskiej Med Tour Press International ISBN 978-83-87717-09-04
- „Stomatologia zachowawcza z endodoncją zarys kliniczny” Redakcja naukowa: Zbigniew Jańczuk, Urszula Kaczmarek, Mariusz Lipski. Wydawnictwo lekarskie PZWL Wydanie IV Warszawa 2014 ISBN 978-83-200-4863-6
- „Praktyczna periodontologia kliniczna” Redakcja naukowa Zbigniew Jańczuk Wydawnictwo Kwintesencja 2004 ISBN 83-85700-42-0
- „Pourazowe uszkodzenia zębów” J.O Andreasen L.K Bakland M.T. Flores F.M. Andreasen L.Andersson, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2011 ISBN 978-1-4051-9061-9



ISBN 978-83-958885-0-2

