



NOWE FAKTY
W PEDIATRII

03/2018



REKOMENDACJE
NIEZALEŻNEGO INSTYTUTU
OCHRONY ZDROWIA

Jama ustna dziecka bez tajemnic w świetle nowych faktów

dr hab. n. med. TERESA JACKOWSKA
prof. nadzw. CMKP – konsultant krajowy ds. pediatrii

prof. dr hab. n. med. DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK
konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

Z wyrzynaniem zębów mlecznych związane jest z występowaniem wielu różnych dolegliwości miejscowych i ogólnych. Najczęściej są to, złe samopoczucie dziecka, problemy ze snem, ssanie palca, utrata apetytu, nadmierne ślinienie się, obrzmienie i zaczerwienienie dziąsła w okolicy wyrzynającego się zęba. Ząbkowaniu może także towarzyszyć podwyższenie temperatury ciała (ale nie gorączka $\geq 38^{\circ}\text{C}$), katar, wysypka na twarzy, biegunka i wymioty oraz uszkodzenia mechaniczne lub zasinienie dziąseł (1,2).

Objawy ząbkowania:

- pojawiają się zwykle kilka dni przed i znikają kilka dni po ukazaniu się zęba w jamie ustnej,
- częściej towarzyszą wyrzynaniu zębów siecznych niż pozostałych zębów
- są bardziej nasilone w przypadku jednoczesnego wyrzynania się kilku zębów

Objawy ogólne może nasilać pojawienie się objawów miejscowych, których przyczyną jest nie tylko sam proces wyrzynania, ale także infekcje jamy ustnej i urazy błony śluzowej np. wkładanymi do ust przedmiotami lub nie wykonywanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej dziecka (2).

W przeszłości uważano, że ząbkowanie może być przyczyną wielu poważnych problemów zdrowotnych, np. posocznicy, paraliżu, cholery, zapalenia opon mózgowych, tężca, szaleństwa, a nawet zgonów niemowląt. Stosowano wiele różnorodnych metod, także niebezpiecznych dla zdrowia i życia dzieci. Na dziąsłach umieszczano pijawki, nacinano je lub wciskano w nie rozgrzane gwoździe. Środki „na ząbkowanie” zawierały opiaty, alkohol, a nawet rtęć i ołów (3). **Niestety nadal sugerowane jest stosowanie różnorodnych alternatywnych metod i środków nie rekomendowanych przez środowisko lekarskie, o nieznanym skuteczności, które mogą być niebezpieczne dla dziecka (2-4).** Dzieciom podawane są twarde przedmioty do gryzienia, np. srebrne łyżki lub zamrożone produkty spożywcze, które mogą być przyczyną uszkodzeń mechanicznych, zwłaszcza w przypadku dodatkowego silnego obkurczenia naczyń krwionośnych pod wpływem bardzo niskiej temperatury oraz zadławienia się dziecka nie jedzącymi jeszcze stałych pokarmów. Praktykowane jest noszenie przez dziecka naszyjników i bransoletek z bursztynu lub innych kamieni mimo realnego zagrożenia aspiracją i uduszeniem dziecka oraz zakażeń bakteryjnych (5,6). Badania bakteriologiczne ujawniły obecność ponad 30 gatunków bakterii kolonizujących naszyjniki z bursztynu noszone przez dzieci, najczęściej gronkowce koagulazo-ujemne (7). Donoszono także o poważnym zatruciu dziecka rtęcią obecną w koralikach bransoletki homeopatycznej wykonanej z hematytu (8).

Na dziąsła aplikowane są także środki zawierające alkohol, salicylan choliny lub aspirynę, mimo ryzyka chemicznych uszkodzeń i zespoły Reye'a (9,10). Wciąż popularne są żele, w skład których wchodziły środki miejscowo znieczulające takie jak benzokaina i lidokaina oraz środki homeopatyczne z belladonną (2). **FDA ostrzega przed ich stosowaniem u dzieci w pierwszych latach życia (11-13). Zastosowanie żelu zawierającego benzokainę, nawet po pierwszym użyciu może być przyczyną methemoglobinemii (12,14,15). Przedawkowanie żelu zawierającego lidokainę może natomiast spowodować drżenie, dezorientację, drgawki, a nawet ciężkie uszkodzenia mózgu i zatrzymanie akcji serca (11). Dodatkowo żele zawierające środki miejscowo znieczulające, połknięte przez dziecko, mogą znieczulać gardło i zwiększać**

Międzynarodowe Towarzystwa zrzeszające lekarzy pediatrów, lekarzy dentyków i specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej (AAP, AAPD, ADA, IAPD) wskazują na korzyści ze stosowania przede wszystkim metod niefarmakologicznych – delikatnego masażu dziąseł i podawania dziecku schłodzonych (nie mrożonych) gryzaków, które działają łagodnie znieczulająco (16-19). Przygotowując się do masażu dziąsła należy zwrócić szczególną uwagę na higienę własnych rąk, aby nie spowodować zakażenia w buzi dziecka. Do masażu lepiej wykorzystać specjalne silikonowe nakładki lub szczoteczkę.

Niezbędne jest także wykonywanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej dziecka, aby nie dopuścić do infekcji i nasilenia objawów miejscowych. Stosowanie środków farmakologicznych miejscowych i ogólnoustrojowych – przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, należy ograniczyć do sytuacji koniecznych (19).

Środki do stosowania miejscowego powinny zawierać naturalne składniki, bezpieczne dla dziecka. W ich skład nie powinien wchodzić alkohol, cukier, parabeny i środki miejscowo znieczulające (np. lidokaina, benzokaina).

Dotychczasowe badania potwierdziły efektywność metod niefarmakologicznych (masażu dziąseł, podawania gryzaka, metod behawioralnych) oraz skuteczność żelu zawierającego kwas hialuronowy, aloes zwyczajny (bez środka znieczulającego) podobną do żelu zawierającego anestetyk (20-21). Warto stosować preparaty, które dodatkowo posiadają właściwości łagodzące podrażnione dziąsła, przyspieszają gojenie uszkodzonych tkanek oraz zapobiegają zakażeniu.

ryzyko zadławienia. Krótkotrwale działanie tego typu leków (15-30 minut) daje możliwości łatwego przedawkowania i w ten sposób stwarza ryzyko poważnych powikłań ogólnych (22).

Środki homeopatyczne z belladonną są obciążone ryzykiem licznych działań niepożądanych, w tym drgawek u dziecka (13).

Nie bez znaczenia jest też konsystencja preparatu. Wiele preparatów miejscowych nie trzyma się dziąsła, bo dziecko podczas żąbkowania nadmiernie się ślini i zastosowany żel może być szybko usuwany przez język i połknięty zanim spełni swoją rolę.

Na rynku dostępne są preparaty zawierające poliwinilopirrolidon (PVP) i/lub kwas hialuronowy, które dobrze trzymają się dziąsła, bo szybko tworzą bioadhezyjną warstwę, barierę mechaniczną, chroniącą podrażnione dziąsło przed czynnikami zewnętrznymi (22-25).

W przypadku wystąpienia gorączki nie należy od razu zakładać, że przyczyną jest żąbkowanie lecz udać się z dzieckiem do pediatry. Pierwszy ząb u dziecka pojawia się najczęściej w wieku sześciu miesięcy. Wiele matek podejmuje wówczas decyzję o odstawieniu dziecka od piersi. Zwykle dzieje się tak, ponieważ dziecko szczypie

piersć podczas karmienia lub matka obawia się, że zostanie ugryziona. Jednak wiele żąbkujących niemowląt nie gryzie sutka podczas karmienia, dlatego pediatrzy rekomendują dalsze karmienie piersią.

Badania dowodzą, że spożywanie ludzkiego mleka samo w sobie nie sprzyja powstawaniu próchnicy, jednak niemowlęta zasypiające podczas karmienia są również podatne na jej występowanie. Próchnica najczęściej występuje u niemowlęcia, które kładzie się do łóżeczka z butelką mleka lub soku, a także u małych dzieci, które otrzymują do picia słodkie płyny i jedzą żywność z cukrem i węglowodanami.

Działaniami profilaktycznymi powinny zostać objęte już żąbkujące niemowlęta. Aby stymulować rozwój zdrowych dziąseł i zadbać o higienę jamy ustnej wskazane jest przerywanie karmienia piersią po zaśnięciu dziecka oraz wycieranie jego dziąseł przynajmniej raz dziennie, począwszy od urodzenia, także przed pojawieniem się pierwszych zębów w jamie ustnej. Jeżeli niemowlę ma już zęby, konieczne jest przecieranie dziąseł i zębów kawałkiem gazy lub wilgotnej szmatki po każdym karmieniu i przed snem dziecka. Pierwsza wizyta u dentysty powinna nastąpić przed osiągnięciem 1 roku życia dziecka.

Piśmiennictwo

1. Massignan C, Cardoso M, Porporatti AL, Aydinov S, Canto Gde L, Mezzomo LA, Bolan M. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153501. doi: 10.1542/peds.2015-3501.
2. Olczak-Kowalczyk D, Turska-Szybka A, Gozdowski D, Boguszewska-Gutenbaum H, Krasuska-Sławińska E, Sobiech P, Jurczak A, Tomczyk J. Longitudinal study of symptoms associated with teething: Prevalence and mothers' practices. *Pediatrica Polska*. 2016; 91:533-540.
3. Eisenstadt M, Malkie S, Pollak U. It's Alright, Ma (I'm only Teething...) Dispelling the Myth from the Teeth. *Acad J Ped Neonatol*. 2017; 3(4). DOI:10.19080/AJPN.2017.03.555618.
4. Markman L. Teething: Facts and Fiction. *Pediatr. Rev*. 2009;30:e59-e64. DOI: 10.1542/pir.30-8-e59.
5. Taillefer A, Casasoprana A, Cascarigny F, Claudet I. Infants wearing teething necklaces. *Arch Pediatr*. 2012;19(10):1058-64.
6. Cox C, Petrie N, Hurley KF. Infant Strangulation from an Amber Teething Necklace *Can J Emerg Med*. 2016-1(5):1-4
7. Machet P, Lanotte P, Giraudeau B, Leperlier M, Tavernier E, Maruani A. Amber necklaces: reasons for use and awareness of risk associated with bacterial colonisation. *Eur J Dermatol*. 2016;1;26(6):580-585. doi: 10.1684/ejd.2016.2871.
8. Baby got severe lead poisoning after chewing on sketchy bracelet from market <https://www.naturalnews.com/2017-09-07-magnetic-healing-bracelet-found-heavily-contaminated-with-lead-toddler-poisoned-after-chewing-on-it.html>
9. Williams GD, Kirk EP, Wilson CJ, Meadows CA, Chan BS. Salicylate intoxication from teething gel in infancy *Med J*. 2011; 194 (3): 146-148.
10. Wilson PH, Mason C. The trouble with teething—misdiagnosis and misuse of a topical medicament. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12:215-8.
11. U.S. Food and Drug Administration. (2014). FDA recommends not using lidocaine to treat teething pain and requires new Boxed Warning. Retrieved from <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm402240.htm>.
12. U.S. Food and Drug Administration (2012). Benzocaine and Babies: Not a Good Mix. <https://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm306062.htm>
13. U.S. Food and Drug Administration (2016). FDA warns against the use of homeopathic teething tablets and gels. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm523468.htm>
14. Bong CL, Hilliard J, Seefelder C. Severe methemoglobinemia from topical benzocaine 7.5% (baby Orajel) use for teething pain in a toddler. *Clin Pediatr* 2009;48(2): 201-11. 59.
15. US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: Reports of a rare, but serious and potentially fatal adverse effect with the use of over-the-counter (OTC) benzocaine gels and liquids applies to the gums or mouth. Available at: "<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm250024.htm>". Accessed September 6, 2012.
16. AAPD, 2014 Guideline on Infant Oral Health Care. http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_infantoralthcare.pdf
17. American Dental Association <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/t/teething>
18. American Academy of Pediatrics. (December 2013). Teething: 4-7 months. Retrieved from: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/teething-tooth-care/pages/Teething-4-to-7-Months.aspx>.
19. International Association of Paediatric Dentistry. Children 0-2 years of age. http://www.iapdworld.org/parents/super_pages.php?ID=parents1.
20. Rosu S, Montanaro F, Rosu A, Oancea R. A randomized, open-label, parallel-group multicentre study on the efficacy and tolerability of a non-medicated, patented gel for the relief of teething symptoms in infants. *Ital J Dent Med*. 2017; 2(2): 45-54.
21. Memarpour M, Soltanimehr E, Eskandarian T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health* (2015) 15:88.
22. Lesclous, P. (2002) Faculty of Dental Surgery (Paris, France)
23. López-Jornet P. et al.: *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68(9): 2159-2163
24. Hita-Iglesias, P. et al.: *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 514-517
25. Nolan, A. et al.: *J Oral Pathol Med* 2006; 35: 461-465

