

II Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej Fear & Pain

5-7 listopada 2015 r., Kraków

JOLANTA SZYMAŃSKA¹, ANNA MALM², AGNIESZKA KAMIŃSKA²

Zdolność tworzenia biofilmu przez szczepy *C. albicans* izolowane z ontocenozy jamy ustnej zdrowych osób w wieku rozwojowym

¹Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

²Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. farm. Anna Malm

Wstęp. Jednym z czynników etiologicznych zakażeń stomatologicznych mogą być drożdżaki z rodzaju *Candida*, głównie *Candida albicans*. Za jeden z głównych czynników wirulencji *Candida* spp. uznaje się zdolność tworzenia biofilmu.

Cel pracy. Celem badań było określenie zdolności tworzenia biofilmu w warunkach *in vitro* przez szczepy *C. albicans* izolowane z ontocenozy jamy ustnej.

Materiał i metody. Materiał do badań stanowiły szczepy *C. albicans* wyizolowane z ontocenozy jamy ustnej 376 osób obojga płci w wieku od 0-18 lat. Badane osoby podzielono ze względu na wiek na grupy: 0 - 0-3 lata (102 osoby), 1 - 4-6 lat (82 osoby), 2 - 7-14 lat (91 osób), 3 - 15-18 lat (101 osób). Zdolność tworzenia biofilmu przez wyizolowane szczepy w warunkach *in vitro* oznaczono z użyciem MTT oraz menadionu.

Wyniki. Wykazano, że liczba szczepów tworzących biofilm wynosiła odpowiednio w poszczególnych grupach: 0 - 6 (35%), 1 - 6 (30%), 2 - 9 (42%), 3 - 10 (47%). Najniższy odsetek izolatów zdolnych do tworzenia biofilmu stwierdzono w grupie 1, najwyższy w grupie 3. We wszystkich grupach liczba szczepów, u których nie stwierdzono zdolności tworzenia biofilmu, była większa od liczby szczepów, u których stwierdzono takie zdolności.

Wnioski. Zdolność tworzenia biofilmu *in vitro* przez stosunkowo duży odsetek badanych szczepów *C. albicans* wskazuje na ich potencjalne możliwości tworzenia tej struktury *in vivo* w jamie ustnej, co może sprzyjać zakażeniom stomatologicznym. Regularna eliminacja biofilmu *C. albicans* poprzez codzienne, systematyczne zabiegi higieniczne w jamie ustnej u dzieci i młodzieży - mechaniczne usuwanie biofilmu, to najbardziej skuteczne działanie zapobiegające zakażeniom stomatologicznym.

Jak dbać o zdrowie jamy ustnej dziecka? Badania ankietowe lekarzy rodzinnych

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Gdański Uniwersytet Medyczny
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich

Wstęp. Dotychczasowe doświadczenia oraz opublikowane prace potwierdzają, że rodzic zgłasza się z dzieckiem do dentystry najczęściej w obliczu dolegliwości bólowych. Lekarz rodzinny powinien mieć wystarczającą wiedzę i doświadczenie, aby pokierować małego pacjenta odpowiednio wcześniej do dentystry. Dzięki wcześnie rozpoczętym wizytom kontrolnym, można zapobiegać rozwojowi choroby próchnicowej, tym samym nie dopuszczając do zapalenia miazgi, które mogą powodować silne dolegliwości bólowe.

Cel pracy. Celem pracy było określenie stanu wiedzy lekarzy rodzinnych na temat profilaktyki chorób jamy ustnej.

Materiał i metody. Badanie ankietowe lekarzy rodzinnych przeprowadzono podczas konferencji. Wszyscy uczestnicy otrzymali autorski kwestionariusz ankietowy obejmujący pytania socjodemograficzne, pytania dotyczące czynników ryzyka chorób jamy ustnej oraz wiedzy, jak im zapobiegać.

Wyniki. 61% badanych oddało ankiety (134 osoby), a tylko jeden z lekarzy rodzinnych nie potwierdził, że podczas badań kontrolnych regularnie sprawdza jamę ustną dziecka. 34% lekarzy podało, że kieruje pacjentów do stomatologa tylko wtedy, gdy widzi niepokojące objawy w obrębie jamy ustnej. 22% badanych twierdzi, iż zaleca się pierwszą wizytę stomatologiczną w 2. roku życia dziecka. 44% ankietowanych uważa, że badanie stomatologiczne dzieci powinno być prowadzone co 6 miesięcy. Tylko 37% badanych zaleca mycie zębów dziecka, ale przy użyciu pasty do zębów bez fluoru.

Wnioski. Wyniki przeprowadzonych badań podkreślają pilną potrzebę zwrócenia uwagi lekarzy rodzinnych na zagadnienia zdrowia jamy ustnej rozwijającego się dziecka.

MARTA OBIDZIŃSKA, GRAŻYNA MARCZUK-KOLADA, ELŻBIETA ŁUCZAJ-CEPOWICZ, ANNA KUŹMIUK,
JOANNA KUCZMIEROWSKA, URSZULA WASILCZUK, RENATA MILEWSKA, EWA CHORZEWSKA

Zastosowanie klasyfikacji ICDAS II oraz urządzeń DIAGNOdent pen i CarieScan Pro w wykrywaniu zmian próchnicowych na powierzchniach żujących

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny, Białystok
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada

Wstęp. Współczesna stomatologia opiera się na postępowaniu minimalnie inwazyjnym. Podstawowym elementem tej strategii jest wczesne wykrycie zmian próchnicowych. Nowe urządzenia diagnostyczne zgodnie z opinią producentów pozwalają na realizację tego założenia.

Cel pracy. Celem badania była ocena czułości i swoistości DIAGNOdent pen oraz CarieScan Pro, w określaniu stopnia zaawansowania zmian próchnicowych na powierzchniach żujących zębów stałych, w odniesieniu do wizualno-dotykowej klasyfikacji ICDAS II.

Materiał i metody. Ocenie poddano 70 zębów stałych trzonowych i przedtrzonowych u pacjentów w wieku od 7 do 17 lat. W pierwszej kolejności oceniano zmiany za pomocą skali ICDAS II. Badane zęby kwalifikowano jako zdrowe (kod 0), z próchnicą szkliwa (kod 1 i 2) oraz z próchnicą zębiny (kod 3, 4, 5, 6). Do interpretacji wyników uzyskanych za pomocą DIAGNOdent pen stosowano następujące kryteria: 0-12 – ząb zdrowy, 13-24 – próchnica szkliwa, ≥ 25 – próchnica zębiny. Wartości uzyskane za pomocą CarieScan Pro od 0-20 klasyfikowały ząb jako zdrowy, od 21-90 – jako ząb z ubytkiem w szkliwie, natomiast od 91-100 – z ubytkiem w zębiny. Na podstawie uzyskanych wyników wyłoniono następujące grupy: zęby zdrowe, z próchnicą szkliwa oraz z próchnicą zębiny. Określono czułość (czyli zdolność testu do wykrywania choroby) i swoistość (czyli zdolność testu do poprawnego wykluczenia choroby) urządzeń diagnostycznych w odniesieniu do wyników uzyskanych przy pomocy skali ICDAS II.

Wyniki. Czułość DIAGNOdent pen wyniosła 75%, a swoistość 60%. CarieScan Pro wykazał czułość na poziomie 53,3%, natomiast jego swoistość wynosiła 100%.

Wnioski. 1. DIAGNOdent pen jest skutecznym narzędziem pomocniczym w wykrywaniu wczesnych zmian próchnicowych. 2. Zastosowanie w diagnostyce próchnicy urządzenia CarieScan Pro pomaga zapobiegać fałszywie pozytywnym rozpoznaniom.

IWONA GRZESIAK-GASEK, URSZULA KACZMAREK

Poziom lęku dentystycznego u dzieci szkolnych

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

Wstęp. Występujący w wieku rozwojowym lęk dentystyczny może utrzymywać się w wieku dorosłym i wpływać niekorzystnie na zaspokojenie potrzeb leczniczych.

Cel pracy. Ocena poziomu lęku u dzieci szkolnych z Wrocławia.

Materiał i metody. Zbadano 149 uczniów obojga płci w wieku 12-15 lat (średnio $13,7 \pm 1,48$), w tym 78 dziewcząt i 71 chłopców. Lęk dentystyczny oceniano wg skali MDAS. Ponadto pytano badanych o termin i rodzaj zabiegu wykonanego na ostatniej wizycie dentystycznej. Obliczono średnie wartości skali i częstość występowania poszczególnych poziomów lęków u ogółu badanych i w odniesieniu do płci. W analizie zastosowano test Manna-Whitney'a za istotny przyjmując poziom $p < 0,05$.

Wyniki. Lęk stomatologiczny stwierdzono u 58,4% badanych, w tym u 62,8% dziewcząt i 53,5% chłopców. Najwięcej badanych wykazało niski poziom lęku (40,6%), następnie umiarkowany (12,8%), wysoki (2,7%) oraz fobię (2,0%). Średnia wartość wskaźnika MDAS wynosiła $11,10 \pm 4,19$ i była nieco wyższa u dziewcząt niż chłopców ($11,38 \pm 4,12$ vs $10,79 \pm 4,26$). Największy lęk powodowało oczekiwanie na zaplanowaną wizytę dentystyczną, a następnie iniekcja środka znieczulającego i rotacyjne opracowanie ubytku. Dziewczęta w porównaniu z chłopcami bardziej obawiały się opracowania ubytku ($2,49 \pm 1,09$ vs $2,15 \pm 1,12$, $p < 0,001$). Badani, u których ostatnia wizyta miała miejsce w okresie do 6 miesięcy, wykazali nieco niższy lęk niż osoby, które odbyły wizytę w dłuższym okresie czasu. Dzieci, u których na ostatniej wizycie wykonano zabieg nieinwazyjny, wykazały niższy lęk dentystyczny niż dzieci, u których wykonano zabieg inwazyjny ($10 \pm 3,96$ vs $12,65 \pm 3,71$, $p < 0,01$).

Wyniki. Lęk dentystyczny stwierdzono u ponad połowy badanych, w większości na niskim poziomie. Odczuwanie lęku było związane głównie z oczekiwaniem na wizytę, iniekcją i rotacyjnym opracowaniem ubytku.

RENATA ŚNIATAŁA¹, KAROLINA GERRETH¹, JOANNA CHŁAPOWSKA¹, KATARZYNA LEWICKA-PAŃCZAK²,
MARIA BORYSEWICZ-LEWICKA¹

Samoocena poziomu lęku u studentów stomatologii

¹Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

²Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
Kierownik Pracowni: dr hab. Adam Czabański

Wstęp. Podjęcie działań profilaktycznych i leczniczych u pacjentów w trakcie zajęć klinicznych ze stomatologii dziecięcej, w opinii studentów, związane jest ze stresem. Przypuszczać należy, że jego poziom jest różny i zależy między innymi od cech osobowości i temperamentu osoby przeprowadzającej zabieg.

Cel pracy. Celem pracy była analiza poziomu lęku u studentów stomatologii związanego z pierwszym badaniem pacjenta pediatrycznego.

Materiał i metody. W badaniu ankietowym udział wzięło 84 studentów III roku stomatologii (63 kobiety i 21 mężczyzn), w wieku 22-28 lat, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W badaniu wykorzystano kwestionariusz STAI pozwalający wykryć osoby o zdecydowanie niskim lub wysokim poziomie lęku rozumianego jako stała dyspozycja wewnętrzna (cecha) oraz stan pojawiający się w odpowiedzi na określone bodźce zewnętrzne.

Wyniki. Wyniki badań wskazują, iż wysoki poziom lęku jako stanu występował u 47,62% kobiet i 61,90% mężczyzn, podczas gdy jako cecha odpowiednio u 31,75 i 33,33%. Natomiast u 20,63% kobiet i 14,29% mężczyzn wartość lęku jako stanu odnotowano jako niską, a w przypadku lęku jako cechy wartości kształtowały się odpowiednio 41,27 i 42,86%.

Wnioski. Wyniki wskazują, że poziom lęku w trakcie ćwiczeń klinicznych jest stosunkowo wysoki w badanej populacji studentów.

ELŻBIETA PELS

Mucositis jamy ustnej oraz stężenie immunoglobulin A, G i M w ślinie u dzieci chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Lublin
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

Wstęp. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej jest jednym z najbardziej uciążliwych problemów w jamie ustnej podczas leczenia przeciwnowotworowego. Ból z powodu zapalenia śluzówki może utrudnić prawidłowe żywienie, co stwarza ryzyko utraty wagi, kacheksji oraz odwodnienia.

Cel pracy. Celem pracy była ocena występowania *mucositis* jamy oraz ocena stężenia immunoglobulin: A, G i M w ślinie dzieci chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) w trakcie leczenia przeciwnowotworowego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 78 dzieci w wieku od 2 do 18 lat chorych na ALL oraz dzieci ogólnie zdrowe stanowiące grupę kontrolną. W grupie dzieci chorych oceniono stan błony śluzowej jamy ustnej typu *mucositis* wg WHO. U badanych dzieci pobierano ślinę niestymulowaną w celu oznaczenia stężenia IgG, IgA i IgM.

Wyniki. U chorych dzieci w pierwszych dobach chemioterapii obserwowano występowanie zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej o charakterze *mucositis*. Zmiany występowały w różnym nasileniu. Średnie stężenie IgA w ślinie chorych dzieci podczas chemioterapii było istotnie niższe niż u dzieci zdrowych. Średnie stężenie IgG w ślinie u dzieci z ALL było niższe w badaniu 3 w porównaniu do dzieci zdrowych. Porównanie wyników średniego stężenia IgG w ślinie u danego pacjenta wykazało istotny spadek stężenia IgG pomiędzy badaniem 1 i badaniem 3.

Wnioski. Niskie stężenie IgA w ślinie u dzieci z ALL może mieć wpływ na rozwój oraz nasilenie zmian na błonie śluzowej o charakterze *mucositis* w trakcie leczenia przeciwnowotworowego. Istotny spadek stężenia IgG i IgM w ślinie dzieci chorych na ALL w trakcie chemioterapii może mieć wpływ na nasilenie się patologicznych zmian na błonie śluzowej jamy ustnej.

ANNA DĄBROWSKA-GONTARCZYK¹, ELŻBIETA JELONEK², MAŁGORZATA SYCZEWSKA², KRZYSZTOF GRAFF²,
EWA SZCZERBIK², MAŁGORZATA KALINOWSKA², DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK¹

Parafunkcje i dysfunkcje u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

¹Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

²Klinika Neurologii, Epileptologii i Rehabilitacji Pediatricznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Sergiusz Józwiak

Wstęp. Osoby z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego stanowią grupę wysokiego ryzyka różnorodnych patologii w obrębie jamy ustnej i wymagają stałej opieki stomatologicznej.

Cel pracy. Celem pracy była analiza częstości występowania dysfunkcji i parafunkcji u dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody. W grupie 83 osób z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz) i 81 ogólnie zdrowych (wiek 2,5-18 lat; średnia wieku 11,5 roku) przeprowadzono badanie kliniczne oraz ankietowe rodziców. Odnotowywano obecność dysfunkcji narządu żucia i parafunkcji zwarciowych i niezwarciowych. Do analizy statystycznej zastosowano test statystyczny U Manna-Whitneya ($\alpha = 0,05$).

Wyniki. Parafunkcje stwierdzono u 55,42% osób z MPDz i u 45,68% ogólnie zdrowych (różnica nieistotna statystycznie), dysfunkcje odpowiednio u 63,86 i 24,69% (różnica istotna statystycznie). Parafunkcją istotnie częstszą w MPDz był bruksizm (40,96 vs 17,28%). Częstość dysfunkcji w MPDz była wyższa zarówno w uzębieniu mlecznym, mieszanym, jak i stałym. Najczęściej była to dysfunkcja mowy (48,19%) oraz dysfunkcja połykania (45,78%), u 46,99% występowała więcej niż jedna dysfunkcja.

Wnioski. Mózgowe porażenie dziecięce predysponuje do występowania bruksizmu oraz dysfunkcji narządu żucia, takich jak: dysfunkcja mowy, połykania, żucia, oddychania, snu oraz warg.

Kliniczna ocena materiału do wypełnień w zębach trzonowych mlecznych – ChemFil Rock

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Wstęp. Dotychczas najczęściej stosowanym materiałem wypełnieniowym w zębach mlecznych był amalgamat srebra. Obecnie z powodu konieczności wykonania retencji oraz ze względów estetycznych jest coraz częściej zastępowany przez cementy szkło-jonomerowe.

Cel pracy. Celem pracy była ocena kliniczna materiału wypełniającego szkło-jonomerowego ChemFil Rock po 1, 6 i 12 miesiącach.

Materiał i metody. Do badań kwalifikowano dzieci ogólnie zdrowe, od 4. do 8. roku życia, z próchnicą pierwotną o charakterze ubytków eksponujących zębinę (kod według ICDAS II 5 i 6) na jednej lub dwóch powierzchniach w zębach trzonowych mlecznych (klasa I i II według Blacka), pozostających pod opieką Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

U 107 pacjentów ze zdiagnozowaną próchnicą w zębach mlecznych założono 126 wypełnień. W wypełnieniach oceniano: retencję, adaptację brzeżną, próchnicę wtórną, nadwrażliwość i przebarwienie powierzchni, uwzględniając klasyfikację Rydger'a.

Wyniki. Po miesiącu wszystkie wypełnienia oceniono jako satysfakcjonujące, po 6 miesiącach wynik niesatysfakcjonujący stwierdzono w 6 przypadkach, po 12 miesiącach w 11 przypadkach.

Wnioski. Stosunkowo wysoki odsetek niepowodzeń w leczeniu próchnicy ubytkowej zębów mlecznych z zastosowaniem materiału ChemFil Rock w rocznym okresie obserwacji wskazuje na jego ograniczoną przydatność jako wypełnienia długoczasowego.

PAULA PIEKOSZEWSKA-ZIĘTEK, ANNA TURSKA-SZYBKA, DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK

Stan zdrowia jamy ustnej u bliźniąt – systematyczny przegląd piśmiennictwa

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Wstęp. Obecnie obserwuje się zwiększenie częstości ciąży bliźniaczych. Badania z udziałem bliźniąt umożliwiają określenie udziału czynników genetycznych i środowiskowych w wielu cechach czy nieprawidłowościach.

Cel pracy. Podsumowanie aktualnej wiedzy na temat stanu zdrowia jamy ustnej u bliźniąt, z uwzględnieniem możliwego wpływu czynników genetycznych i środowiskowych.

Materiał i metody. Dokonano przeglądu baz danych PubMed/MEDLINE. Kryteriami włączenia były: prace oryginalne, opublikowane po 2000 roku, dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej u bliźniąt. Wyłączono opisy przypadków, prace pogładowe i przeglądy piśmiennictwa oraz badania ankietowe.

Wyniki. Uwzględniono 33 prace. W badaniach porównujących mono- i dizygoty ze sobą lub inną grupą kontrolną istotne różnice uzyskano w niewielkiej liczbie prac dotyczących chorób: próchnicowej, przyzębia, defektów szkliwa i zaburzeń ortodontycznych. Różnice istotne statystycznie dotyczyły morfologii zębów, tkanek miękkich oraz czasu/kolejności wyrzynania zębów.

Wnioski. 1. Próchnica zębów i choroby przyzębia często występują u bliźniąt, a w ich etiologii współistnieją czynniki genetyczne i środowiskowe, z przewagą środowiskowych. 2. Wpływ czynników genetycznych na cechy morfologiczne zębów jest znaczny. 3. Czynniki środowiskowe mają istotny wpływ na zmiany erozyjne i zaburzenia rozwojowe szkliwa. 4. Udział czynników genetycznych w kolejności wyrzynania zębów jest znaczny, jednak zależy od grupy zębów. 5. Zaburzenia ortodontyczne występują częściej u bliźniąt niż z ciąż pojedynczych.

PIOTR ROŻNIATOWSKI, DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK

Kliniczna i radiologiczna ocena porównawcza materiału szkło-jonomerowego chemoutwardzalnego Equia firmy GC oraz materiału złożonego światłoutwardzalnego Tetric EvoCeram firmy Ivoclar Vivadent, G-aenial Universal Flo firmy GC

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Wstęp. Zgodnie z koncepcją stomatologii małoinwazyjnej stosowane są techniki mające na celu zachowanie maksymalnej ilości tkanek twardych zęba, remineralizację zmian próchnicowych oraz stosowanie materiałów adhezyjnych, zwłaszcza cementów szkło-jonomerowych (GIC). Wyróżniają się one: długoczasowym uwalnianiem fluoru do zmineralizowanych tkanek zęba, adhezją chemiczną i wysoką biokompatybilnością. Ich wadami są niewielka wytrzymałość mechaniczna i wrażliwość na kwasy.

Cel pracy. Celem pracy była kliniczna i radiologiczna ocena porównawcza materiału szkło-jonomerowego chemoutwardzalnego (GIC) oraz materiałów złożonych.

Materiał i metody. U 43 dzieci ogólnie zdrowych w wieku 10-18 lat z próchnicą pierwotną klasy II wg Blacka w zębach stałych, pozostających pod opieką Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wykonano 100 wypełnień, w tym: 30 z materiału Equia Fil, 30 G-aenial Universal Flo i 40 Tetric EvoCeram. Dokonano oceny klinicznej po 7 dniach, 3, 6 i 12 miesiącach (wg Rydge'a: skontrolowano retencję, adaptację brzeżną, próchnicę wtórną, nadwrażliwość pozabiegową i przebarwienie powierzchni), i radiologicznej po 6 i 12 miesiącach (skontrolowano adaptację brzeżną i próchnicę wtórną).

Wyniki. Po tygodniu wszystkie wypełnienia oceniono jako satysfakcjonujące, po 3 miesiącach wynik niesatysfakcjonujący stwierdzono w 1 przypadku, po 6 miesiącach w 2 przypadkach, po 12 miesiącach – także w 2 przypadkach. Wszystkie wypełnienia, które oceniono jako niesatysfakcjonujące, wykonane były z materiału Equia. W badaniu klinicznym i na zdjęciach radiologicznych nie zaobserwowano objawów próchnicy wtórnej.

Wnioski. Najwyższą skutecznością w wypełnieniu ubytków klas II cechują się materiały złożone, mniejszą materiały szkło-jonomerowe.

Różnorodność anatomiczna kanałów korzeniowych na podstawie własnych przypadków

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Lublin
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

Wstęp. Opracowanie kanału korzeniowego jest niezwykle istotne dla prawidłowego szczelnego wypełnienia kanału, co wpływa na pozytywne wyniki leczenia. Do opracowania światła kanału korzeniowego możemy zastosować instrumenty palcowe, maszynowe lub oba instrumenty w odpowiedniej kolejności. System kanałów korzeniowych ma złożoną i nieregularną budowę, często w stopniu uniemożliwiającym ich optymalne oczyszczenie tylko drogą opracowania mechanicznego. Istotą problemu w endodoncji jest eliminacja resztek organicznych i patogenów z przestrzeni endodontycznej oraz jej szczelne zamknięcie. Opracowanie mechaniczne, nawet przy zastosowaniu najbardziej zaawansowanych narzędzi rotacyjnych i/lub oscylacyjnych, nie jest w pełni skuteczne. Należy zatem intensywnie płukać kanały zarówno w trakcie ich opracowywania mechanicznego, jak i po nim, aby usunąć i rozpuścić zanieczyszczenia powstałe podczas leczenia.

Cel pracy. Analiza wierzchołkowej części kanałów korzeniowych na podstawie przypadków własnych.

Materiał i metody. Na podstawie zdjęć radiologicznych przedstawiono dziesięć różnych rozgałęzień obserwowanych w kanałach korzeniowych.

Wyniki. Przebieg kanałów korzeniowych wykazywał dużą różnorodność. System kanałów korzeniowych ma zróżnicowaną budowę anatomiczną, szczególnie w okolicy okołowierzchołkowej, co uniemożliwia oczyszczenie ich tylko drogą mechaniczną. Dlatego ważny jest odpowiedni protokół płukania systemów korzeniowych w celu oczyszczenia i dezynfekcji całej przestrzeni endodontycznej.

Wnioski. Właściwy protokół płukania kanałów korzeniowych w połączeniu z mechanicznym opracowaniem powinien zapewnić jak najlepszą redukcję resztek oraz drobnoustrojów z całej przestrzeni systemu kanałów korzeniowych.

MAŁGORZATA BOROWSKA, KATARZYNA SZADKOWSKA

Analiza zabiegów sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym u niepełnosprawnych pacjentów w wieku 2-18 lat z Poradni Stomatologicznej Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia

Poradnia Stomatologiczna, Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia
Kierownik Poradni: dr n. med. Małgorzata Borowska

Wstęp. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością rzadko objęte są planowym leczeniem stomatologicznym oraz profilaktyką próchnicy. Integralność w opiece stomatologicznej w stosunku do opieki ogólnomedycznej w tej grupie pacjentów jest niedostateczna. Istnieje pilna konieczność podniesienia świadomości prozdrowotnej opiekunów dzieci niepełnosprawnych oraz personelu medycznego.

Cel pracy. Ocena stomatologicznych potrzeb leczniczych u dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością leczonych w znieczuleniu ogólnym.

Materiał i metody. Wśród 439 niepełnosprawnych pacjentów w wieku 2-18 lat leczonych stomatologicznie w znieczuleniu ogólnym oceniono: zaawansowanie próchnicy w poszczególnych grupach wiekowych, liczbę pacjentów z chorobą ogólną, wiek pacjenta podczas wykonania pierwszego zabiegu sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym oraz źródło informacji (skierowania od innych lekarzy) o możliwości leczenia w znieczuleniu.

Wyniki. U pacjentów z uzębieniem mlecznym z powodu próchnicy usunięto średnio 6,48 zęba (w przeliczeniu na jednego pacjenta) oraz wyleczono 3,45 zęba. U pacjentów z uzębieniem stałym wyleczono średnio 8,35 zęba, natomiast usunięto 1,35 zęba. Najwięcej zakwalifikowanych do sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym to pacjenci z mózgowym porażeniem dziecięcym (18,45%), wadą serca (17,9%), epilepsją (16%) oraz autyzmem (12,9%) i zespołem Downa (7%). Pacjenci zgłaszali się po raz pierwszy na leczenie najczęściej w wieku lat 7 (12,75%), lat 5 (11,84%) oraz 8 (11,4%). Na zabieg sanacji w znieczuleniu ogólnym lekarze pediatrizy lub stomatolodzy skierowali jedynie 4,56% pacjentów. W pozostałych przypadkach rodzice szukali możliwości leczenia na własną rękę.

Wnioski. Leczenie stomatologiczne dzieci niepełnosprawnych wymaga zaangażowania nie tylko lekarzy dentystów, ale również współpracy z lekarzami specjalistami szczególnie w kwestii wczesnego podjęcia leczenia i profilaktyki chorób jamy ustnej.

MARIA MIELNIK-BŁASZCZAK, PIOTR STACHURSKI, DOROTA KRAWCZYK, MAREK TOMANKIEWICZ

Ocena porównawcza opracowania ścian systemu korzeniowego w obrazie mikroskopu zabiegowego Leica M320

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

Wstęp. Właściwe opracowanie systemu korzeniowego jest warunkiem powodzenia leczenia endodontycznego. Opracowanie kanału korzeniowego i nadanie mu właściwego kształtu, otwarcie kanałów bocznych oraz dezynfekcja i irygacja całego systemu korzeniowego są koniecznym wstępem do dalszych etapów leczenia kanałowego. Statystycznie częściej kształt kanału głównego jest owalny, a większość narzędzi do jego opracowania nadaje mu kształt okrągły. W efekcie powstaje konieczność nadmiarowego opracowania ścian (VFR) lub ryzyko pozostawienia nieusuniętej tkanki miążgowej wraz z resztkami pozabiegowymi.

Cel pracy. Celem pracy była ocena skuteczności opracowania ścian kanałów korzeniowych różnymi systemami narzędzi maszynowych do opracowania systemów korzeniowych zębów.

Materiał i metody. Do badań wykorzystano usunięte zęby jednokorzeniowe oraz wielokorzeniowe. Opracowanie kanałów korzeniowych wykonano narzędziami maszynowymi: ProTaper (Dentsply Mailleffer), Flex Master (VDW), WaveOne (Dentsply Mailleffer), Reciproc (VDW), SAF (RedentNova) za pomocą mikrosilnika endodontycznego X Smart Plus. Przy pracy pilnikiem SAF dodatkowo użyto pompy perystaltycznej Vatea z irygacją 2% podchlorynem sodu i głowicy RDT3. Subiektywnej oceny jakości opracowania ścian kanałów korzeniowych dokonano na podstawie obrazu w mikroskopie zabiegowym Leica M320 w powiększeniach 10-, 16- oraz 25-krotnym.

Wyniki. W wyniku przeprowadzonych badań opracowując kanały zębowe systemami: ProTaper, Flex Master, WaveOne, Reciproc w mikroskopie zabiegowym widoczna była warstwa mazista. Natomiast po opracowaniu kanału systemem SAF warstwy mazistej nie zaobserwowano.

Wnioski. 1. System SAF okazał się najskuteczniejszym w opracowaniu ścian systemu korzeniowego. 2. Ciągła irygacja śródzabiegowa w systemie SAF znacząco skraca czas opracowania kanałów. 3. Kształt kanału głównego po opracowaniu systemem SAF jest najbardziej zbliżony do naturalnego, co zmniejsza ryzyko pozostawienia nieusuniętej miążgi kanałowej.

Frenulotomia u dzieci – laser jako lepsza alternatywa zabiegu

Polskie Towarzystwo Stomatologii Laserowej
Prezes Towarzystwa: Kinga Grzech-Leśniak

Wstęp. Frenulotomia, jako zabieg oszczędny, może być wykonywana u małych dzieci. Jednakże zabieg wykonany z użyciem lasera zamiast tradycyjnego skalpela daje wiele dodatkowych korzyści, takich jak: brak konieczności szycia, lepszą jakość gojenia, szybszy czas gojenia, małoinwazyjność i często brak blizny.

Cel pracy. Ocena bezpośrednia komfortu zabiegu frenulotomii wykonanej laserem diodowym 980 nm u dzieci. Ocena gojenia bezpośrednia oraz za pomocą skali oceny bólu VAS wypełnianej przez dzieci oraz z wywiadu rodziców (dzień drugi i dzień trzeci).

Materiał i metody. Korekty przyczepu wędzidełka wargi górnej i dolnej oraz przyczepu języka dokonano u 10 dzieci.

Zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowym nasiękowym. Korektę przeprowadzono przy użyciu lasera diodowego o długości fali 980 nm. Bezpośrednio po zabiegu przeprowadzono biostymulację laserową o długości fali 635 nm.

Wyniki. Badając satysfakcję pacjenta bezpośrednio po zabiegu, otrzymano wartość średnią współczynnika VAS 1,4. W procesie gojenia ci sami pacjenci po upływie jednego dnia określili wartość średnią współczynnika VAS jako 1,5. Po upływie trzeciego dnia od zabiegu z zebranych informacji można stwierdzić, że doświadczenie bólu uległo dalszemu zmniejszeniu – wartość średnia współczynnika VAS wynosiła 1,1.

Wnioski. Na podstawie analizy zebranych wyników można stwierdzić, że zastosowanie metody frenulotomii laserowej dało zaskakująco dobre rezultaty pod względem skuteczności, a przede wszystkim satysfakcji dzieci oraz minimalizacji stresu i bólu w trakcie i po zabiegu. Dodatkowo uzyskano szybszy proces gojenia i brak powikłań pozabiegowych w porównaniu z metodą tradycyjną, za pomocą skalpela.

PATRYCJA PROC¹, IZABELA TALAREK²

Oparzenia chemiczne jamy ustnej u dzieci – opis przypadku

¹Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź
Kierownik Zakładu: prof. dr. hab. n. med. Joanna Szczepańska

²Specjalizantka, Wielospecjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna, Łódź
Kierownik Przychodni: dr n. med. Maciej Świder

Oparzenia są trzecią co do częstości przyczyną śmierci na skutek urazu u dzieci, zaraz po wypadkach drogowych i utopieniach. Oparzenia chemiczne zaś stanowią 1% wszystkich oparzeń u dzieci. W ostatnich latach w piśmiennictwie i w prasie codziennej pojawiają się pojedyncze doniesienia o oparzeniach chemicznych wywołanych środkami powszechnie stosowanymi w gospodarstwie domowym, szczególnie preparatami do tzw. udrażniania rur kanalizacyjnych. Głównym składnikiem większości tych preparatów jest silnie toksyczny wodorotlenek sodu (ług sodowy), w stężeniu od 50 do 70%. Wypadki połknięcia preparatu przez dzieci oraz osoby starsze mają bardzo dramatyczny przebieg i pomimo intensywnego leczenia często kończą się trwałym kalectwem lub śmiercią.

Jednak mało jest doniesień o długoletnich konsekwencjach oparzeń jamy ustnej preparatami chemicznymi. Celem pracy był opis przypadku dziewczynki (P.Sz.), która w wieku 23 miesięcy przypadkowo wprowadziła do jamy ustnej kilka granulek preparatu do udrażniania rur. Osiem lat później pacjentka nadal zmaga się z poważnymi konsekwencjami oparzenia takimi jak: blizny błony śluzowej jamy ustnej i przełyku, ograniczenie rozwierania ust, przyrośnięcie języka do dna jamy ustnej, próchnica zębów, zatrzymane wyrzynanie zębów przedtrzonowych i wada zgryzu.

Postępowanie lecznicze w ciężkiej hipomineralizacji szkliwa u 15-letniej pacjentki

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Hipomineralizacja szkliwa o charakterze białych, kremowych lub brunatnych nieprzezroczystości jest skutkiem zaburzenia fazy dojrzewania enamelogenezy (niewystarczająca resorpcja białek szkliwa i jego mineralizacji). Ze względu na wysokie ryzyko próchnicy i starć wymaga leczenia bezpośrednio po wyrżnięciu zęba. Zbyt późne podjęcie działań leczniczych skutkuje destrukcją tkanek twardych wymagającą leczenia protetycznego, a nawet chirurgicznego.

U 15-letniej pacjentki, skierowanej do Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, stwierdzono obecność licznych białych nieprzezroczystości szkliwa, wielopowierzchniowych ubytków próchnicowych w obrębie wszystkich zębów stałych, nieprawidłowych wypełnień, nieprawidłowości zębowych, zapalenia dziąseł oraz niewystarczającą higienę jamy ustnej. Brak współpracy pacjentki oraz stan higieny i uzębienia nie pozwoliły na kwalifikację do leczenia ortodontycznego. Podjęto decyzję o leczeniu zachowawczo-protetycznym, które poprzedzono działaniami kształtującymi postawę stomatologiczną oraz profilaktyką (instruktaż dietetyczno-higieniczny, skaling). W kolejnych etapach postępowania zastosowano czasowe uzupełnienia ubytków cementami szkło-jonomerowymi, które wymieniono na wypełnienia kompozytowe oraz korony tymczasowe, leczenie endodontyczne zębów siecznych szczęki i żuchwy odbudowanych następnie przy użyciu wkładów koronowo-korzeniowych ze złota i koron protetycznych z porcelany. Odnotowano poprawę stanu higieny jamy ustnej i współpracy pacjentki oraz wzrastające zainteresowanie estetyką uzębienia.

Destrukcja tkanek zębów z hipomineralizacją związana z zaniedbaniami profilaktyczno-leczniczymi wpływa negatywnie na stan emocjonalny pacjentów w wieku rozwojowym i wymaga leczenia przywracającego estetykę uzębienia.

EWA KRASUSKA-SŁAWIŃSKA¹, PAULINA PIEKARSKA², DARIUSZ POLNIK³, KATARZYNA ŚWISTAK¹

Wrodzony guz ziarnistokomórkowy – opis dwóch przypadków

¹Poradnia Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych, Zespół Poradni Specjalistycznych, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Poradni: mgr Agnieszka Pieniak

²Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci, Zespół Poradni Specjalistycznych, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Poradni: mgr Agnieszka Pieniak

³Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Piotr Kaliciński

Wrodzony guz ziarnistokomórkowy jest to rzadko występująca zmiana o łagodnym charakterze, najczęściej pojedyncza, uszypułowana, wyrastająca z przedniej części wyrostka zębodołowego szczęki, rzadziej części zębodołowej żuchwy. Guzy o znacznych rozmiarach mogą utrudniać odżywianie i oddychanie, dlatego wymagają interwencji chirurgicznej, polegającej na ich całkowitym usunięciu. W przypadku zmian o niewielkich rozmiarach możliwa jest spontaniczna regresja.

Celem pracy jest przedstawienie przypadków dwóch pacjentek, u których bezpośrednio po urodzeniu stwierdzono obecność uszypułowanych guzów w jamie ustnej.

Dwa noworodki płci żeńskiej, leczone w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD z powodu guzów w obrębie wyrostka zębodołowego szczęki/części zębodołowej żuchwy zdiagnozowanych bezpośrednio po urodzeniu, nie-

widocznych w badaniach USG wykonywanych w czasie ciąży. Obydwa guzy o średnicy około 1,5 cm, łatwo ulegały urazom podczas ssania, powodując krwawienie, dlatego podjęto decyzję o ich chirurgicznym usunięciu.

W materiale histopatologicznym uzyskano obraz wrodzonego guza ziarnistokomórkowego noworodków. Badanie kontrolne obu pacjentek po 6 miesiącach wykazało prawidłową budowę wyrostka zębodołowego szczęki/części zębodołowej żuchwy. Leczeniem z wyboru guza ziarnistokomórkowego jest leczenie chirurgiczne. Guz nie powoduje zmian w budowie wyrostka zębodołowego/części zębodołowej żuchwy.

DOROTA KRAWCZYK, MARIA MIELNIK-BŁASZCZAK, ELŻBIETA PELS

Występowanie zębów dodatkowych i nadliczbowych u jednego pacjenta – opis przypadku

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Lublin
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak

Nadliczbowość charakteryzuje się zwiększoną liczbą zębów w stosunku do normy. Istnieje kilka teorii hiperdoncji: atawistyczna, nadczynności listewki zębowej, dychotomii zawiązka, naczyniowa, dziedziczna oraz zaburzeń w procesach organotwórczych. Przypuszcza się, że hiperdoncja ma charakter wielogenowy. Zęby nadliczbowe mogą mieć budowę typową dla grupy zębowej, w której obrębie się pojawiają i są wówczas określane jako zęby dodatkowe. Mogą też mieć budowę nietypową, tj. stożkową, guzkową czy trzonowcowatą i są wówczas określane jako zęby nadliczbowe. Często mają zmniejszone rozmiary w stosunku do odpowiadających im zębów prawidłowych.

Pacjent lat 18, ogólnie zdrowy, zgłosił się z dolegliwościami bólowymi w okolicy zęba 44. Badaniem klinicznym stwierdzono martwicę miazgi w zębie 44 i zapalenie tkanek okołowierzchołkowych. Przeprowadzone badanie radiologiczne wykazało obecność dwóch zębów dodatkowych zatrzymanych w żuchwie w okolicy zęba 44 i 34 oraz dwóch zębów nadliczbowych zatrzymanych w szczęce w okolicy zęba 14 i 24. Pacjent jest ogólnie zdrowy i nie stwierdzono u niego zaburzeń zgryzowych. U osób spokrewnionych nie stwierdzono występowania hiperdoncji.

Zęby dodatkowe i nadliczbowe, które mogą zaburzać prawidłowe ustawienie zębów lub powodować uszkodzenie korzeni już wyrżniętych prawidłowych zębów, wymagają chirurgicznego usunięcia. Wyjaśnienie mechanizmu regulacji przetrwania aktywności listewki zębowej mogłoby stanowić przełom w leczeniu pacjentów z brakami zębowymi.

PIOTR SOBIECH, ANGELIKA KOBYLİŃSKA, DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK

Rewaskularyzacja jako alternatywna metoda leczenia endodontycznego

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Rewaskularyzacja jest nowoczesną techniką pozwalającą na dalszy rozwój korzenia na długość i pogrubienie warstwy zębiny korzeniowej w zębach stałych niedojrzałych w przypadku martwicy miazgi i towarzyszących zmianach w tkankach oko-

wierzchołkowych. Praca przedstawia zabieg rewaskularyzacji u pacjentów w wieku rozwojowym, u których doszło do martwicy miazgi w zębach stałych niedojrzałych.

Pacjent 1: 7-letni chłopiec z martwicą miazgi zęba 21 po częściowym zwichnięciu i 6-miesięcznej nieudanej próbie leczenia apeksyfikacyjnego. Rewaskularyzację przeprowadzono z użyciem cementu MTA. Po 12-miesięcznym okresie obserwacji stwierdzono obecność zmiany na dziąśle wyrostka w przedślonku w rzucie korzenia zęba 21 oraz odpowiadającą jej owalną zmianę o charakterze osteolizy w obrazie radiologicznym. Uzyskano uformowanie korzenia na długość, zamknięcie wierzchołka korzenia i pogrubienie ścian zębiny korzeniowej, umożliwiające dalsze tradycyjne leczenie endodontyczne zęba.

Pacjent 2: 12-letnia dziewczynka, u której doszło do powikłań w postaci martwicy rozplywanej po leczeniu ortodontycznym zęba 25. Wdrożono zabieg rewaskularyzacji, który spowodował prawidłowy wzrost korzenia i oczekiwane pogrubienie ścian kanału.

Zabieg rewaskularyzacji umożliwił dalsze formowanie się korzenia zęba. Metoda obarczona jest ryzykiem niepowodzenia, aczkolwiek w obu przypadkach poprawia rokowanie kliniczne.

MAGDALENA KUKURBA-SETKOWICZ

Długoterminowe minimalnie inwazyjne leczenie próchnicy zębów mlecznych – opis przypadku klinicznego

Gabinet Stomatologii Dziecięcej, Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. Zbigniewa Żaka, Kraków
Kierownik Przychodni: lek. stom. Iwona Sanak

Opis przypadku leczenia pacjentki z zaawansowaną chorobą próchnicową uzębienia mlecznego oraz dentofobią w latach 2009-2015 z zastosowaniem terapii minimalnie inwazyjnej.

Dziewczynka (obecnie 8 lat) zgłosiła się do gabinetu w 2009 roku. W badaniu klinicznym stwierdzono pełne uzębienie mleczne, próchnicę wczesnego okresu dzieciństwa (EEC). Nawyki dietetyczne oraz nieregularne zabiegi higienizacyjne miały istotny wpływ na stan jamy ustnej. Współpraca z pacjentką była utrudniona przez wysoki poziom lęku przed zabiegami stomatologicznymi.

W celu zatrzymania rozwoju choroby próchnicowej oraz zbudowania zaufania i współpracy wdrożono program profilaktyczno-leczniczy, który obejmował: a) przeprowadzenie z opiekunami pacjentki „praktycznego” instruktażu higieny jamy ustnej, obserwację i kontrolę techniki szczotkowania zębów, b) dobranie właściwych produktów do higieny domowej, c) domowe stosownie systemu remineralizacji opartego na ACP-CCP (Tooth Mousse, GC Europe), d) profesjonalne lakierowanie zębów lakierami fluorkowymi 3 razy w roku, e) analizę nawyków żywieniowych, omówienie i zalecenia dotyczące częstotliwości i jakości spożywania produktów kariogennych, f) regularne wizyty kontrolne w gabinecie w odstępach co 3 miesiące.

W przeciągu kolejnych 6 lat pacjentka zgłaszała się na regularne wizyty kontrolne w odstępach maksymalnie trzymiesięcznych. Wraz z dorastaniem pacjentki zaobserwowano wzrost zaufania, współpracy podczas wizyt oraz stopniową akceptację przeprowadzanych zabiegów w jamie ustnej (uszczelnienie i wypełnienie materiałami glassjonomerowymi ubytków w zębach mlecznych oraz lakowanie pierwszych trzonowych zębów stałych). Podczas kolejnych badań kontrolnych nie stwierdzono objawów zakażenia zębopochodnego, a pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych.

Fluorki w wodzie pitnej Polski

Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka

Udowodniona naukowo skuteczność fluorkowej profilaktyki choroby próchnicowej zębów sprawia, że jest ona zalecana do powszechnego stosowania. Jednakże nadmierna ekspozycja na związki fluoru może powodować szereg negatywnych skutków zdrowotnych. Jednym z pierwszych objawów przewlekłego przedawkowania fluorków w wieku rozwojowym jest fluorozę szkliwa. W ostatnich latach obserwuje się wzrastającą liczbę przypadków tego schorzenia. Istotne znaczenie ma więc monitorowanie ekspozycji na fluorki z różnych źródeł, zwłaszcza u dzieci poniżej 8. roku życia. Jednym z podstawowych źródeł ekspozycji na fluorki jest woda pitna.

W pracy przedstawiono informacje na temat zawartości fluorków w wodzie pitnej na terenie Polski w ostatnich latach oraz krajowe i międzynarodowe regulacje prawne dotyczące jakości wody pitnej.

Górny dopuszczalny poziom fluorków w wodzie pitnej zgodnie z prawem unijnym, polskim oraz zaleceniami WHO wynosi 1,5 mg/l. Stężenia fluorków w większości ujęć wody pitnej Polski nie przekraczają ustalonego limitu. Limit ten jest jednak stosunkowo wysoki i nie zapewnia eliminacji ryzyka rozwoju fluorozę szkliwa, zwłaszcza u niemowląt karmionych sztucznie preparatami przygotowanymi na bazie wody kranowej. Należałoby zwiększyć dostępność do danych na temat zawartości fluorków w wodzie pitnej. Ułatwiłoby to wdrażanie bezpiecznej profilaktyki fluorkowej u dzieci.

TAMARA PAWLACZYK-KAMIEŃSKA, RENATA ŚNIATAŁA

Zmiany w jamie ustnej pacjentów z zaburzeniami odżywiania

Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka

Zaburzenia odżywiania stanowią poważny i coraz bardziej rozpowszechniony problem społeczny. W ostatnich latach odnotowuje się wzrost liczby zachorowań, przy czym chorują coraz młodsze dziewczęta, choć zaburzenie dotyka również coraz częściej chłopców. Zaburzenia odżywiania prowadzą do licznych anomalii w jamie ustnej. Nieprawidłowości, które mogą dotyczyć zarówno zębów, jak i tkanek miękkich, zależą od: rodzaju zaburzenia, czasu trwania choroby, stosowanej diety, częstotliwości wymiotów, a także sposobów ich prowokowania. Obserwuje się m.in. uszkodzenia błony śluzowej warg, policzków, podniebienia, obrażenia języka, choroby przyzębia oraz próchnicę zębów. Jednakże typowym, charakterystycznym objawem są ubytki pochodzenia niepróchnicowego. Główną przyczyną ich powstawania jest proces erozji. Za powstawanie ubytków niepróchnicowego pochodzenia nie można jedynie obwiniać jednostki chorobowej. Etiologia erozji jest wieloczynnikowa, rozważyć należy zarówno powtarzające się wymioty, jak i nawyki higieniczne oraz dietetyczne. Leczenie stomatologiczne jest wielokierunkowe – zachowawcze, protetyczne, ale za najważniejszy element postępowania uważa się profilaktykę mającą na celu zapobieganie powstawaniu dalszych zmian erozyjnych. Aby leczenie stomatologiczne przyniosło oczekiwane rezultaty, powinno być podparte terapią psychiatryczną. Stąd też konieczne wydaje się prowadzenie zintegrowanej opieki lekarskiej nad pacjentami z zaburzeniami odżywiania.