



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Lekarz dentysta
Katarzyna Kielar

Wsparcie dziecka w rozwoju – profilaktyka stomatologiczna



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Dziecko w wieku 7 lat podejmuje naukę szkolną, wchodzi w nowe środowisko, musi sprostać nowym obowiązkom, a autorytetem zaczyna być nauczyciel. Z wiekiem zwiększa się jego aktywność społeczna i potrzeba kontaktu z rówieśnikami. Dziecko szuka aprobaty otoczenia i bardzo ważna staje się opinia grupy. W tym wieku kształtuje się jego świadomość postępowania i poczucie odpowiedzialności. Lepiej rozumie potrzebę leczenia oraz fakt, że stan ich uzębienia zależy od tego jak dba o higienę jamy ustnej. Nauczyciele mogą wprowadzać w szkołach zajęcia z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej, dlatego ważne jest, aby wychowawca miał podstawową wiedzę o tym, jak dbać o zęby, kiedy i jak często powinny być wizyty u lekarza dentysty. Mogą dziecku wytłumaczyć jak będzie wyglądać wizyta i czego może się spodziewać.

Profilaktyka stomatologiczna jest bardzo ważna, aby zachować zdrowe i silne uzębienie oraz piękny uśmiech przez całe życie. Jest to prosta metoda leczenia, która uodparnia tkanki zęba i przyzębia na atak kwasów i bakterii. W programie profilaktycznym uwzględniono metody zapobiegawcze takie jak: prawidłowa higiena jamy ustnej, prawidłowe żywienie i stosowanie związków fluoru, uszczelnianie bruzd i szczelin.

Systematyczne zabiegi higieniczne jamy ustnej pozwalają zahamować przyrost nowych ubytków próchnicowych oraz zapewnić dobry stan zdrowotny dziąseł.

W pielęgnacji jamy ustnej stosuje się mechaniczne metody szczotkowania zębów, płukanie jamy ustnej, używanie nici dentystrycznych. Zalecanych metod szczotkowania u dzieci jest kilka:

- metoda obrotowa (roll) – szczoteczkę przykładą się do powierzchni zęba pod kątem 45° i wykonuje ruch obrotowo – wymiatający z dziąsła na koronę zęba,¹
- metoda szorowania – wykonywana ruchami poziomymi szczoteczki,
- metoda Fonesa – wykonywane są ruchy okrężne szczoteczki, która jest przyłożona do powierzchni zęba pod kątem 90°. ²

Każda z opisanych metod ma swoje zalety i wady, metoda Fonesa i obrotowa jest trudna do opanowania, natomiast metoda szorowania może prowadzić do uszkodzenia dziąseł i zębów. Najkorzystniej jest, aby odpowiednią metodę wybrał lekarz lub higienistka, w zależności od stanu zębów, dziąseł i zdolności manualnych. Szczotkowanie zębów powinno trwać minimum 2 – 3 minuty, przynajmniej 2 razy dziennie rano po śniadaniu i wieczorem po kolacji, przed snem. Szczotka powinna być miękka, o krótkiej główicy (20 – 25 mm) z trzonem dostosowanym wy-

¹ Jańczuk Z. (red.), Praktyczna Periodontologia Kliniczna, Warszawa 2004, Wydawnictwo Kwintesencja, s. 124-125.

² Jańczuk Z. (red.), Praktyczna Periodontologia Kliniczna, Warszawa 2004, Wydawnictwo Kwintesencja, s.126.



miarami do ręki dziecka. Nową szczotkę do zębów należy odkazić przez 15 minut w 3 % wodzie utlenionej, następnie regularnie oczyszczać pod strumieniem bieżącej wody i wysuszać na powietrzu po każdorazowym użyciu. Szczotkę należy ustawić włosiem do góry w przewiewnym miejscu, wymieniać co 2 – 3 miesiące, nie należy przechowywać jej w futerale. Włosie szczoteczki zbyt długo stosowanej sztywnieje i może działać drażniąco na dziąsła, należy też zwrócić uwagę, aby włosie nie było powyginane, świadczy to o stosowanym zbyt dużym nacisku na zęby podczas mycia. Na rynku dostępne są szczoteczki, ze wskaźnikiem zużycia – kolor włosia zmienia barwę w miarę zużywania się oraz szczoteczki elektryczne. Te ostatnie mają tę zaletę, że oczyszczają zęby i jednocześnie wykonują masaż dziąseł. Są proste w użyciu, zachęcają dzieci do szczotkowania zębów i ułatwiają zabiegi higieniczne szczególnie dzieciom niepełnosprawnym. W zachowaniu prawidłowej higieny pomocni są rodzice, którzy do 12 roku życia powinni kontrolować mycie zębów u swoich dzieci. Można sprawdzić higienę u dzieci zakupując tabletki wybarwiające płytkę nazębną, dostępne w aptekach lub gabinetach stomatologicznych. Płytkę nazębna jest koloru białego, niewidoczna dla oka, po zastosowaniu tabletek zabarwia się na kolor różowy lub fioletowy. Tabletki stosuje się przed myciem zębów, żeby zobaczyć gdzie płytkę najczęściej się

osadza lub po myciu zębów, aby sprawdzić czy dokładnie dziecko umyło zęby.

Do mycia zębów należy używać pasty z fluorem. Pasty do zębów powinny być wybrane odpowiednio do wieku:

- od 0 do 5 lat należy wybrać pastę z zawartością 250 – 500 ppm F
- od 6 do 12 lat pastę do zębów z 1000 ppm F
- powyżej 12 lat pastę do zębów z zawartością 1000 – 1500 ppm F.³

W celu dokładniejszej higieny jamy ustnej powinno się używać nitki dentystrycznych. Służą one do usuwania resztek pokarmowych i płytki nazębnej z przestrzeni międzyzębowych, są cienkie, nawoskowane, przesycone fluorem. Nitkę wprowadza się w przestrzeń między zębów i przesuwają po powierzchniach stycznych w kierunku powierzchni żującej. Rozpina się ją między palcami lub używając specjalnych trzymadełek.

Fluor jest szeroko stosowany w stomatologii, w celu zapobiegania próchnicy. Powoduje redukcję próchnicy do 20 – 40%. Jego najważniejsze zalety to: wzmacnia szkliwo zębów, zmniejsza odkładanie płytki nazębnej, zapobiega powstawaniu próchnicy wtórnej (wokół wypełnień), remineralizuje odwapnione szkliwo oraz znosi nadwrażliwość zębów. Fluor może być podawany endogenne

³ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s.791, tabela 31.

w postaci fluorkowania wody pitnej, soli kuchennej, mleka, tabletek, kropeł i egzogennej (kontaktowej). Suplementację fluoru (tabletki, krople) stosuje się u dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy, o tym jednak powinien zdecydować lekarz dentysta, gdyż nadmierne przyjmowanie fluoru powoduje fluorozę zębów. Kiedyś podawano tabletki fluorkowe kobietom w ciąży, w świetle bieżących badań epidemiologicznych nie jest to już zalecane, gdyż nie przynosi wyraźnej redukcji próchnicy zębów u dzieci. Jeżeli lekarz zaleci tabletki fluorkowe to powinno się je ssać, a nie połykać w całości. Zwiększa to działanie egzogenne (miejscowe) fluoru. Najpopularniejszą metodą profilaktyki fluorkowej jest stosownie fluoru miejscowo w postaci past do zębów, płukanek, pianek i lakierów fluorkowych. W gabinetach stomatologicznych najczęściej stosuje się lakiery fluorkowe. U dzieci polecany jest Duraphat, jest on łatwy w użyciu, lepki, utrzymuje się na powierzchni zębów długo i wzbogaca szkliwo w fluor. Lakier nakłada się na całe uzębienie jak również na wybrane miejsca. Zaleca się zazwyczaj stosować go 2 razy w roku (co 6 miesięcy), a u dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy 4 razy w roku co 3 miesiące.

Fluor w profilaktyce próchnicy powinien być stosowany w dawkach optymalnych, zalecanych i określonych na podstawie wieloletnich badań, jest on wtedy bezpieczny. Nie można jednak zapominać, że fluor jest toksyczny i w du-

żych dawkach powoduje przewlekłe lub ostre zatrucie fluorem. Do przewlekłego zatrucia czyli fluorozy dochodzi w wyniku długotrwałego stosowania nieznacznie większej dawki, objawy charakterystyczne to utrata połysku szkliwa, opalizujące, kredowobiałe lub brunatne plamy, ubytki szkliwa. Ostre zatrucie fluorem występuje rzadko i objawia się: ostrym bólem brzucha, wymiotami, biegunkami, porażeniem nerwów, a nawet może dojść do zaburzeń oddychania i czynności serca. W przypadku wystąpienia ostrego zatrucia fluorem należy jak najszybciej wezwać pogotowie, podać środki bogate w wapń np. mleko.⁴

Intensywny wzrost i rozwój dziecka w wieku szkolnym wymaga dostarczenia odpowiednio zbilansowanej diety, bogatej w białka, sole mineralne tj., wapno, fosfor, witaminy A, E, C, B, D. Zwiększa się również zapotrzebowanie na żelazo. Wyrzynające się kolejno zęby mleczne, następnie zęby stałe kończą proces dojrzewania w jamie ustnej i są bardziej podatne na próchnicę niż zęby, które są dłużej w tej samej jamie ustnej. W ślinie szkliwo pobiera fluor, cynk, ołów, żelazo, dochodzi do wymiany jonów węglany ze szkliwa na jony fluoru i fosforu. W miarę dojrzewania szkliwo staje się bardziej odporne na działanie kwasów i czynników próchnicotwórczych z pożywienia. Okres rozwoju uzębienia czyli od okresu niemowlęcego

⁴ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 791 – 793.



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

do 15 – 16 roku życia jest okresem wzmożonej podatności zębów na próchnicę.⁵ Odpowiednie odżywianie, szczególnie u dzieci jest bardzo istotne i ma wpływ na próchnicę i intensywność próchnicy. Główne zasady, jakimi powinny kierować się rodzice, to: pokarm powinien być pełnowartościowy, częstość spożywania cukrów jest bardziej istotna niż ich ilość, czyli należy odradzać „przegryzanie” między posiłkami, należy ograniczać spożywanie słodkich napojów gazowanych, słodczyce powinny być spożywane w czasie głównych posiłków, zakończonych spożyciem pokarmu obojętnego dla tkanek zęba np. sera lub niesłodzonego płynu. Konsystencja pokarmów powinna być twarda.⁶

Powierzchnie żujące zębów są często narażone na próchnicę zębów. Sprzyja temu skomplikowany kształt bruzd, w których zalegają resztki pokarmowe, a ich dokładne oczyszczanie za pomocą szczoteczki jest często niemożliwe. Są to miejsca słabiej zmineralizowane w stosunku do innych powierzchni oraz mają mniejsze stężenie fluoru. W zapobieganiu próchnicy powierzchni żujących stosuje się lakowanie bruzd i szczelin, które polega na wypełnieniu zagłębień odpowiednim materiałem,

tw. lakiem szczelinowym. Uszczelnienie bruzd powinno być przeprowadzone w zębach na tyle wyrżniętych, aby można je było odizolować od dostępu śliny. Zabieg ten przeprowadza się w bruzdach bez próchnicy, głównie w zębach stałych trzonowych i przedtrzonowych, ale można również w zębach mlecznych i w zagłębieniu na powierzchni podniebiennej drugich siekaczy stałych. Uszczelnienie bruzd na powierzchniach żujących należy kontrolować co 6 miesięcy w celu sprawdzenia czy w lakowanej bruzdzie nie ma ogniska próchnicy oraz w razie potrzeby uzupełnić lak.

Wizyty u lekarza dentysty są dużym przeżyciem, dlatego należy odpowiednio przygotować dziecko. Pierwszy kontakt dziecka powinien odbywać się przy okazji niebolesnego zabiegu profilaktycznego na wizycie adaptacyjnej. Jest to krótka, niemęcząca wizyta, na której młody pacjent zapoznaje się z gabinetem i personelem medycznym. Lekarz oswaja dziecko ze sprzętem medycznym, a na koniec wizyty chwali dziecko i daje nagrodę jako zachętę do następnych odwiedzin. Przed pierwszą wizytą rodzice powinni wyjaśnić cel i przebieg wizyty. Nie wolno tłumaczyć dziecku, że zabieg będzie niebolesny lub „pan doktor tylko obejrzy ząbki”. Zdarza się często, że rodzice przychodzą z dzieckiem do gabinetu dopiero, gdy dziecko odczuwa silny ból i wymaga szybkiej i bolesnej interwencji medycznej. Zdenerwowanie, cierpienie

⁵ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa, 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 763 – 766.

⁶ Cameron A. C. (red), Widmer R. P. (red.), *Stomatologia dziecięca*, Wrocław 2005, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, s.44.

pacjenta i pośpiech uniemożliwia lekarzowi stworzenie miłej i ciepłej atmosfery, która stanowiłaby zachętę do kolejnych wizyt. W wyniku tego powstają urazy, które trudno jest zwalczyć przez wiele lat. Można tego uniknąć, gdyby rodzice przyprawiali dziecko na systematyczne wizyty kontrolne. W przyszłości dziecko odwiedzałoby gabinet stomatologiczny bez obaw i negatywnych obciążeń. Wizyty kontrolne powinny odbywać się co 6 miesięcy, a u dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy powinny być co 3 miesiące.⁷

Zęby mleczne leczy się i kontroluje czy nie ma nowych ognisk próchnicy, rodzice często są zaskoczeni i odpowiadają „przecież zęby mleczne wypadną”. Nieleczona próchnica prowadzi do stanów zapalenia miazgi, co wiąże się z silnym bólem, płaczem, wizyta u dentysty jest wtedy nieprzyjemna i niemotywuująca. Powstają ropne stany zapalne zębów, co ma wpływ na cały organizm (nerki, serce, stawy). Dochodzi do przedwczesnej utraty zębów, co powoduje zahamowanie wzrostu kości i wady zgryzu. Należy również pamiętać, że pod zębem mlecznym rozwija się zawiązek zęba stałego i stan zapalny z korzeni zębów mlecznych może przejść na nowo rozwijający się ząb.

Metody stosowane w leczeniu zębów mlecznych to remineralizacja, impreg-

gnacja, wypełnianie ubytków próchnicznych, korony stalowe. Remineralizacja polega na stosowaniu związków fluoru na plamę próchnicową. Dochodzi do wytrącania składników mineralnych w miejscu uszkodzenia, zabieg powtarza się kilka razy w odstępach kilkudniowych. Niestety z uwagi na szybki proces rozwoju próchnicy w zębach mlecznych metodę remineralizacji stosuje się rzadko. Impregacja (lapisowanie) jest to zabieg, który ma na celu przesycenie próchnicowo zmienionych tkanek zęba środkami chemicznymi działającymi bakteriobójczo i mineralizująco. Dochodzi do utwardzenia uprzednio rozmiękłych mas, a zęby mleczne są bardziej odporne na działanie czynników próchnicotwórczych. Impregacja stosowana jest w zębach mlecznych, głównie w siekaczach, gdzie próchnica objęła już dużą powierzchnię zęba. Zabieg powtarza się 3 – krotnie podczas tej samej wizyty, a następnie podczas kilku kolejnych wizyt w odstępach 7 -, 10 – dniowych. Po upływie kilku miesięcy impreguje się powierzchnie zęba ponownie. Wadą tej metody, są przebarwienia zębów. Zabieg jest wykonywany, mimo wystąpienia ciemnego koloru zębów, ponieważ w siekaczach mlecznych trudno jest stworzyć dobre warunki na utrzymanie się wypełnienia. W zębach bocznych mlecznych ubytki próchnicowe leczy się oczyszczając ubytek i zakładając wypełnienie. Obecnie na rynku jest wiele materiałów do wypełnień, najbardziej popularne to firmy Twinky

⁷ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 207 – 208.



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Star. Dostępne są różne kolory, dziecko wybierając kolor podchodzi bardziej pozytywnie do leczenia i do następnej wizyty. W przypadku rozległego zniszczenia tkanek zęba, lub niedorozwoju twardych tkanek zęba stosuje się korony stalowe. W przypadku wystąpienia dolegliwości bólowych i zapalenia miazgi stosuje się leczenie amputacyjne lub endodontyczne, czasami należy usunąć ząb.⁸

Zęby stałe niedojrzałe leczy się podobnie jak zęby stałe z zakończonym rozwojem, czyli stosując remineralizację i wypełnienia ubytków próchnicowych. Należy wiedzieć, że młode zęby stałe, ze względu na swoją budowę anatomiczną i histologiczną, są zębami bardziej podatnymi na próchnicę, dlatego ważne jest, aby szybko rozpoznać ognisko próchnicy. Małe ubytki próchnicy okazują się być głębokimi ubytkami, a gdy dojdzie do zapalenia miazgi leczenie jest trudniejsze i trwa dłużej niż w zębach dojrzałych z zakończonym rozwojem korzenia.

Wizyty powinny przebiegać bezboleśnie, niektóre zabiegi wymagają wykonania znieczulenia. Pacjenci mogą być znieczuleni miejscowo, poprzez zastosowanie odpowiedniego zastrzyku. Przed znieczuleniem igłą smaruje się błonę śluzową żelem znieczulającym o owocowym zapachu, co sprawia, że zabieg jest mniej

bolesny. Często zdarza się, że dziecko jest przestraszone, ze złym doświadczeniem po wcześniejszych przykrych przeżyciach w gabinecie stomatologicznym. Można dziecko przygotować do wizyty stosując odpowiednią premedykację farmakologiczną np. hydroksyzynę w syropie, podając dziecku odpowiednią ilość 30 - 60 minut przed wizytą. Dzięki niej dochodzi do zniesienia uczucia lęku, napięcia emocjonalnego, dziecko jest spokojniejsze, zmniejsza się ilość śliny.⁹ Kolejną metodą stosowaną do znieczuleń u dzieci jest sedacja wziewna, która polega na podaniu mieszanki gazów (podtlenek azotu i tlenu). Pacjent wdycha gazy za pomocą maseczki (o zapachu owocowym) zakładanej na nos. Powoduje to fizyczne odprężenie przy jednoczesnym zachowaniu świadomości. Ta metoda stosowana jest u dzieci lękliwych, współpracujących, z dobrym kontaktem.¹⁰ Efekt działania kończy się po paru minutach od momentu zaprzestania podawania gazu. Ta metoda jest nadal mało popularna w Polsce, mało gabinetów stomatologicznych dysponuje odpowiednim sprzętem. Wadą tej metody jest to, że jest ona nieprzydatna u dzieci małych, upośledzonych, ze złym kontaktem. W stomatologii większość zabiegów moż-

⁸ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 314 – 317.

⁹ Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 598 – 599.

¹⁰ Cameron A. C. (red), Widmer R. P. (red.), *Stomatologia dziecięca*, Wrocław 2005, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

na wykonać w znieczuleniu wyżej opisywanych, czasami jednak dla pewnej grupy pacjentów jest to niewystarczające. Dopiero zastosowanie znieczulenia ogólnego daje szansę na przeprowadzenie leczenia stomatologicznego. Jest to jednak ostateczne rozwiązanie, lekarz musi być pewny potrzeby wykonania tak zaplanowanego zabiegu.

Braki uzębienia u dzieci mogą być wrodzone lub nabyte (spowodowane próchnicą lub urazami). Brak zębów zaburza podstawowe czynności narządu żucia (żucie, połykanie, mowę), niekorzystnie wpływa na rozwój kości szczęk, zmieniają się mechanizmy mięśniowe i powstają wady zgryzu. Obserwuje się nieprawidłową czynność języka, przetrwały, niemowlęcy typ połykania, częste oddychanie przez usta, leniwe żucie i unikanie gryzienia twardych pokarmów. Dziecko, które utraciło zęby, szczególnie w odcinku przednim czuje się upośledzone, jest nieśmiałe, ma poczucie odmienności, co źle wpływa na psychikę dziecka i jego ogólny stan zdrowia.

W leczeniu dzieci z brakami zębowymi konieczna jest współpraca lekarza ortodonta i lekarza protetyka, która polega na zespołowym planowaniu leczenia, stosowaniu aparatów ortodontycznych i protez ruchomych. Leczenie u dzieci przebiega dwuetapowo, ze względu na niezakończony rozwój układu stomatognatycznego. W pierwszym etapie powinno dojść do zakończenia kształtowania się korzeni

zębów stałych, rozwoju szczęki i żuchwy oraz utrzymania uzyskanego leczenia ortodontycznego. Rodzice powinni być przygotowani na częste wizyty kontrolne oraz wymiany uzupełnień protetycznych. Leczenie protetyczne można podzielić w zależności od wieku. U dzieci w wieku od 0 do 6 lat stosowane są głównie bezklamrowe protezy ruchome, mogą być zaopatrzone w elementy pomocne w leczeniu ortodontycznym. Protezy należy wymieniać, gdy przestają pasować do podłoża i sprawiają dziecku kłopot w użytkowaniu. W wieku od 6 do 12 lat stosuje się korony (tymczasowe z akrylu lub metalu), wkłady koronowo – korzeniowe, mosty, które będą umożliwiały wzrost kości szczęk oraz protezy ruchome. Dzieci w wieku od 12 do 18 roku życia leczy się dwuetapowo. Do 16 lat stosuje się korony tymczasowe i protezy ruchome tymczasowe, a po 16 roku życia wprowadza się uzupełnienia protetyczne stałe, tak jak u dorosłych.¹¹

Leczenie protetyczne u dzieci w wieku rozwojowym jest bardzo ważne, poprawia czynność żucia, wymowę, wygląd estetyczny. Zapobiega powstawaniu nieprawidłowych nawyków i wad zgryzu. Pozwala zachować prawidłową wysokość zwarcia i kontakty zgryzowe oraz zmniejsza uraz psychiczny.

¹¹ Spiechowicz E., *Protetyka*, Warszawa 2004, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 549 - 555.



„Dobrze przygotowany nauczyciel przyszłością oświaty” projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W przypadku wystąpienia nieprawidłowych warunków zgryzowych i zaburzeń rysów twarzy u dziecka należy zgłosić się do lekarza ortodonta. U pacjenta rosnącego wady mogą się nasilać i wikłać. Leczenie jest kilkuletnie i konieczne są systematyczne wizyty kontrolne. Lekarz ortodonta może zalecić stosowanie odpowiednich ćwiczeń mięśniowych i/lub noszenie ruchomych aparatów ortodontycznych. Aparaty nosi się w nocy i kilka godzin w ciągu dnia. W tym okresie należy szczególnie dbać o dokładną higienę jamy ustnej. Wskazane są częstsze wizyty profilaktyczne i kontrolne w celu wyeliminowania ognisk próchnicy.

Stan jamy ustnej niemowląt, dzieci i dorosłych ma wpływ na ich ogólny stan zdrowia, dobre samopoczucie, akceptację wśród rówieśników. Należy już od najmłodszych lat wprowadzić odpowiednią higienę jamy ustnej, profilaktykę wad zgryzu, stosować odpowiednią dietę. W tym powinni uczestniczyć rodzice oraz nauczyciele, którzy od 7 roku życia mogą uświadamiać dzieci i rodziców jak prawidłowo dbać o jamę ustną. Ich wskazówki i uwagi mogą zmienić życie i stan zdrowia każdego dziecka.

Bibliografia

1. Cameron A. C. (red), Widmer R. P. (red.), *Stomatologia dziecięca*, Wrocław 2005, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
2. Jańczuk Z. (red.), *Praktyczna Periodontologia Kliniczna*, Warszawa 2004, Wydawnictwo Kwintesencja.
3. Karłowska I. (red.), *Zarys współczesnej ortodontji*, Warszawa 2002, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
4. Spiechowicz E., *Protetyka*, Warszawa 2004, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
5. Szpringer – Nodzak M. (red.), Wochny – Sobańskiej M. (red.), *Stomatologia wieku rozwojowego*, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.