

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 3 დეკემბრის N01-314/ო ბრძანებით

კბილის მაგარი ქსოვილების დაავადებათა პროფილაქტიკა და მართვა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: კბილის მაგარი ქსოვილების დაავადებათა პროფილაქტიკა და მართვა	3
2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 მინანქრის ლაქა.....	4
8.2 ადგილობრივი მკურნალობა	6
8.3 ბავშვთა ასაკში მუდმივი კბილების ფისურების პროფილაქტიკური ჩაბეჭდვა.....	7
8.4 მინანქრის და დენტინის კარიესი	8
8.5 მინანქრის და დენტინის ადჰეზივები.....	8
9. მოსალოდნელი შედეგები	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები	11
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	11
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	11
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ ფონზე	12
14. ავტორები	13
15. გამოყენებული ლიტერატურა:.....	13

1. პროტოკოლის დასახელება: კბილის მაგარი ქსოვილების დაავადებათა პროფილაქტიკა და მართვა

2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
მინანქრის კარიესი	K02.0
დენტინის კარიესი	K02.1
დულაბის კარიესი	K02.2
კბილების შეჩერებული (დათრგუნული) კარიესი	K02.3
კბილების სხვა კარიესი	K02.8
კბილების კარიესი, დაუზუსტებელი	K02.9
კბილების მაგარი ქსოვილების სხვა ავადმყოფობები	K03
კბილების აბრაზია (შლა)	K03.1
კბილების ეროზია	K03.2
კბილების მაგარი ქსოვილის ფერის ცვლილებები, კბილების ამოჭრის შემდგომი	K03.7
კბილების მაგარი ქსოვილების სხვა დაზუსტებული ავადმყოფობები	K03.8
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
კბილის ფისურების ჩაბეჭდვა	SCXE00
ანალიზი და რჩევა კვების შესახებ, რომელიც დაკავშირებულია კბილის თერაპიასთან	SCXA02
კბილის ერთი ზედაპირის დაბეჭენა	SFXA10
კბილის ორი ზედაპირის დაბეჭენა	SFXA20
კბილის სამი ან მეტი ზედაპირის დაბეჭენა	SFXA30

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ამერიკის პედიატრიული სტომატოლოგიის აკადემიის გაიდლაინების საფუძველზე:

1. Guideline on Pediatric Restorative Dentistry.
2. Pit and fissure sealants: evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries.
3. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents.
4. Clinical guideline on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა, რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პრაქტიკოსი ექიმებისთვის უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება კარიესის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ, ასევე, ჯანდაცვის სპეციალისტების, სტომატოლოგიური პაციენტებისა და/ან მათი მშობლების ინფორმირება შემდეგ საკითხებზე: პირის ღრუს ჰიგიენა, კარიესის პრევენცია, კარიესის მკურნალობა და პულპის სიცოცხლისუნარიანობის შენარჩუნების პრიორიტეტულობა.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლით გათვალისწინებული რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, რომელთაც აღნიშნებათ პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა, კარიესისადმი მიდრეკილი ფისურები და სხვადასხვა ხარისხით დაზიანებული კბილის მაგარი ქსოვილები (მინანქარი, დენტინი).

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმი-სტომატოლოგებისთვის სპეციალობით - თერაპიული სტომატოლოგია, რომლებიც ახორციელებენ სარძევე, ახალგაზრდა და მუდმივი კბილების დაავადებების მკურნალობასა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში: სტომატოლოგიური კლინიკა, სტომატოლოგიური კაბინეტი, სტაციონარული დაწესებულების სტომატოლოგიური კაბინეტი.

პროტოკოლით გათვალისწინებული აუცილებელი და დამხმარე გამოკვლევები პაციენტებს უტარდებათ კლინიკაში მიმართვისთანავე, მკურნალობის შემთხვევაში კი შესრულდება აღნიშნული პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა სამკურნალო პროცედურა.

8. რეკომენდაციები

კარიესის პროფილაქტიკა და მკურნალობა ეფუძნება კლინიკური კვლევის შედეგს და წარმოადგენს ამომწურავი მკურნალობის გეგმის ნაწილს. მკურნალობის დაგეგმვისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია:

- თანკბილვის განვითარების ეტაპი, სტატუსი, მდგომარეობა;
- კარიესის რისკის შეფასება;
- პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსი (მდგომარეობა);
- მშობლების შესაბამისი გენეტიკური განწყობა, რომელიც შესაძლოა გამოვლინდეს;
- პაციენტის უნარი და სურვილი ითანამშრომლოს ექიმთან წარმატებული მკურნალობის მიზნით.

კარიესის განვითარების რისკი მეტია ღარიბ და მზრუნველობა მოკლებულ კონტიგენტში, იქ სადაც ვერ ხერხდება ბალანსირებული კვების რეჟიმი, სრულფასოვანი ჰიგიენა სხვადასხვა მიზეზების გამო, მათ შორის ორთოდონტული და ორთოპედიული კონსტრუქციების არსებობისას.

8.1 მინანქრის ლაქა

მინანქრის ლაქის (საწყისი კარიესის) დროს ჩივილები (ტკივილი) არ აღინიშნება. პროფილაქტიკური დათვალისწინებისას გამოვლინდება ვიზუალური ცვლილებები:

- მინანქარზე შეინიშნება თეთრი ფერის ცარცისებრი ან პიგმენტური ლაქები (პროცესის სტაბილიზაციის სტადია).

- კარიესული ლაქა როგორც წესი ერთეულია და უხშირესად ლოკალიზებულია გვირგვინის ცერვიკალურ მიდამოში.
- ლაქის არეში მინანქრი გლუვია, ცარცისებრი, ბზინვარება დაკარგული.
- მინანქრის მთლიანობა დარღვეული არ არის.
- პაციენტს არ აქვს პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა, მინანქარი კბილის მიკრობული ნადებითაა დაფარული.
- მრავლობითი ლაქები კარიესული პროცესის მაღალ აქტივობაზე მიუთითებს.
- ლაქები სხვადასხვა კონფიგურაციისაა, ასიმეტრიულადაა ლოკალიზებული და კარიესის სხვადასხვა სტადიებთანაა თანხვედრილი.
- კარიესის საწყისი ეტაპის კლინიკური პრეზენტაცია – გამოვლენა ადვილდება მშრალი მინანქრის დათვალიერებისას, განსაკუთრებით კი გამადიდებელი საშუალებებისა (ლუპა/ლინზები) და ფლუოროსცენციის (DIAGNOdent) და ტრანსილუმინაციის სადიაგნოსტიკო აპარატურის გამოყენებისას.
- ვიტალური შეღებვის მეთოდით ხდება კარიესული ლაქის სხვა წარმოშობის/ნოზოლოგიის ლაქებისგან დიფერენცირება.
- ვიტალური შეღებვის დროს დაზიანებული უბანი იღებება მხოლოდ კარიესული ლაქის შემთხვევაში.
- შეღებვის ინტენსივობა მიუთითებს პროცესის (მინანქრის დემინერალიზაციის) აქტივობის ხარისხზე.

აღნიშნული კლინიკური მდგომარეობა მინანქრის ლაქის (დემინერალიზაციის) პროცესის უკუგანვითარებას/რემინერალიზაციას მოითხოვს, რაც მიიღწევა კომპლექსური მკურნალობით:

- მარემინერალიზებელი თერაპიით (რემთერაპიით)
- კარიესოგენული ფაქტორების ლიკვიდაციით.

კარიესოგენული ფაქტორების ლიკვიდაცია გულისხმობს:

- ჰიგიენური მდგომარეობის ნორმალიზებას - ამისათვის ურჩიეთ პაციენტს პირის ღრუს მოვლის საშუალებების (კბილის პასტის, კბილის ჯაგრისის, ინერდენტალური ფლოსებისა და მცირე ზომის ჯაგრულების, პირის ღრუს სავლებების) გამოყენება;
- პირის ღრუს მოვლის ჩვევების შესწავლას და მის ჩატარებაზე კონტროლს;
- კვების რეჟიმისა და რაციონის განსაზღვრას - შესთავაზეთ პაციენტს ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების შეზღუდვა, რაფინირებულ საკვებზე მაქსიმალური აკრძალვის დაწესება.

მინანქრის ლაქის მარემინერალიზებელი თერაპიის დროს აუცილებელია იმ პრეპარატებისა და პროცედურების გამოყენება, რომელთა ეფექტურობა და უსაფრთხოება დამტკიცებულია;

მარემინიზირებელი თერაპიის ასპექტში განიხილეთ ფთორის პრეპარატების გამოყენება. ფთორიდებით თერაპია ეფექტურია მათი რეგულარული და კომბინირებული (სისტემური და ადგილობრივი) გამოყენებისას. აუცილებელია ყველა პაციენტის ინდივიდუალური სქემით მკურნალობა (სტომატოლოგიური სტატუსის, ასაკის გათვალისწინებით და რისკ-სარგებელის თანაფარდობის გათვალისწინებით); ფთორიდების ზუსტი დოზირება.

ფთორიდების ადგილობრივ საშუალებებს შორის ბავშვებში რეკომენდებულია კბილის პასტების, ჟელეების, სავლებების და პროფესიული ადგილობრივი ფთორიდების (სითხე, ლაქი) გამოყენება. ბავშვებში ფთორიდების პროცედურის დროს იქმნება პრეპარატის გადაყლაპვის

საშიშროება, რაც ინტოქსიკაციასა და ფლუოროზის განვითარებას იწვევს. აღნიშნული ფაქტორის პრევენციისთვის აუცილებელია:

- ფთორისშემცველი კბილის პასტებით კბილების გახეხვა, პასტის მინიმალური რაოდენობით 2 წლის ასაკიდან.
- პროფესიული ადგილობრივი საშუალებებიდან 3 წლამდე ნატრიუმის ფთორიდის ლაქის გამოყენებაა რეკომენდებული, რომლებიც ნაკლები სახიფათო პოტენციალით გამოირჩევა (არ არის პრეპარატის გადაყლაპვის საშიშროება).
- არაპროფესიული ადგილობრივი ფთორიდების (სავლებები, ჟელები) დანიშნეთ 6 წლის ასაკიდან.

ფთორიდების შემცველი დანამატები გამოიყენეთ 6 თვიდან - II მუდმივი მოლარის ამოჭრამდე, რეგიონში სასმელ წყალში ფთორის 7 მგ/ლ-ზე ნაკლები შემცველობის დროს. ზემოთ აღწერილი კლინიკური და ობიექტური მონაცემები “კარიესის მაღალ რისკს” შეესაბამება, რაც შესაბამისი ინტენსივობის ინტენსიურ ინტერვენციას - ყოველ 3 თვეში ერთხელ პროფილაქტიკურ დათვალიერებასა და ადგილობრივი მკურნალობას საჭიროებს.

8.2 ადგილობრივი მკურნალობა

1. კბილების პროფესიული ჰიგიენა:

- გვირგვინის ზედაპირები დაამუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარებით (წყალბადის ზეჟანგის 3%-იანი ხსნარით, შესაძლებელია ქლორჰექსიდინის 0,1%, 0,2% 0,5%-იანი ხსნარისა და ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენებაც);
- კბილის იზოლაცია (მაგ. რაბერ-დამის სისტემა);
- ზედაპირი გამოაშრეთ;
- კბილის ზედაპირზე სამკურნალო პრეპარატში ა) რემოდენტი, ბ) კალციუმის გლუკონატის 10%-იანი ხსნარით გაჟღენთილი ბამბის ტამპონი მოათავსეთ 15-20 წუთის განმავლობაში, ყოველ 5-7 წუთში ტამპონი შეცვალეთ (აპლიკაცია მეორდება 3-4-ჯერ);
- გამოაშრეთ;
- 0,5-2 %-იანი ნატრიუმის ფთორიდის აპლიკაცია.
- რეკომენდებული კურსია: 15-20 პროცედურა ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით.

შენიშვნა: პროცედურის დასრულებიდან 2 სთ-ის განმავლობაში პაციენტი არ ლებულობს საკვებს.

2. ადგილობრივი ფთორიდების (2%Na₂F; 1,23%) გამოყენება დამოუკიდებლად შეიძლება (ფთორიდების სითხეები, ლაქები).

ა) ნატრიუმის ფთორიდის სითხეების გამოყენება:

- კბილების პროფესიული ჰიგიენა;
- კბილის იზოლაცია;
- კბილის ზედაპირის გამოშრობა;
- ფთორიდების სითხის ექსპოზიცია ბამბის ჩხირის საშუალებით.
- პრეპარატის ექსპოზიციის დრო 4 წუთია.
- კურსი: 4-6 კვირაში 4-5 აპლიკაცია ყოველ 3 თვეში.

ბ) ნატრიუმის ფთორიდის ლაქების გამოყენება:

- კბილების პროფესიული ჰიგიენა;
- კბილის იზოლაცია;
- კბილის ზედაპირის გამომშრობა;
- კბილის ზედაპირზე ლაქის აპლიკაცია რბილი ფუნჯის საშუალებით;
- ლაქის გამყარება ხდება (3-4 წთ-ში)

შენიშვნა: აღნიშნული პროცედურის ჩატარება მეტად მარტივი და ხელსაყრელია ბავშვებში!

3. გვერდითი მოვლენები ფთორიდების გამოყენებისას:

ფთორიდების ჭარბი გამოყენების შემთხვევაში, შესაძლოა, განვითარდეს:

- გულისრევა და ღებინება
- ფლუოროზი

8.3 ბავშვთა ასაკში მუდმივი კბილების ფისურების პროფილაქტიკური ჩაბეჭდვა

ბავშვთა ასაკში, მუდმივ კბილებში არასრულად მომწიფებული მინანქარი და მათ საღებავ ზედაპირებზე არსებული ანატომიური ღრმა ფისურები და ფოსოები, კარიესის განვითარების საუკეთესო პირობას ქმნის, რამეთუ კბილების საღებავ ზედაპირებზე ნადების რეტენციას განაპირობებს. აღნიშნული მდგომარეობა მოითხოვს ფისურული კარიესის პრევენციას, რისთვისაც წარმატებით გამოიყენება სილანტების საშუალებით ფისურების ჰერმეტიზაციის მეთოდი (ფისურების ჩაბეჭდვა).

ფისურული კარიესის პროფილაქტიკა რეკომენდებულია კბილის ამოჭრისთანავე, როცა შესაძლებელია გვირგვინის კოფერდამით იზოლაცია. ამოჭრის საშუალო ვადების მიხედვით საუკეთესო პერიოდია პირველი მოლარისათვის 5-8 წელი, მეორე მოლარებისათვის 9-15 წელი, პრემოლარებისათვის კი 8-11 წელი.

ფისურების ჰერმეტიზაცია განსაკუთრებით რეკომენდებულია “კარიესის მაღალი რისკის” (F-ის ნაკლებობა, კარიესოგენული საკვების ურეჟიმო მიღება, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა და სხვა) ბავშვებსა და მოზარდებში. რეკომენდებულია ფისურების სილანტების მეთოდის გამოყენება პროფილაქტიკურ კომპლექსურ ღონისძიებათა სისტემაში, კარიესის რისკის შემცირებისა და პირის ღრუს ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ასპექტში.

ჩატარების ტექნიკა:

1. კბილების პროფესიული ჰიგიენა;
2. ადეკვატური ანესთეზია (სამედიცინო ჩვენებების და პირობების გათვალისწინებით);
3. ფისურის დამუშავება:

ა) ულტრაბგერის საშუალებით;

ბ) ჰაეროვან-აბრაზიული მეთოდით ალუმინის ოქსიდის გამოყენებით:

- კბილის ნერწყვისგან იზოლაცია რაბერდამის სისტემის საშუალებით;
- მჟავური გრავირება 35-37% ფოსფორმჟავით;
- გამორეცხვა;
- გამომშრობა ჰაერის ნაკადით;
- ადჰეზივის აპლიკაცია;

- სილანტის აპლიკაცია;
- ფოტოპოლიმერიზაცია (სხივური ეფექტით გამყარებადი სილანტის შემთხვევაში);
- საარტიკულაციო ქალაღდით თანკბილვის რეგისტრაცია;
- ბჟენის ფინირება და პოლირება;
- წყლით ირიგაცია 30 წმ (უსაფრთხოების წესების დაცვის მიზნით)
- პერიოდული დაკვირვება (12 თვეში კარიესის მაღალი რისკის ბავშვებში, განსაკუთრებულ შემთხვევებში 6 თვეში).

გ) არ არის რეკომენდებული:

- ფისურების გამოკვლევა ზონდის საშუალებით;
- ფისურების მექანიკური პრეპარირება;
- თვითგრავირებადი (შელფ-ეტცკ) ადჰეზივის გამოყენება.

შენიშვნა: ფისურების ცალკეული უბანში კარიესის გამოვლენის შემთხვევაში, აუცილებელია პროფილაქტიკურ-ოპერაციული მიდგომა: კომპოზიტისა და სილანტის კომბინირებული გამოყენება დანიშნულების მიხედვით.

AAPD გაიდლაინის ჯგუფის შეფასებით, სილანტები კბილის კარიესის პროფილაქტიკის უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდია.

8.4 მინანქრის და დენტინის კარიესი

კბილის პრეპარირება უნდა მოიცავდეს: დაზიანებული ქსოვილების მოცილებას (ნეკრექტომია) შესაბამისი საზღვრების დაცვით და საბჟენი მასალის გათვალისწინებით სარეტენციო უბნების ფორმირებას. ასევე რაბერ-დამის სისტემით იზოლაცია აუცილებელია მოხდეს, როგორც რესტავრაციის ასევე პრეპარირების დროს.

როგორც ყველა გაიდლაინის შემთხვევაში მოსალოდნელია, რომ ადგილი ჰქონდეს გამონაკლის შემთხვევებს, რომელთა მართვა დაეფუძნება ინდივიდუალურ კლინიკურ ჩვენებებს.

8.5 მინანქრის და დენტინის ადჰეზივები

მინანქრისა და დენტინის ადჰეზივები სარძევე და მუდმივი კბილების მაგარ ქსოვილებსა და პოლიმერული ფისის საფუძველზე შექმნილ კომპოზიციურ საბჟენ მასალებსა და კომპომერებს შორის კავშირს უზრუნველყოფენ. ადჰეზიური სისტემების კლინიკურმა წარმატებამ კლინიციტებს თავისუფალი (დამზოგველი) პრეპარირების განხორციელების საშუალება მისცა. ცნობილია მჟავური გრავირების ორი ტექნიკა: “ტოტალური” და “თვითგრავირება”. “ტოტალური” გრავირება მოიცავს სამ საფეხურს: მინანქრისა და დენტინის ზედაპირზე მილაკების გახსნა, გაპოხილი შრის მოცილება და დენტინის დეკალცინაცია. მჟავის ჩამორეცხვის შემდეგ ხდება მინანქრის გამოშრობა, ნოტიო დენტინის მილაკებში კი პრაიმერის პენეტრირება და ბონდინგ აგენტისთვის მომზადება. ასევე მოწოდებულია გამარტივებული ადჰეზიური სისტემა, რომელშიც პრაიმერი და ბონდი ერთადაა მოთავსებული. ადჰეზიური სისტემების გამოყენება მრავალ ეტაპს მოიცავს, რომელიმე მათგანში დაშვებული შეცდომა კლინიკურ შედეგებზე აუცილებლად აისახება, ამიტომ პრინციპული მნიშვნელობა აქვს ადჰეზიური სისტემის მოთავსების ტექნიკის დაცვას, მწარმოებლის მიერ მოწოდებული ინსტრუქციის მიხედვით, რათა რესტავრაცია იყოს მდგრადი, მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მიკროშელწევადობა და პოსტრესტავრაციული ჰიპერმგრძობელობა.

8.6 კომპოზიტებისა და სილანტების შემადგენელი ორგანული საფუძველი – ბისფენოლ A

კომპოზიციური საბჭენი მასალების და სილანტების ექსპოზიციას მოსდევს ბისფენოლ A-ს (BPA) გამოყოფა (ექსპოზიციიდან ძალზე მცირე რაოდენობით და მცირე დროის განმავლობაში). US Food and Drug Administration (FDA)–ისა და A American Dental Association (ADA) –ის კვლევებით დადგენილია, რომ ამ პროცედურის განხორციელებისას პაციენტები ტოქსიკური ზემოქმედების რისკის ქვეშ არ არიან, თუმცა პრევენციული ღონისძიებისთვის რეკომენდებულია პოლიმერიზებული მასალის ზედაპირული შრის პოსტრესტავრაციული დამუშავება (მოცილება) და ირიგაცია 30 წმ-ის განმავლობაში.

8.7 მინაიონომერული ცემენტები

მინაიონომერული ცემენტები საბჭენ_სარესტავრაციოდ ასევე სასარჩულედ და საფიქსაციოდ გამოიყენება. მათი დადებითი თვისებებია: ქიმიური ადჰეზია, როგორც მინანქართან ასევე დენტინთან, კბილის ქსოვილებთან მიახლოებული თერმული გაფართოვების კოეფიციენტი, ბიოთავსებადობა, ფტორის ბალანსირების უნარი, ნოტიო გარემოსთან თავსებადობა. ამ თვისებების გამო ხშირია მათი ბავშვთა ასაკში გამოყენება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მინაიონომერულ ცემენტები არ იყო ცვეთამედები, ექიმისთვის რთული იყო მისი კბილის ღრუში შეტანა და მოდელირება, ასევე ჰქონდა დაბალი ესთეტიკური მახასიათებელი, დღის წესრიგში დადგა მისი მოდიფიცირების საკითხი, დაემატა პოლიმერული ფისი და შეიქმნა კომპომერი, რომელიც აერთიანებს მინაიონომერული ცემენტებისა და სხივური ეფექტით გამყარებადი კომპოზიციური საბჭენი მასალების დადებით თვისებებს.

მინაიონომერული ცემენტების გამოყენება რეკომენდებულია:

- საფიქსაციოდ;
- სასარჩულედ;
- სარძევე კბილების დასაბჭენად (კლასი 1,2,3,5);
- მუდმივი კბილების დასაბჭენად (კლასი 3,5), სადაც ვერ ხერხდება კბილის იზოლაცია;
- კარიესის კონტროლისთვის:
 - ა) მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში;
 - ბ) რესტავრაციის შესაკეთებლად;
 - გ) ITR;
 - დ) ART.

ITR (Intern Therapeutic Restorations) – დროებითი სამკურნალო რესტავრაციის ტექნიკა, გამოიყენება განსაკუთრებით მცირეწლოვან პაციენტებში, კარიესის დინამიკის გაკონტროლების მიზნით.

ART (Atraumatic/Alternative Restorative Technique) - ატრავმული რესტავრაციის ტექნიკა, მოწოდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და სტომატოლოგიის კვლევის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ იმ პირთათვის, რომელთაც არ აქვთ წვდომა სტომატოლოგიურ სერვისებთან, კარიესის პრევენციის და მკურნალობის მიზნით.

8.8 კომპოზიციური საბჟენი მასალები

კომპოზიციური საბჟენი მასალები გამოიყენება ფრონტალური და საღეჭი კბილების ესთეტიკური რესტავრაციებისთვის. სტომატოლოგიურ ბაზარზე მრავალი “კომპოზიტია” წარმოდგენილი. მათი კლასიფიკაცია ხდება გამყარების ტიპის, შემავსებლის ზომის, შევსების ხარისხის, ფიზიკური მახასიათებლების, პოლირების უნარის და სხვადასხვა მაჩვენებლის მიხედვით. მიკროფილური კომპოზიციური საბჟენი მასალის შემავსებლის ზომა 0.1 მიკრონია, მინიფილურის 0.1 დან 1.0 მიკრონამდე, საშუალო ზომის შემავსებლის ზომა მერყეობს 1 დან 10 მიკრონამდე, მაკროფილების შემავსებლის ზომა 10 დან 100 მიკრონამდეა. შემავსებლის მცირე ზომა უზრუნველყოფს პოლირების მაღალ უნარს, ხოლო შემავსებლის დიდი ზომა სიმტკიცეს, მათი გაერთიანებით ჰიბრიდული “კომპოზიტი” იქნა მიღებული. დენადია კომპოზიტი, რომელსაც შემავსებლის დაბალი მოცულობითი ხვედრითი წილი აქვს.

კომპოზიციური საბჟენი მასალების ფართო გამოყენებამ, ექიმს საშუალება მისცა, პრეპარირებისას მხოლოდ დაზიანებული ქსოვილების მოცილება მოეხდინა და ტრადიციული რეტენციული უბნების ფორმირებაზე ეთქვა უარი, რაც ძირითადად ჯანსაღი ქსოვილების ხარჯზე ხდებოდა.

აღსანიშნავია, რომ კომპოზიციური საბჟენი მასალებით მუშაობა, საოპერაციო ველის რაბერ-დამის სისტემით იზოლაციის გარეშე კატეგორიულად მიუღებელია.

კომპოზიციური საბჟენი მასალების გამოყენების ჩვენება:

- კლასი 1 ღრმულების და ფისურების დაბჟენა, პროფილაქტიკის მიზნით;
- კლასი 1 ღრუები დენტინის დაზიანებით;
- კლასი 2 სარძევე კბილებში, როდესაც რესტავრაციის საზღვარი არ სცდება აპროქსიმალურ ხაზოვან კუთხეებს;
- კლასი 2 მუდმივ კბილებში, როდესაც რესტავრაცია სცდება კბილის ბორცვთაშუა მიდამოს 1/3 ან 1/2 ლოყა-ენის მიმართულულებით;
- კლასი 3,4,5 რესტავრაციები სარძევე და მუდმივ კბილებში;
- Strip Crown ტექნიკა სარძევე და მუდმივი თანკბილვისთვის.

კომპოზიციური საბჟენი მასალების გამოყენება იზღუდება, როდესაც:

- შეუძლებელია საოპერაციო ველის სრული იზოლაცია;
- სარძევე საღეჭი კბილების რამოდენიმე ზედაპირია დაზიანებული;
- მაღალი რისკის მქონე პაციენტები, მრავლობითი კარიესით და არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობით.

8.9 ამაღამა

სტომატოლოგიური ამაღამა გამოიყენება 1880 წლიდან, მისი დადებითი თვისებებია: გამძლეობა, ადვილად მანიპულირებადობა და შედარებით დაბალი ფასი, რის გამოც მან მოიპოვა პოპულარობა, თუმცა ესთეტიკურად გაუმჯობესებულმა (კბილის ფერის მქონე) მასალებმა შეზღუდა მისი გამოყენების არეალი. ამაღამა მრავალჯერ იქნა შესწავლილი და განხილული ეფექტურობის და უსაფრთხოების კუთხით.

ამაღამის გამოყენება თითოეული პაციენტისთვის ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს, რადგან ხშირად მისი ფიქსაციისთვის საჭირო ხდება კბილის ჯანსაღი ქსოვილების მოცილება.

კბილის ამაღამის გამოყენების ჩვენებები:

- სარმევე და მუდმივი კბილები – კლასი 1;
- სარმევე მოლარები – კლასი 2, როდესაც პრეპარირების საზღვრები არ სცდება პროქსიმალურ ხაზოვან კუთხეებს;
- მუდმივი მოლარები და პრემოლარები – კლასი 2;
- სარმევე და მუდმივი საღეჭი კბილები – კლასი 5.

8. მოსალოდნელი შედეგები

- პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის ნორმალიზება;
- კარიესსტატიკური ცხოვრების სტილისა და რეჟიმის დამკვიდრება;
- კარიესოგენული რისკების აღმოფხვრა;
- კბილის მაგარი ქსოვილების რეზისტენტობის აწევა;
- კბილის მინანქრის სტრუქტურული, მინერალური შედგენილობის, მორფო-ქიმიურ-ფიზიოლოგიური პარამეტრების აღდგენა;
- მინანქრის ლაქის (საწყისი კარიესი) ლიკვიდაცია;
- დროებითი კბილის შენარჩუნება პირის ღრუში მის ფიზიოლოგიურ მოცვლამდე;
- მუდმივი კბილების ჯანსაღი განვითარების უზრუნველყოფა;
- ოდონტოგენური ინფექციის კუპირება;
- ტკივილის ლიკვიდაცია;
- კბილის ფუნქციური დანიშნულების (ღეჭვითი, მეტყველების, ესთეტიკური) აღდგენა.

9. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა კბილის მაგარი ქსოვილების დაზიანების პრევენცია და მკურნალობა?
- მკურნალობის დასრულებიდან 6 თვეში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- მონიტორინგისას რამდენ პაციენტში (%) მოხდა სასურველი შედეგის მიღწევა?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა კარიესის ჩამოყალიბება, მკურნალობის მიუხედავად?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა რეციდიული კარიესის განვითარება?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა კარიესის გართულება კბილის რბილი ქსოვილების დაზიანებით?

10. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის განახლება მოხდება წყარო-გაიდლაინის რეკომენდაციის განახლების შესაბამისად.

11. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები იხილეთ დანართში N1.

12. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ ფონზე

კბილის მაგარი ქსოვილების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის პროტოკოლი არ უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებზე “მორგების” მიზნით. სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა მეთოდურად და ეტაპურად უნდა გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით, ეროვნული პროტოკოლის შესაბამისად.

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსების გამოყენების მიზანი	
ექიმი-სტომატოლოგი	აფასებს კლინიკურ მდგომარეობას, ადგენს გამოკვლევის, მკურნალობის გეგმას და ხარჯთაღრიცხვას. ახდენს სამკურნალო საშუალებების, მედიკამენტების სელექციას და მათი გამოყენების ჩვენებებს ცალკეულ შემთხვევებში ინდივიდუალურად. ატარებს მკურნალობას და აფასებს მიღებულ შედეგებზე დაკვირვებას სხვადასხვა ვადებში. ადგენს პაციენტის განმეორებითი და საკონტროლო ვიზიტების ვადებს. აწარმოებს აუცილებელ სამედიცინო დოკუმენტაციას.	სავალდებულო
ექიმის თანაშემწე/ექთანო	ექიმის ასისტირება, მკურნალობის პროცესში ჩართულობა, ყველა საჭირო მედიკამენტით, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო უზნის უზრუნველყოფა. პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის განხორციელება და მათთან მუდმივი კომუნიკაცია.	სავალდებულო
რეგისტრატორი/ადმინისტრატორი	კლინიკაში პაციენტთა მომართვის რეგულირება, ექიმის შერჩევა, სამედიცინო დოკუმენტაციის – პაციენტის ამბულატორიული ბარათის გახსნა და მათი საპასპორტო და სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოძიება და დაფიქსირება. პაციენტთა სარეგისტრაციო ჟურნალის წარმოება.	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
მატერიალ ტექნიკური რისკის შეფასების სქემა	სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია პაციენტსა და მშობელს აცნობოს იმ რისკების, შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი რეაქციების შესახებ, რაც საანესთეზიო ნივთიერების გამოყენებას შეიძლება მოჰყვეს. ამასთანავე, პაციენტს უნდა განემარტოს, რა სახის გართულება შეიძლება მოჰყვეს ექიმის დანიშნულების არასათანადოდ შესრულებას, რაც თავის მხრივ პაციენტსა და მშობელს მოტივირებულს ხდის, რომ გაითვალისწინოს ექიმის თითოეული რეკომენდაცია, შეასრულოს იგი და ყოველთვის გამოცხადდეს ექიმთან ვიზიტზე	სავალდებულო
რენტგენო-ვიზიოგრაფი, ორთოპანტომოგრაფი, რენტგენის აპარატი, ფოტოპოლიმერიზატორი	აღნიშნული ძირითადი და დამხმარე სადიაგნოსტიკო საშუალებები ეხმარება ექიმს საბოლოო დიაგნოზის რეგისტრაციაში, მკურნალობის პროცესში და შედეგის გაკონტროლებაში.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება ვერბალურად, მარტივი და გასაგები ენით, ასევე, თვალსაჩინოებისთვის კლინიკური შემთხვევების ფოტომასალითა და საგანმანათლებლო-შემეცნებითი ბროშურებით.	სასურველი

13. ავტორები

- თსსუ-ს ოდონტოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის პრეზიდენტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი მარინა მამალაძე.
- თსსუ-ს ოდონტოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ნათია ნიჭარაძე.
- საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, ნინო ხუხუნიაშვილი .
- საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, მაია ლომსიანიძე.

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. (AAPD); 2009. 8 p. [107 references]
2. Clinical guideline on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry. (AAPD); 2007. 4 p. [18 references]
3. Guidline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. (AAPD); 2013. 8p.
4. [63 references]