

Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży

Hygienic recommendations in the oral cavity for children and youth

¹Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowych, Uniwersytet Medyczny, Łódź

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Joanna Szczepańska

²Zakład Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada

Polski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF), Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD)

KEYWORDS

oral hygiene, dental caries prevention, brushing teeth, dental care, children

SUMMARY

Good oral hygiene, appropriate diet and regular dental care are the most important factors in the child's healthy dentition maintenance.

The aim of the study was to determine healthful recommendations and to give guidelines for the most effective dental care procedures according to the age of the patient and his dental state. Some of these activities can be performed by the child himself (home care), others require the assistance of a professional (professional procedures). The article illustrates the role of the fluoride supplementation for caries prevention. It describes toothbrushing techniques, the best size, shape and texture of the toothbrush, the convenient ingredients in the toothpaste, the necessity of regular interdental cleaning using dental floss, mini brushes, toothpicks and rinsing the mouth. The study indicates the improvement of certain aspects of hygienic care. Recommendations were made with regard to in office education of patients and their parents.

WSTĘP

Dobra higiena jamy ustnej, właściwa dieta, regularne wizyty stomatologiczne są kluczowymi czynnikami w utrzymaniu zdrowego uzębienia u dziecka. Rozpoczęcie przeprowadzania zabiegów higienicznych w jamie ustnej wkrótce po wyrżnięciu się pierwszych zębów mlecznych jest jednym z podstawowych elementów zapobiegania próchnicy. Dlatego tak ważna jest odpowiednio wczesna wizyta z dzieckiem u stomatologa, mająca głównie dla rodziców cel edukacyjny, na której opiekunowie powinni być uświadamiani o przyczynach choroby próchnicowej oraz w jaki sposób, jakimi metodami i środkami pielęgnować jamę ustną dziecka w poszczególnych okresach. Pomocne w tym względzie dla stomatologów zajmujących się dziećmi są okresowo

publikowane wytyczne m.in. Europejskiego czy Amerykańskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (EAPD, AAPD), w których zawarte są protokoły profilaktyczne, zalecenia odnośnie oceny ryzyka próchnicy i stosowania fluoru oraz wskazania dietetyczno-higieniczne dostosowane do wieku dziecka (1-3).

Celem pracy było ustalenie zaleceń i wskazówek zdrowotnych dla procedur najbardziej skutecznych w pielęgnacji jamy ustnej z uwzględnieniem wieku pacjenta i jego stanu uzębienia.

PIERWSZA WIZYTA U STOMATOLOGA

Pomimo świadomości o wzroście częstości występowania próchnicy wczesnego dzieciństwa (ang. *Early Chil-*

hood Caries – ECC) opieka nad jamą ustną niemowlęcia oraz wizyta u stomatologa po wyrżnięciu pierwszego zęba mlecznego nie jest standardem w codziennej praktyce klinicznej (2, 4-7). Celem wizyty z dzieckiem u stomatologa, która powinna się odbyć, według zaleceń American Dental Association, American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), American Academy of Pediatrics (AAP), American Association of Public Health Dentistry (AAPHD) i Academy of General Dentistry (AGD), 6 miesięcy po wyrżnięciu pierwszego zęba mlecznego, ale nie później niż w 12. miesiącu życia, jest ocena ryzyka zachorowania dziecka na próchnicę na podstawie wywiadu z rodzicami oraz badania klinicznego (8, 9). Na tej wizycie i kolejnych ustalana jest wzajemna współpraca między lekarzem a rodzicami obejmująca wszystkie aspekty opieki zdrowotnej nad jamą ustną dziecka w sposób kompleksowy, ciągły oraz ukierunkowany na tzw. domową opiekę stomatologiczną (*ang. dental home*) (1, 2, 5, 10).

Wizyta ta jest także okazją do uświadczenia rodzicom korzyści wynikających z zapobiegania próchnicy w porównaniu z kosztownym, stresującym i nieraz bolesnym jej leczeniem u dziecka. Przedstawiony wówczas rodzicom skoordynowany program profilaktyczny obejmuje: edukację opiekunów w zakresie przeprowadzania zabiegów higienicznych w jamie ustnej dziecka, rady dietetyczno-żywnieniowe, zabiegi fluoryzacyjne oraz zaplanowanie wizyt stomatologicznych. Podczas tej wizyty demonstrowane są również rodzicom metody oczyszczania jamy ustnej i sposób układania niemowlęcia w czasie zabiegów higienicznych. Jest to na przykład metoda „kolano-do-kolana” (*ang. knee-to-knee positioning*), kiedy dziecko leży na złączonych kolanach rodziców siedzących naprzeciwko siebie (6, 11, 12).

PIELĘGNACJA JAMY USTNEJ NIEMOWLĘCIA

Pielęgnacja jamy ustnej powinna być rozpoczęta w pierwszych miesiącach życia dziecka. Rodzice powinni regularnie oczyszczać błonę śluzową i wały dziąsłowe już od wczesnego okresu niemowlęcego – codziennie wieczorem przed położeniem dziecka spać (2, 4, 13). Celem zabiegów higienicznych rozpoczynanych w tym okresie jest utrzymanie jamy ustnej w czystości oraz przyzwyczajanie dziecka do manipulacji w jamie ustnej. Zabiegi te można wykonywać specjalnymi akcesoriami dla niemowląt nawijanymi lub nakładanymi na palec wskazujący takimi jak: kawałek gazy lub bawełniana chusteczka, gumowa lub silikonowa szczoteczka, specjalny naparstek z mikrofibry.

Oczyszczenie jamy ustnej dziecka przez rodzica powinno się składać z następujących etapów:

- dokładne umycie rąk,
- przygotowanie gazika lub innego przyboru higienicznego do oczyszczania jamy ustnej dziecka,
- przygotowanie szklanki letniej wody lub słabego naparu rumianku,
- owinięcie gazika wokół palca wskazującego lub założenie na palec odpowiedniego przyboru hi-

gienicznego i zanurzenie go w wodzie lub naparze rumianku,

- delikatnie włożenie palca do ust dziecka oraz przecieranie górnego i dolnego wału dziąsłowego, błony śluzowej policzków oraz wyrżniętych zębów.

Jeśli dziecko nie chce otworzyć buzi lub gryzie palec matki podczas próby wkładania go do ust, matka może wsunąć palec w okolice kąta ust dziecka, a następnie przesunąć palec wzdłuż wewnętrznej powierzchni policzka do tylnej części jamy ustnej. Potem należy włożyć delikatnie palec pomiędzy górny i dolny wał dziąsłowy lub górne i dolne zęby i kiedy dziecko otworzy usta, przetrzeć całą jamę ustną.

Przeprowadzanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej powinno być jednak rozpoczynane nie później niż w momencie wyrżnięcia pierwszego zęba mlecznego. Natomiast kiedy pojawią się w jamie ustnej pierwsze zęby trzonowe mleczne, które posiadają już zagłębienia i bruzdy, należy wprowadzić do ich oczyszczania miękką szczoteczkę. Szczoteczka umożliwi usuwanie resztek pokarmowych z zębów oraz delikatne masowanie dziąseł. Już od tego momentu należy dziecko uczyć trzymania szczotki w ręku, wkładania jej do ust i wykonywania prostych ruchów czyszczących.

Szczoteczki do pielęgnacji jamy ustnej małych dzieci powinny (4):

- być z tworzywa sztucznego,
- mieć małą zaokrągloną główkę,
- posiadać szeroki trzonek (rękojeść) dla wygodnego jej utrzymania w ręku przez rodzica, a potem przez dziecko,
- ewentualnie być wyposażone w specjalną tarczkę (ogranicznik), która chroni przed zbyt głębokim włożeniem szczoteczki do ust dziecka.

NADZOROWANE SZCZOTKOWANIE ZĘBÓW DZIECKA

Szczoteczki do higieny ustnej małych dzieci mogą być manualne lub elektryczne. Na rynku dostępne są soniczne szczotki elektryczne przeznaczone dla dzieci w wieku 0-3 lata. Posiadają miękkie włosie i dzięki delikatnym drganiom pozwalają dokładnie oczyszczać powierzchnie zębów i dziąseł. Szczotki elektryczne mogą być wyposażone w timer lub odtwarzać muzykę, która sygnalizuje konieczność przejścia do następnej ćwiartki łuku zębowego lub odmierza cały czas szczotkowania zębów, który powinien trwać około dwóch minut. Jeśli dziecko jest oporne lub nie może usiedzieć przez 2 minuty podczas mycia zębów, można spróbować użyć właśnie szczotki elektrycznej, która jest nowością dla dziecka, mówić wierszyk, śpiewać lub odtwarzać ulubioną piosenkę dziecka (4, 11). W chwili obecnej nie ma wiarygodnych badań klinicznych, czy bardziej skuteczne są szczotki soniczne, czy elektryczne w usuwaniu płytki nazębnej u dzieci.

Ilość nakładanej pasty i jej rodzaj powinny być dostosowane do wieku dziecka (tab. 1) (1, 2, 4, 14). Dzieciom

Tabela 1. Ilość nakładanej pasty do zębów i zawartość fluoru w paście zależnie od wieku dziecka.

Wiek	Ilość nakładanej pasty	Rodzaj pasty fluorkowej	Postępowanie po zabiegu higienicznym
0-6 miesięcy	-	-	-
6-24 miesiące	<ul style="list-style-type: none"> - Ilość pasty o rozmiarze najmniejszego paznokcia u rączki dziecka lub - Posmarowanie szczotki tylko cienką warstwą (smugą) pasty lub - Nałożenia pasty o wielkości ziarna ryżu 	<ul style="list-style-type: none"> - 1000 ppm F lub - 500 ppm F w regionach z ponadoptimalną zawartością F w wodzie pitnej u dzieci poniżej 6. r.ż. oraz u dzieci poniżej 2. r.ż. przy nieprzestrzeganiu przez rodziców ograniczenia ilości stosowanej pasty u dziecka 	Wytarcie gazikiem jamy ustnej z pozostałości pasty
Od 3.-6. roku życia	Nałożenia pasty o wielkości połowy ziarnka zielonego groszku	1000 ppm F	Wypluwanie nadmiaru pasty
Powyżej 6. roku życia	Nałożenia pasty o wielkości ziarnka zielonego groszku	Pasta taka jak dla dorosłych 1450 ppm F	

należy stopniowo uświadamiać, że pasty do zębów nie powinno się połykać, ale ją wypluwać. Nie trzeba małych dzieci uczyć płukania jamy ustnej po zabiegu szczotkowania zębów, gdyż dziecko najczęściej nie rozumie tej czynności i zwykle połknie wodę razem z pastą. Pasty przeznaczone dla dzieci najczęściej mają przyjemny smak i zapach i mogą prowokować dziecko do ich połykania (13). Rodzice pytani o to, czy ich małe dziecko połyka pastę do zębów, najczęściej odpowiadają twierdząco. Opiekunowie nie zdają sobie sprawy, że jest to preparat chemiczny, który nie jest przeznaczony do jedzenia i może wywołać dolegliwości gastryczne. Jednocześnie słusznie polecana już od wczesnego dzieciństwa pasta z fluorem – systematycznie połykana w tym okresie, może stać się przyczyną pojawiania się zmian demineralizacyjnych o charakterze fluorozy na zębach przednich stałych (2, 3, 15).

To, że dziecko od najmłodszych lat umie według rodzica postąpić się szczotką, nie znaczy, że zabiegi higieniczne w jamie ustnej będą przez nie przeprowadzane właściwie. Generalnie do 6. roku życia rodzice powinni szczotkować zęby dziecka, jednocześnie ucząc je przeprowadzania tych zabiegów samodzielnie w miarę nabywania przez dziecko umiejętności manualnych. Dzieci zwykle zapominają o myciu zębów trzonowych i ich wewnętrznej powierzchni, a także języka. Dobrym pomysłem jest wspólne szczotkowanie zębów z dzieckiem, które będzie naśladować rodzica. W późniejszych latach opiekunowie powinni zawsze poprawiać po dziecku oczyszczanie zębów, zwłaszcza trzonowych, pomagać mu i kontrolować jakość higieny jamy ustnej nawet do 10. roku życia (4, 13). W motywowaniu nastolatków do przeprowadzania regularnego szczotkowania zębów i odwiedzania dentysty należy podkreślać znaczenie zdrowych ładnych zębów dla urody oraz przyjemnego zapachu z ust po właściwej pielęgnacji jamy ustnej. Jeśli nie ma możliwości, aby po przekąsce lub posiłku wyszczotkować zęby, należy doraźnie chociaż przepłukać jamę ustną wodą lub użyć gumy z ksylitolem (3, 4, 13, 16).

METODY SZCZOTKOWANIA ZĘBÓW DZIECKA

Techniki szczotkowania zębów dzieci różnią się rodzajem wykonywanych ruchów i kątem ustawienia włosia szczotki do powierzchni zębów i dziąseł. Rodzaj przyboru higienicznego oraz metodę usuwania płytki bakteryjnej zalecane do stosowania u dziecka przedstawia tabela 2. Zarówno firma szczotki, jak i pasty do zębów nie jest istotna, ważne jest, aby były one dostosowane do wieku dziecka, a zabiegi higieniczne przeprowadzane skrupulatnie (2).

Jednym z łatwiejszych sposobów oczyszczania zębów jest metoda Fonesa, tzw. „kółeczkowa” (okrężna). Przy lekko rozchylonych ustach włosie szczotki ustawia się prostopadle do długiej osi zębów, a następnie wykonuje się ruchy okrężne, oczyszczając powierzchnie policzkowe i wargowe zębów. Na powierzchniach żujących zębów wykonuje się poziome ruchy szorowania. Metoda ta zalecana jest głównie dla uzębienia mlecznego lub u dzieci specjalnej troski ze względu na łatwy sposób wykonywania. Natomiast metoda obrotowo-wymiatająca (roll) jest polecana u dzieci od czasu wyrzynania się pierwszych zębów trzonowych stałych. Jest bardziej skomplikowana niż metoda Fonesa, ale skuteczniej oczyszcza powierzchnie żujące zębów trzonowych z głębokimi bruzdami, usuwa zalegające resztki pokarmowe między zębami oraz tworzącą się płytkę bakteryjną w pobliżu dziąsła. Włosie szczotki należy skierować dodziąsłowo pod kątem 45° do powierzchni zęba i wykonywać ruchy obrotowo-wymiatające od dziąsła w kierunku powierzchni żującej, a w zębach przednich od dziąsła w kierunku brzegu siecznego. Natomiast powierzchnie żujące oczyszczane są ruchami poziomymi (szorowanie): szczotka ustawiona jest prostopadle do powierzchni zębów i końcowym jej włosiem wygarniana się płytkę nazębną z zagłębień. Szczególnie należy zwracać uwagę na doczyszczanie powierzchni żujących jeszcze nie w pełni wyrzyniętych pierwszych stałych zębów trzonowych. Końcowe włókna (wydłużone w niektórych szczotkach) należy ułożyć pod takim kątem, aby wymiatać resztki pokarmowe

Tabela 2. Akcesoria oraz metody oczyszczania jamy ustnej zależnie od wieku dziecka.

Akcesoria	Wiek	Metoda
<ul style="list-style-type: none"> - Kawałek gazy lub bawełniana chusteczka - Gumowa lub silikonowa szczoteczka - Specjalny naparstek z mikrofibry 	o-6 miesięcy	Oczyszczanie i masowanie wałów dziąsłowych
Szczoteczka z tworzywa sztucznego z miękkim włosiem, o wielkości główki dostosowanej do jamy ustnej dziecka: manualna lub elektryczna	Od wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych do 5. roku życia	Oczyszczanie zębów metodą Fonesa: <ul style="list-style-type: none"> - ruchami kolistymi powierzchni przedsionkowych zębów, - ruchami szorującymi powierzchni żujących zębów, - ruchami wymiatającymi powierzchni językowych zębów
	Od 6. roku życia	Oczyszczanie zębów metodą wymiatającą (roll): <ul style="list-style-type: none"> - ruchami obrotowo-wymiatającymi powierzchni językowych i przedsionkowych zębów, - ruchami szorującymi powierzchni żujących zębów
Szczotki i skrobaczki do języka	Od 6.-8. roku życia	Przesuwanie skrobaczki od tyłu do przodu języka oczyszczając nasadę, a następnie jego boczne powierzchnie
Irygatory stomatologiczne	Od 4.-5. roku życia	Spray zwierający odpowiednie substancje oczyszcza zęby, przestronie międzyzębowe i masuje dziąsła
Płukanki	Od 6. roku życia	Płukanie przez 30 sek. jamy ustnej, a następnie wypłukiwanie płynu
Nici, taśmy	Od 8.-10. roku życia lub wcześniej stosowane u dziecka przez rodziców	Rozpiętą między wskazującymi palcami nić wprowadza się do przestrzeni między zębami i oczyszcza ich powierzchnie styczne
Szczoteczki międzyzębowe		Oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych ruchami poziomymi

spod nawisającego dziąsła. Rodzice zwykle nie wiedzą, że za pełnym łukiem zębów mlecznych w wieku około 6 lat wyrżnie się pierwszy stały ząb trzonowy, który będzie już miał pozostawać w jamie ustnej przez całe życie (13).

DODATKOWE AKCESORIA DO HIGIENY JAMY USTNEJ

Do dokładniejszego czyszczenia przestrzeni pomiędzy zębami stosowane są nici, taśmy lub szczoteczki międzyzębowe. Akcesoria te skutecznie oczyszczają z płytki bakteryjnej i resztek pokarmowych miejsca, gdzie zazwyczaj rozwija się próchnica i zapalenie dziąseł, a włosie szczoteczki nie jest w stanie do nich dotrzeć. Nici dentystyczne są woskowane lub niewoskowane, dostępne w różnych zapachach i o różnej grubości. Nici oprócz mechanicznego oczyszczania powierzchni między zębami mogą dostarczać substancji o działaniu przeciwpóchnicowym (fluor czy ksylitol) lub antybakteryjnym (np. chlorheksydyna) (1). Nici dentystyczne z włókna pojedynczego (z politetrafluoroetylenem – PTFE) są bardziej miękkie niż tradycyjna nić nylonowa i stąd łatwiej nimi przesuwac między zębami. Są również mniej narażone na przerwanie lub strzępienie.

Odpowiedniej grubości nić rozpina się między wskazującymi palcami lub używając specjalnych trzymadełek. Napiętą nić wprowadza się ruchem pionowych w kontakcie z powierzchnią styczną jednego z zębów, a następnie wyprowadza się z przestrzeni takim samym ruchem w kontakcie z powierzchnią styczną drugiego sąsiadującego zęba. Nici dentystyczne mogą stosować rodzice u dziecka już w użębieniu mlecznym po wyrżnięciu drugich zębów trzonowych,

a następnie nadzorować przeprowadzanie tego zabiegu w momencie uzyskania przez dziecko odpowiednich zdolności manualnych! Samodzielne opanowanie umiejętności używania nici lub taśmy dentystycznej występuje około 10. roku życia.

Szczególnie istotne jest dokładne nitkowanie powierzchni międzyzębowych stałych zębów trzonowych. Szczoteczki międzyzębowe dokładnie oczyszczają miejsca, w których zalega osad i resztki jedzenia, zwłaszcza u osób posiadających większe przestrzenie międzyzębowe lub noszących aparat ortodontyczny. Są to tzw. wyciorki, które przypominają miniaturowe szczotki do czyszczenia butelek. Zależnie od szerokości przestrzeni międzyzębowych można stosować szczotki o różnej grubości. Oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych przeprowadza się ruchami poziomymi (13).

Do oczyszczania języka służą szczotki i skrobaczki (czyściki). Na języku gromadzą się resztki pokarmowe, które są podłożem dla rozwoju bakterii pomiędzy brodawkami języka i stają się źródłem nieprzyjemnego zapachu. Specjalne szczotki mają krótkie, miękkie włosie i okrągły kształt, co zapobiega powstawaniu odruchu wymiotnego. Obecnie większość manualnych szczotek do zębów posiada na drugiej stronie główki tarczkę z miękkimi plastikowymi wypustkami do oczyszczania języka. Innym urządzeniem są skrobaczki, które różnią się od siebie kształtem, liczbą krawędzi czyszczących, materiałem, z którego są wykonane (plastik, metal) oraz sposobem użycia (ręczne lub ultradźwiękowe). Czyszczenie polega na przesuwaniu skrobaczki od tyłu do przodu języka. Oczyszczać powinno

się zarówno nasadę, jak i boczne strony języka. Po każdym ruchu należy opłukać skrobaczkę pod zimną bieżącą wodą. Wskazane jest czyszczenia języka po nocy i przed pójściem spać.

Irygatory stomatologiczne są polecane dla dzieci niepełnosprawnych lub dla tych, u których w danym okresie nie można stosować szczotek do zębów ze względu na ryzyko powodowania zwiększonego krwawienia z dziąseł lub dolegliwości bólowych podczas szczotkowania. Ich działanie polega na oczyszczaniu zębów, przestrzeni międzyzębowych, przepłukiwaniu kieszonek dziąsłowych oraz masowaniu dziąseł sprężonym strumieniem wody, która może zawierać substancje przeciwpróchnicowe lub przeciwapalne. Uzupełnieniem zabiegów higienicznych są płukanki zawierające środki zapobiegające próchnicy lub o działaniu antybakteryjnym. Przeznaczone są jednak dla dzieci powyżej 6. roku życia. Stosowanie irygatorów i płukanek nie zastępuje właściwego czyszczenia zębów.

ZABIEGI HIGIENICZNE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ W GRUPACH SZCZEGÓLNEGO RYZYKA

Higiena jamy ustnej u dzieci przed podjęciem leczenia przeciwnowotworowego obejmuje szczotkowanie zębów i języka 2-3 razy na dobę pastą fluorkową, przy użyciu manualnych lub elektrycznych szczotek z miękkiego włosa, niezależnie od stanu hematologicznego. Szczotki ultradźwiękowe i nici dentystyczne powinny być zalecane tylko wtedy, gdy pacjent jest odpowiednio przeszkolony. U pacjentów ze złą higieną jamy ustnej lub z zapaleniem przyzębia mogą być dodatkowo stosowane płukanki z chlorheksydyną w postaci bezalkoholowego roztworu. Podczas leczenia immunosupresyjnego intensywna pielęgnacja jamy ustnej ma ogromne znaczenie, ponieważ zmniejsza ryzyko rozwoju umiarkowanych i ciężkich zapalenie błony śluzowej (*mucositis*). W tym okresie również zalecane jest szczotkowanie zębów 2-3 razy dziennie. W przypadku

zmian zapalnych na błonie śluzowej mogą być okresowo użyte gąbkowe, piankowe lub supermiękkie szczotki nasączone chlorheksydyną oraz delikatna, bezzapachowa pasta do zębów. Szczotki elektryczne lub ultradźwiękowe i nici dentystyczne są możliwe do stosowania, jeśli pacjent jest zdolny do korzystania z nich oraz w sytuacji, kiedy nie powodują podrażnień błony śluzowej. Zaleca się nici ze sztywnym końcem, które łatwiej jest wprowadzać w trudno dostępne przestrzenie międzyzębowe. Natomiast irygatory nie powinny być stosowane w okresie pancytopenii, aby unikać urazów tkanek (17).

Szczególnym problemem jest przeprowadzanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej u dzieci leczonych stałymi aparatami ortodontycznymi ze względu na obecność zamków, pierścieni, drutu i ligatur, które sprzyjają zleganiu płytki bakteryjnej. Niedokładnie przeprowadzane zabiegi higieniczne mogą doprowadzić do powstawania zmian demineralizacyjnych, ubytków próchnicowych lub zapalenia dziąseł. Krytycznymi miejscami dla odkładania płytki nazębnej są bliższe i dalsze podstawy zamka znajdujące się poniżej drutu ortodontycznego. Dlatego też w przypadku noszenia aparatów stałych zabiegi higieniczne powinny być przeprowadzane bardzo dokładnie i trwać przynajmniej 10 minut. Do tego celu głównie wykorzystywane są (oprócz standardowych szczotek) nici, taśmy lub szczoteczki międzyzębowe oraz płukanki (18).

PODSUMOWANIE

Wybór odpowiedniej techniki przeprowadzania zabiegów higienicznych w jamie ustnej dziecka oraz dobór właściwych do tego celu akcesoriów higienicznych zależy od wieku dziecka, jego stanu ogólnego i miejscowego oraz jego umiejętności manualnych. U młodszych dzieci procedury te powinny być przeprowadzane przez rodziców, a następnie przez wiele lat przez nich nadzorowane i kontrolowane, zgodnie z profesjonalnymi zaleceniami opiekującego się dzieckiem stomatologa.

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Joanna Szczepańska
Zakład Stomatologii
Wieków Rozwojowego
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź
tel.: +48 (42) 675-75-16
joanna.szczepanska@umed.lodz.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical Affairs, 2014.
2. Guideline on Infant Oral Health Care. American Academy of Pediatric Dentistry. Originating Committee Clinical Affairs Committee – Infant Oral Health Subcommittee, 2014.
3. Guideline on Fluoride Therapy. American Academy of Pediatric Dentistry. Liaison with Other Groups Committee. Council on Clinical Affairs, 2014.
4. American Academy of Pediatric Dentistry 2014. Fast Facts.
5. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical Affairs, 2014.
6. Ramos-Gomez FJ: Clinical considerations for an infant oral health care program. *Compend Contin Educ Dent* 2005; 26 (5 suppl. 1): 17-23.
7. Poland C 3rd, Hale KJ: Providing oral health to the little ones. *J Indiana Dent Assoc* 2003; 82: 8-14.
8. Wandera A, Bhakta S, Barker T: Caries prediction and indicators using a pediatric risk assessment teaching tool. *ASDC J Dent Child* 2000; 67: 408-412.
9. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr: Early preventive dental visits: effects on subsequent utiliza-

tion and costs. *Pediatrics* 2004; 114: 418-423. 10. Ismail AI, Nainar SM, Sohn W: Children's first dental visit: attitudes and practices of U.S. pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003, 25: 425-430. 11. Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW et al.: Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. *J Calif Dent Assoc* 2010; 38(10): 746-761. 12. American Academy of Pediatrics. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 2000 105: 645. 13. Oral hygiene for babies and toddlers. Australian Dental Association. 14. Policy on Use of Fluoride. American Academy of Pediatric Dentistry. Liaison with Other Groups Committee. Council on Clinical Affairs, 2014. 15. Altarum Institute. Topical fluoride for high-risk children, development of decision support matrix, recommendations from MCHB expert panel. Washington, DC: 2007. 16. Weinstein P, Harrison R, Benton T: Motivating parents to prevent caries in their young children. *J Am Dent Assoc* 2004; 135: 731-738. 17. Guideline on Dental Management of Pediatric Patients Receiving Chemotherapy, Hematopoietic Cell Transplantation, and/or Radiation Therapy. Clinical Affairs Committee. Council on Clinical Affairs, 2013. 18. Bardal PAP, Olympio KPK, Bastos JRM et al.: Education and motivation in oral health - preventing disease and promoting health in patients undergoing orthodontic treatment. *Dental Press J Ortho* 2011; 16(3): 95-102.

nadesłano: 30.07.2015

zaakceptowano do druku: 08.09.2015