

Универзитет „Гоце Делчев“

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ – ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

*Кариес во раното детство кај испитаници од
предучилишни установи*

Др.сци. Сања Нашкова

Штип, 2019



Оралното здравје во голема мерка зависи од навиките, ставовите и однесувањето во фамилијата и околината. Основите за сознанијата и правилното толкување за здравственото воспитување и навиките за негова реализација, се вградуваат особено во процесот на сочувување и одржување на истото кај децата и адолесцентите.

Лошото здравје не е резервирано само за оние кои се на дното на социјалната скала, бидејќи социјалниот степен на заболувања и смртност ги зафаќа сите членови на општеството, со што колку е поединецот подолу на општествената скала толку неговото здравје е полошо.

Kuzman, Livny споменуваат дека општествено - економската нееднаквост е сложена мерка која ги вклучува:

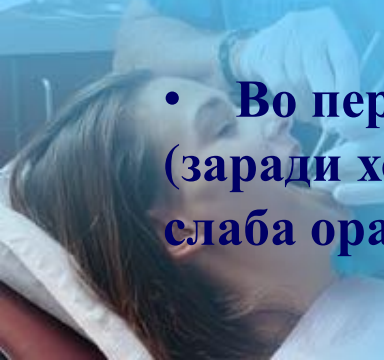
- економскиот статус (личен доход)**
- општествениот статус (образование)**
- работниот статус (запослување)**

Иако најтрадиционален пристап за нееднаквоста на здравјето е мислењето за економската состојба на поединецот.

Морбидитетот на оралниот медиум претставува состојба на заболување на органите и ткивата во усната празнина кај кои доаѓа до пореметување на хармонијата и биолошката рамнотежа во дејствувањето на надворешните или внатрешните фактори, како и пореметување на нормалните случувања во подрачјето на усната празнина.

Кариесот кај децата има три периода кај кои е зголемена неговата предиспозиција и тоа се:

- Раното детство
(од раѓање до третата година од животот)**
- Време на мешовита дентиција,
(кога се присутни и млечните и трајни заби од 6-10 години)**
- Во периодот на пубертетот
(заради хормонските и психосоматски промени потенцирани со слаба орална хигиена)**



Кај децата многу често се јавува најтешката форма на кариес на млечните заби наречен циркуларен кариес или популарни синдром на бебињата - болест на шишенце или кариес на раното детство (КРД).

Кај овој вид на кариес кариозниот процес рапидно напредува при што најчесто се јавува на инцизивите во горната вилица, заради тоа што тие никнуваат меѓу првите заби и најдолго се изложени на кариозни нокси – засладена храна и напитки со засладувачи, кои се даваат на децата со шишенца.



Како етиолошки фактори за КРД се споменуваат бројни фактори од кои најчести се:

- пролонгирано и несоодветно хранење со цуцла од шише**
- пролонгирано доење**
- честа употреба на медикаменти во форма на сирупи богати со сахароза**
- храни за смирување кои се употребуваат како емоционални лажалки**
- непознати чинители**



Тежината на КРД е во директна корелација со работниот статус на мајката. Кај деца на привремено вработени мајки најголема е зачестеноста на почетен, умерен, среден и тежок облик на КРД затоа што привремено вработените мајки најчесто немаат здравствено осигурување, па достапноста на стоматолошката грижа им е ограничена.

Значително помала зачестеност на сите типови на КРД е запазена кај деца чии што мајки се постојано вработени, што може да е поврзано како што наведовме погоре со нивото на образование, здравственото информирање и месечните приходи, како и со фактот дека нивните деца почесто одат во градинки кои што пак се интегрирани во систем на превентивна стоматолошка здравствена заштита.

Исто така, тежината на КРД е утврдено дека е директно пропорционална со вкупните месечни приходи во семејството, а најтешките форми на ова заболување се дијагностицирани кај деца чии што родители имаа најмали месечни приходи.



Она што е карактеристично за овој вид на кариес е брзата еволуција која протекнува без јако изразени субјективни симптоми и тегоби кои ги немаат децата ниту пак ги забележуваат нивните родители.

Болката најчесто се јавува многу многу подоцна, кога малку може да се направи а тоа е најчесто по лезија или отварањето на пулпата, или пак кога ќе се појават компликации и едем.



• *Action Programme For Improving Oral Health In Europe, WHO, Geneva, 1999**

• *Rajab LD, Hamdan MA Community Dent Health 2002;19:224-9***

• *Lopez Del Valle L, Velazquez-Quintana Y, Weinstein P, Domoto P, Leroux B.. J Dent Child ASDC 1998;65(2):132-5. ***

• *Ismail AL. Pediatr Dent 2003;25:328-33 ***

Факт е дека се зголемува бројот на деца со висок ризик за кариес, поради што и сите стратегии, а особено оние кои се однесуваат на децата, се обидуваат да пронајдат некој нов биобелег кои би помогнал во превенција на заболувањето.

КРД кај децата во разни земји се карактеризира со висок степен на преваленца и инциденца со акцент дека истиот е од превентивен карактер и може да се ублажи или спречи.

Истражувањата укажуваат на голема преваленца на КРД во различни земји (4-90%) што го потврдува фактот од постоење на различни етиолошки фактори во различни средини и субпопулациони групи.



Здравствената неинформираност на мајките се покажала како статистички значаен предиспонирачки фактор за поголема зачестеност и потешки форми на КРД кај нивните деца, што е потврдено и во истражувањето на *Beltrami* кој истакнал дека распространетоста и тежината на КРД зависат од знаењето и подготвеноста на родителот превентивно да го корегира сопственото однесување заради зачувување на сопственото, а потоа и оралното здравје на своето дете.

Тоа секако подразбира примена на позитивни навики и ставови во интегрален „здрав“ модел на однесување по пат на континуирана едукација пред се на родителите, а преку нив и на нивните деца.

•Action Programme For Improving Oral Health In Europe,WHO,Geneva,1999*



Она што секој од нас треба да го има на ум е дека семејството има најголемо влијание и значење во формирањето на навиките и однесувањето на децата.

Родителите како најголем авторитет со своето здравствено воспитно влијание на детето, градат правилен однос кон здравјето на устата и забите на своите деца

Информираноста и едукацијата на родителите за правилната исхрана и орална хигиена кај децата во најраната возраст

се покажале како многу ефикасни мерки за превенција на настанокот на кариесот.



Поттикнати од сознанието за големата преваленца на КРД кај децата, проблемот кој тој го создава на пациентите и нивните родители, нашите цели ги насочивме кон:

- **проценка на преваленцата и тежината на кариесот во раното детство (КРД)**
- **проценка на влијанието на професијата на таткото и кариес статусот**
- **проценка на образовното ниво на родителите и кариес статусот**



1. Истражувачки материјал и методологија на избирање на примероци

Во истражувањето се вклучени 979 деца од предучилишна возраст (од 2->6 години) од предучилишните установи од територијата на градот Штип.

За клиничките прегледи беа користени препораките за базичните критериуми за проценка на оралното здравје на СЗО.*

Со употреба на структуриран прашалник, ги интервјуиравме родителите за да добиеме податоци за нивната професија, степенот на образование, социо-економски статус, информации за мерките за орална хигиена и диететски информации за детето.



WHO ORAL HEALTH ASSESSMENT FORM 1998*

Дијагностицирањето на кариесот е направено со примена на **Drury** - критериуми модифицирани спрема **Wyne**, кои го дефинираат најчестиот облик на кариес кој се појавува во најраната возраст и ја опфаќа лабиопалатиналната површина на млечните горни инцизиви и молари. Проценката на тежината и класификацијата на КРД е вршена врз основа на зафатеноста на површината на забите од следниве типови:



2.Клиничките истражувања беа следниве:

1.Дијагностицирање на типот на кариес по модифицирани критериуми на Wуne

- **Тип 1 - почетен облик (“бела дамка”) - опфаќа почетни кариозни промени во емајлот без нарушување на површинската структура на горните млечни инцизиви и канини (БД),**
- **Тип 2 - умерен облик - опфаќа кариозни лезии најмногу на два млечни заби или две површини на еден или повеќе заби од фронталната регија на горната вилица**
- **Тип 3 - среден облик - опфаќа кариозни лезии на два млечни заби или повеќе од две забни површини на еден или повеќе заби од фронталната регија на горната вилица**
- **Тип 4 - тежок облик - опфаќа најмногу два гангренозни корени од фронталната регија на горната вилица**
- **Тип 5 - тежок облик со компликации – опфаќа три или повеќе гангренозни корени и фистули, односно оток во пределот на апексот на гангренозни корени на забите**
- **Статистичка обработка на податоците**

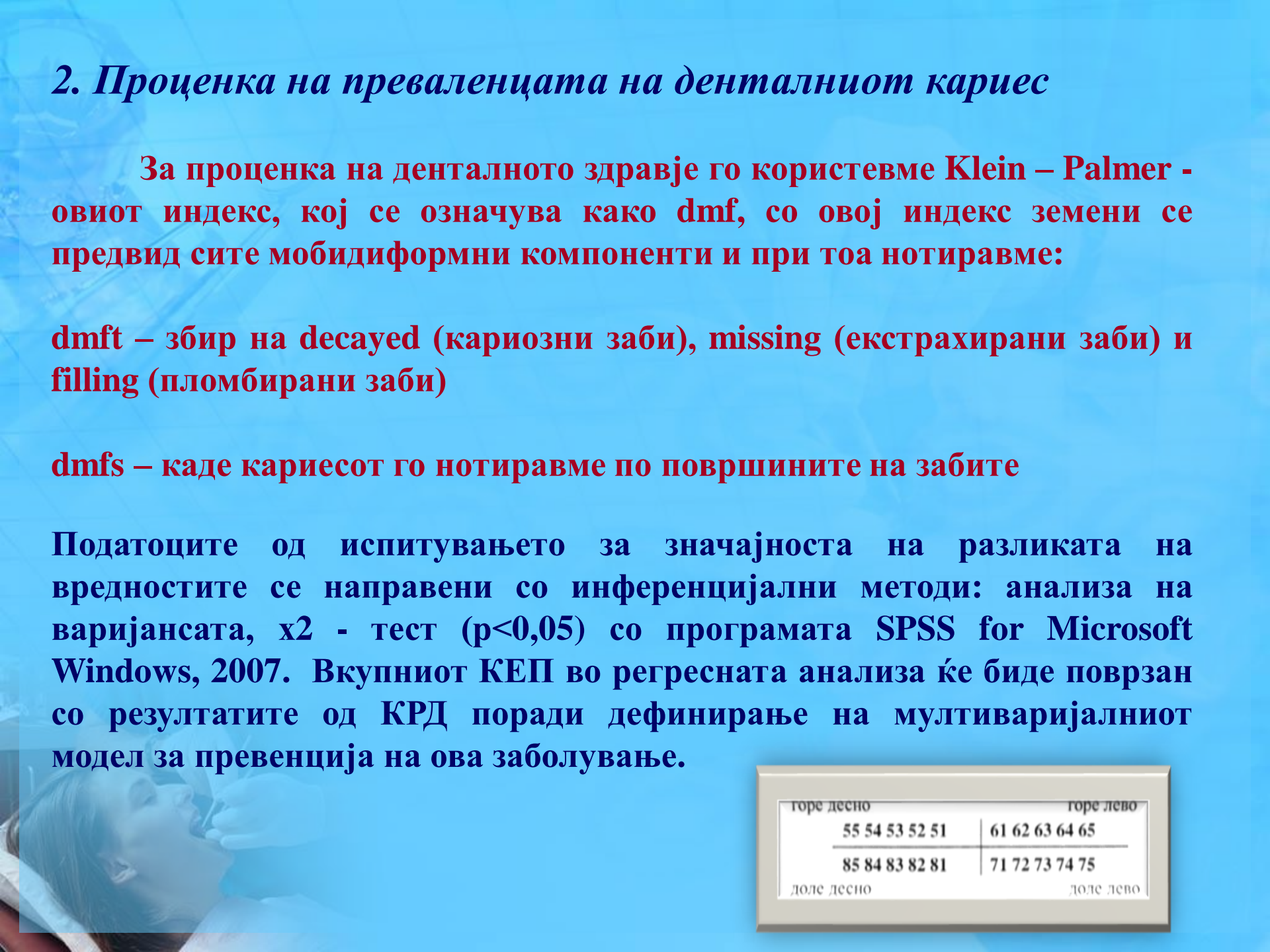
2. Проценка на преваленцата на денталниот кариес

За проценка на денталното здравје го користевме Klein – Palmer - овиот индекс, кој се означува како *dmf*, со овој индекс земени се предвид сите мобидиформни компоненти и при тоа нотиравме:

dmft – збир на *decayed* (кариозни заби), *missing* (екстрахирани заби) и *filling* (пломбирани заби)

dmfs – каде кариесот го нотиравме по површините на забите

Податоците од испитувањето за значајноста на разликата на вредностите се направени со инференцијални методи: анализа на варијансата, χ^2 - тест ($p < 0,05$) со програмата SPSS for Microsoft Windows, 2007. Вкупниот КЕП во регресната анализа ќе биде поврзан со резултатите од КРД поради дефинирање на мултиваријалниот модел за превенција на ова заболување.



горе десно	горе лево
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
доле десно	доле лево

Резултати

Таб.1 Дистрибуција на сите испитаници по возраст и пол со КРД(%)

	Pol				Vкупно
	zenski		maski		
godini	n	%	n	%	
2	52	49.06	54	50.94	106
3	80	46.24	93	53.76	173
4	91	49.19	94	50.81	185
5	103	50.99	99	49.01	202
>6	88	49.16	91	50.84	179
Vкупno	414	48.99	431	51.01	845

Таб.2 Дистрибуција на испитаниците по возраст и пол без КРД(%)

	Pol				Vкупно
	zenski		maski		
godini	n	%	n	%	
2	31	52.54	28	47.56	59
3	61	48.42	65	51.58	126
4	67	43.23	88	56.77	155
5	80	50.31	79	49.69	159
>6	63	45.32	76	54.68	139
Vкупno	302	47.34	336	52.66	638

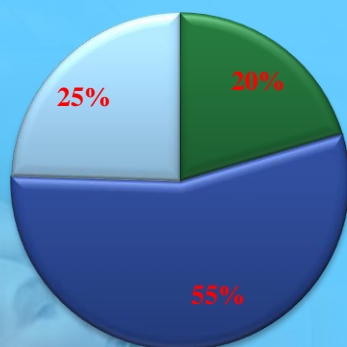


Таб. 3 Дистрибуција на испитаниците според денталното здравје (%)

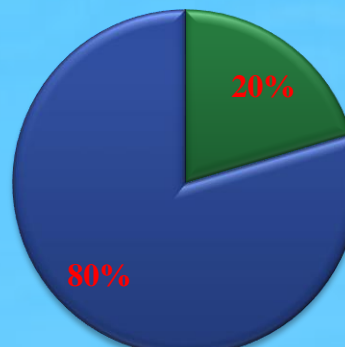
Ispitanici	n	%
Bez karies	173	20.47
So karies	465	55.03
So KRD	207	24.50
Vkupno	845	100
Bez karies	173	20.47
So karies i KRD	672	79.53
Vkupno	845	100



$X^2=19.02;11;0.001$



- Bez karies
- So karies
- So KRD



- Bez karies
- So karies i KRD

Гraf.2 a i b Distribucija na site ispitanici според dentalното здравје (%)

Таб.5 Професија на таткото и кариес статус (%)

Profesija	bez karies		so dmft	
	n	%	n	%
Drzaven sluzbenik	73	42.52	175	37.59
Privaten biznismen	66	37.89	178	38.24
Povremeno vraboten	34	23.71	112	24.17
Vkupno	173	100	465	100

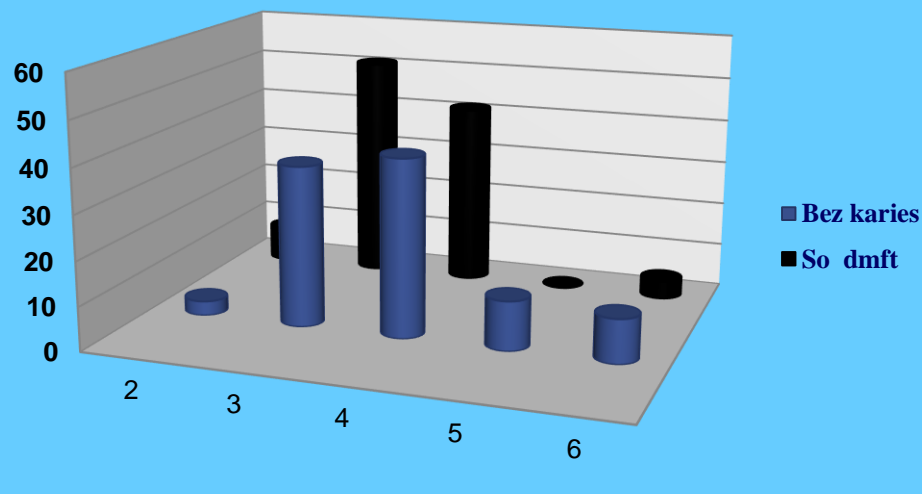
χ^2 test: $p < 0.05$ (bez karies - so karies)

Таб. 4 Образовно ниво на родителите и кариес статус (%)

Ispitanici	Bez karies		So dmft	
	n	%	n	%
tatko				
Visoko	105	61.11	251	54.88
Sredno	55	32.01	201	43.28
Osnovno	13	6.88	13	9.04
majka				
Visoko	81	47.13	215	48.33
Sredno	80	46.11	194	41.70
Osnovno	12	6.17	46	9.97
Vkupno	173	100	465	100

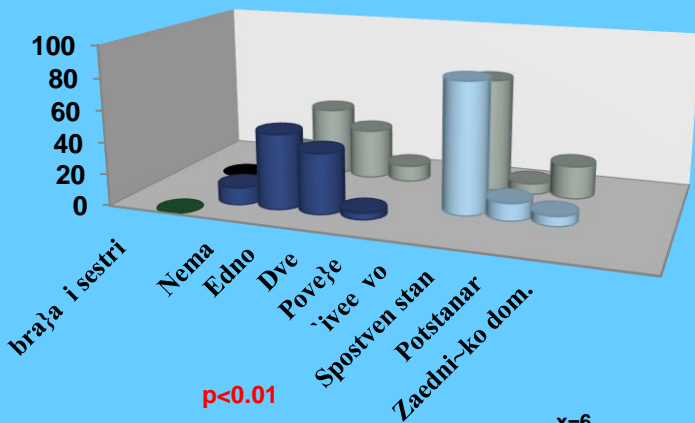
χ^2 test: $p < 0.05$ (bez karies - so karies)

Voзраст na koja pocetok na cetkanje na zabite



$p < 0.0001$

Гraf.4 Voзраст na pocetok na mienje na zabite i karies status



$p < 0.01$

$x=6$

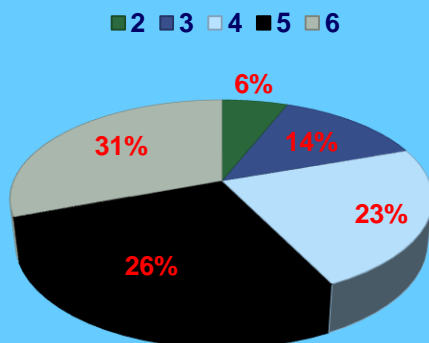
Гraf.3 Uslovi na ziveewe na ispitanicite i karies status (%)

Tab.6 Kumulativni vrednosti na dmft kaj ispitanicite

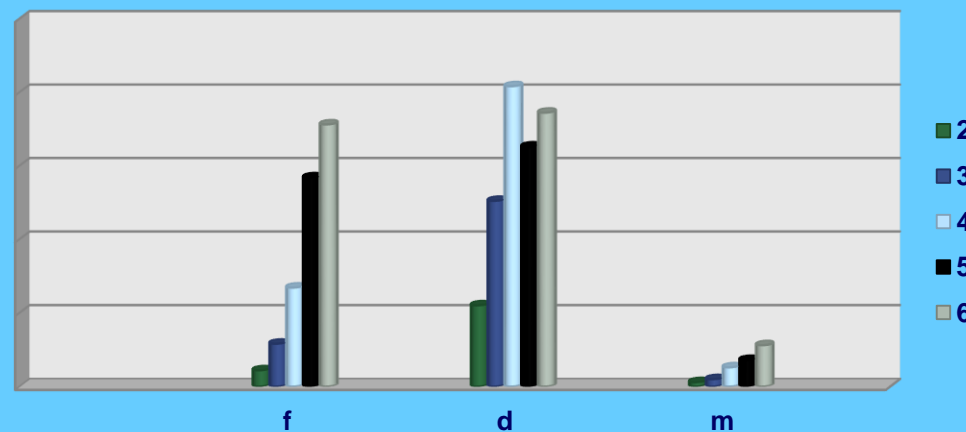
Vozrasni grupi	dmft		f(p)		d(k)		m(e)	
	vkupno	SD	vkupn	SD	vkupno	SD	vkupno	SD
2	0.7	1.7	0.11	0.45	0.55	1.3	0.03	0.26
3	1.6	2.7	0.29	0.91	1.26	2.11	0.05	0.29
4	2.7	3.1	0.67	1.54	2.04	2.65	0.13	0.66
5	3.1	3.4	1.42	2.1	1.63	2.36	0.18	0.56
>6	3.6	3.4	1.78	2.56	1.86	2.3	0.28	0.74
Vkupno	2.6	3.2	0.97	1.92	1.61	2.35	0.16	0.58



Graf.5 Vkupen dmft po godini



Graf.6 Komponenti na dmft po godini

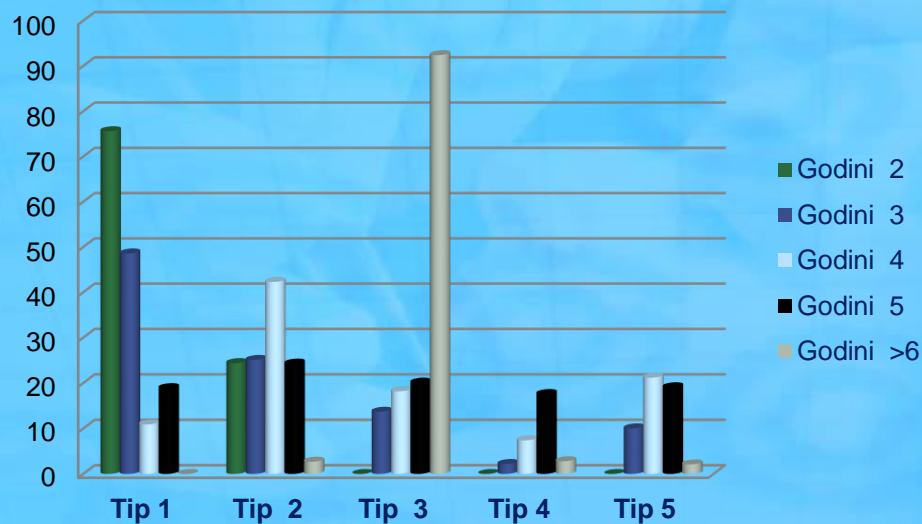


Резултати

Таб. 7 Тежината на КРД и возраста на децата (%)

Клинска форма	Возраст по години				
	2	3	4	5	>6
Tip 1	75.6	48.6	10.9	18.9	0
Tip 2	24.4	25.1	42.3	24.3	2.7
Tip 3	0	13.7	18.2	20.1	92.4
Tip 4	0	2.2	7.4	17.6	2.8
Tip 5	0	10.04	21.2	19.1	2.1
Vkupno	100	100	100	100	100

Гraf.7 Tipot na KRD spored vozrasta



• Mc Donald, Cowell, Sheiman A: (1999). BritDenta J

• Afonso-Souza (2007) VVO: Planing oral health services, Offest Publication.No53, Geneva, 1990

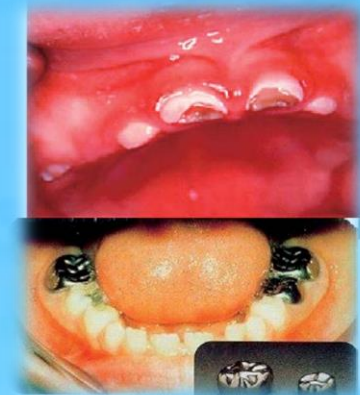
• Action Programme For Improving Oral Healt In Europe, WHO, Geneva, 1993

Доколку детето ги изгуби премногу рано млечните заби, создадените празни простори се стеснуваат што резултира со недоволен простор за трајните заби, создавање на тескоби и други ортодонтски аномалии.

Раниот детски кариес е заболување на кое родителите не обрнуваат големо внимание со оглед на оправдувањето дека млечните заби се менуваат.

Но, треба да имаат предвид за компликациите од овој кариес кои можат да доведат до создавање на болка, апсцеси, фистули итн. што дополнително го отежнува и инаку тешкиот третман кај детето.

Притоа како единствена опција за терапија останува предвремена екстракција. Кај таквите деца понатаму потребно е изработување на протези, коронки или чувари на простор за да може да се направи рехабилитација на забалото кај детето.



Многубројните научни студии кои се темелат на клинички искуства, експериментални истражувања и неброени стручни трудови, укажуваат дека кариесот е заболување на тврдите забни супстанции, кое се јавува како резултат на влијанието на интерференцијата на повеќе фактори кои доведуваат до нарушување на интегритетот на нормалната структура на забните супстанции.

Едукацијата на родителите и децата треба да биде почетен дел од активностите за превенција на заболувањата на устата и забите. Така по пат на детските градинки, училиштата, педијатриските амбуланти и патронажните служби, на родителите и децата им се даваат основните информативни патокази за зачувување на здравјето и важноста за контролни прегледи кај стоматолог. Во современата стоматологија границите се поместени кога се однесува на првата интервенција на забите, така што денес првата интервенција на забите успешно се изведува и во втората година на животот.



Ако се земе во предвид дека инциденцата на кариесот особено на најмладата популација претставува сериозен проблем, тогаш прашањето е:

Каде и како понатаму?

Одговорот е само еден: целна интензивна индивидуална превентива која би се прилагодила на состојбата на денталното здравје кај нашата популација, се со цел да се организира примарната здравствена заштита и за кратко време да се постигнат задоволителни резултати.

Пет основни постулати кај целната интензивна превенција треба да се имаат на ум, а тоа се:

- **Едукација на родителите и децата**
- **Контрола на плакот**
- **Примена на флуориди**
- **Запечатување на фисури**
- **Контрола на употреба на шеќери**



Нашето мислење кога се однесува до превентивата на КРД е дека генералната цел на промоцијата на оралното здравје не се разликува од целите на било кој стоматолошки третман, поточно да се сочува дентицијата до физиолошката смена што е најдобро за секој поединец и добро за општото здравје од една страна но и социјално-економски најприфатливо за општествената заедница.

На патот кон крајната цел за заокружување на доброто орално здравје за сите кое не води кон здрав живот и со оптимална функција на забите, вилиците и придружните структури, овие цели би придонеле до прифатливи нивоа на оралното и денталното здравје

Респектирајќи ги посаканите резултати на нашите простори, мора да нагласиме дека навистина ќе биде постигнат голем исчекор кон остварување на агендата –

ЗДРАВЈЕ ЗА СИТЕ ДО 2025

со која се планира кај деца до 7 години без кариес а од 12 години со помалку од 3 кариозни заби.



ВИ БЛАГОДАРАМ НА ВНИМАНИЕТО !!!

