

Smiles by Morel
TX, USA, Plano, 5501 Independence Pkwy #205
Tel.: +1(469)5606454
E-mail: hasanainura@ukr.net

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article.

This article is distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution (CC-BY) License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited © All authors, 2026

Received 26.05.2026

Accepted 17.08.2026

Published 29.09.2026

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-469-475

УДК 616.314-002-053.2

Гречко Н. Б., Кузіна В. В., Мікулінська-Рудіч Ю. М., Колесова Т. О., Скляр С. О.

ВПЛИВ НИЗЬКОЇ КОМПЛАЄНТНОСТІ БАТЬКІВ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ДІТЕЙ З РАННІМ ДИТЯЧИМ КАРІЄСОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Харківський національний медичний університет (м. Харків, Україна)

nb.hrecko.knmu.edu.ua

Передчасна втрата тимчасових зубів у дітей із раннім дитячим карієсом є одною з причин порушення розвитку зубощелепної системи та аномалій прикусу. Особливі труднощі виникають у випадках низької прихильності батьків до лікування своїх дітей, коли своєчасна діагностика, повноцінне обстеження та проведення рекомендованих лікувальних заходів є неможливими або суттєво обмеженими. Мета дослідження – представити клінічний випадок комплексного лікування дитини дошкільного віку з множинним раннім дитячим ускладненим карієсом тимчасових зубів за умов низької комплаєнтності батьків. Проведено клінічне обстеження та лікування дитини 5,5 років із множинним раннім дитячим карієсом тимчасових зубів. Каріозні ураження класифікували відповідно до Стандарту медичної допомоги «Карієс тимчасових зубів». Інтенсивність карієсу оцінювали за індексом кп, клінічне обстеження проводили з застосуванням загальноприйнятих методів дитячої стоматології. Через категоричну відмову матері від проведення рентгенологічного обстеження та лікування дитини в умовах седативної діагностичної та лікувальної тактики були скориговані відповідно до клінічної ситуації. У дитини діагностовано множинний ускладнений ранній карієс із хронічними формами періодонтиту більшості тимчасових зубів та загостренням хронічного періодонтиту 5.1 зуба. Проведено поетапну хірургічну санацію порожнини рота під місцевою анестезією у чотири відвідування з видаленням зубів і коренів із несприятливим прогнозом та збереженням 75 зуба після повторної клінічної оцінки. Після завершення хірургічного та терапевтичного лікування дитина перебувала під диспансерним спостереженням. Через 8 місяців почалося формування раннього змінного прикусу, у зв'язку з чим пацієнта направлено на ортодонтичне лікування. Низька комплаєнтність батьків може суттєво ускладнювати діагностику, вибір лікувальної тактики та своєчасне надання стоматологічної допомоги дітям з раннім множинним ускладненим карієсом. У випадках відмови від лікування в умовах седативної поетапної санації порожнини рота під місцевою анестезією може бути ефективною альтернативою. Передчасне видалення значної кількості тимчасових зубів потребує обов'язкового ортодонтичного супроводу та подальшого диспансерного спостереження. Досягнення сприятливого функціонального результату можливо лише за умови міждисциплінарної взаємодії дитячого стоматолога, стоматолога - хірурга, ортодонта та активної участі батьків у лікуванні дитини.

Ключові слова: діти, ускладнений множинний карієс, комплаєнтність, видалення зубів, дитяча стоматологія, ортодонтичне лікування.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи «Рання діагностика, профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей та підлітків» (номер державної реєстрації 0123U103116).

Вступ.

Збереження тимчасових зубів до настання їхньої фізіологічної зміни є одним із базових принципів дитячої стоматології, оскільки саме тимчасовий прикус забезпечує нормальний ріст і розвиток щелепно-лицевої ділянки у дорослому житті. Передчасна втрата тимчасових зубів призводить до порушення рівноваги в зубощелепній системі, що може зумовлювати зменшення довжини зубних рядів, міграцію сусідніх зубів, порушення термінів і напрямку прорізування постійних зубів, а також формування вторинних зубощелепних деформацій та пов'язаних з ними аномалій прикусу. За значної втрати тимчасових зубів ці

тільки тимчасовий прикус забезпечує нормальний ріст і розвиток щелепно-лицевої ділянки у дорослому житті. Передчасна втрата тимчасових зубів призводить до порушення рівноваги в зубощелепній системі, що може зумовлювати зменшення довжини зубних рядів, міграцію сусідніх зубів, порушення термінів і напрямку прорізування постійних зубів, а також формування вторинних зубощелепних деформацій та пов'язаних з ними аномалій прикусу. За значної втрати тимчасових зубів ці

зміни можуть супроводжуватися зниженням висоти прикусу, порушенням функції скронево-нижньощелепного суглоба, формуванням скупченості зубів та погіршенням естетики обличчя, що в подальшому обумовлює необхідність ортодонтичного лікування. Своєчасне комплексне лікування тимчасових зубів є профілактикою їх передчасної втрати і має важливе значення в сучасній дитячій стоматології [1, 2].

У рекомендаціях Американської академії дитячої стоматології (AAPD) збереження тимчасового зуба та його функції розглядається як важлива мета пульпотерапії. Вибір між збереженням та видаленням зуба має ґрунтуватися на оцінці його клінічного стану, відновлюваності та прогнозу. Видалення слід розглядати, якщо інфекційний процес не вдається контролювати методами пульпотерапії, неможливо відновити достатню кісткову опору, недостатньо тканин зуба для його реставрації або наявна значна патологічна резорбція коренів [2].

Однак існують клінічні ситуації, коли видалення тимчасового зуба є необхідним для контролю одонтогенного інфекційно-запального процесу, зокрема у випадках, коли інфекцію не вдається контролювати методами пульпотерапії, зуб має несприятливий прогноз або не може бути адекватно відновлений [2]. Карієс є одним із найбільш поширених стоматологічних захворювань у дітей, а його поширеність може бути вищою у дітей із соматичними захворюваннями [3]. Відсутність можливості ефективного консервативного лікування ускладнених форм карієсу, значна патологічна резорбція коренів, недостатність тканин зуба для його відновлення або неможливість контролю інфекційного процесу є показаннями до розгляду питання про видалення тимчасового зуба [2, 4].

Вікові та індивідуальні особливості психоемоційного розвитку дитини, її темперамент, попередній негативний або болісний стоматологічний досвід, а також поведінка та ставлення батьків можуть впливати на поведінку дитини під час стоматологічного лікування та ускладнювати проведення необхідних втручань [5, 6, 7]. Значна частина дітей відчуває стоматологічний страх і тривогу, що може проявлятися негативною поведінкою, труднощами у встановленні контакту з лікарем та уникненням або відкладанням стоматологічного лікування [8, 9, 10]. Важливим чинником формування стоматологічного страху дитини є стоматологічна тривожність батьків; описано емоційну трансмісію стоматологічного страху між членами сім'ї та його вплив на ставлення дитини до стоматологічної допомоги [9, 10]. Ці обставини можуть бути причиною відтермінування звернення по стоматологічну допомогу у дітей, пов'язане не тільки з дитячим страхом лікаря, а ще й з батьківською стоматологічною тривожністю та недостатнім рівнем стоматологічної обізнаності батьків [10].

На своєчасність отримання стоматологічної допомоги також впливають соціально-економічні, структурні, демографічні та культурні чинники [11].

Окремої уваги потребує проблема доступності стоматологічної допомоги дітям у різних регіонах. Комплаєнтність (згода, відповідальність, відповідність англ.) батьків в дитячій стоматології слід розглядати як ступінь їх прихильності до рекомендацій лікаря. Сюди можна віднести своєчасні візити до стоматолога, згоду на рекомендовані діагностичні

та лікувальні втручання, виконання профілактичних заходів та дотримання рекомендацій під час диспансерного спостереження. Саме від рівня обізнаності батьків значною мірою залежить ефективність лікування дітей, особливо дошкільного віку, які не можуть самостійно приймати рішення відносно власного здоров'я [12]. Це призводить до того, що іноді перевага надається хірургічному методу лікування. Більш ніж 10-25% амбулаторних стоматологічних втручань у дітей пов'язані з операцією видалення тимчасового зуба [12, 13].

Таким чином, вибір лікувальної тактики у дітей з раннім дитячим карієсом залишається складним клінічним завданням, що потребує індивідуального підходу з урахуванням результатів комплексної оцінки стану маленького пацієнта та позиції батьків щодо обсягу стоматологічної допомоги.

Мета дослідження.

Представлення клінічного випадку комплексного лікування пацієнта з раннім дитячим карієсом та вплив низької комплаєнтності батьків на діагностику та вибір лікувальної тактики.

Об'єкт і методи дослідження.

Обстеження та лікування проводилося спеціалістами кафедри стоматології дитячого віку та імплантології Харківського національного медичного університету. Після опитування пацієнту проведено позаротове та внутрішньоротове обстеження з акцентом на стан кожного з зубів, рівень гігієни порожнини рота, інтенсивність карієсу, наявні оклюзійні співвідношення та стан слизової оболонки порожнини рота. Використовували індекси карієсу, відповідно віку, гігієнічний індекс Федорова–Володкіної, ортодонтична патологія класифікувалася згідно класифікації Е.Енгля (1899 р.). Рівень комплаєнтності батьків був оцінений за клінічними критеріями як низький.

Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації охорони прав людини, конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та положенням відповідних законів України. На проведення дослідження, а також збір та обробку даних про пацієнтів було отримано інформовану згоду батьків дитини.

Результати дослідження та їх обговорення.

Представляємо вашій увазі клінічний випадок. На прийом звернулися батьки дитини 5,5 років. Дитина скаржилася на біль у зубі на верхній щелепі. Батьки сповістили, що біль тривав протягом попередніх трьох днів, при цьому впродовж двох останніх днів дитина мала підвищену температуру тіла (до 37,3°C).

Зі слів матері дитина практично здорова, щеплення проводилися відповідно до віку, на диспансерному обліку не знаходиться, інфекційних захворювань на момент візиту не має. В анамнезі відсутня інформація про алергічні реакції на їжу чи ліки. Дитина з багатодітної родини, молодша в сім'ї, зуби чистити не вміє в зв'язку з блювотним рефлексом. У раціоні харчування переважають прості вуглеводи. Сир, молоко не любить. З молочних продуктів вживає тільки солодкі фруктові йогурти. Овочів та свіжих фруктів їсть мало.

При об'єктивному обстеженні дитина легко йде на контакт, адекватно орієнтується в обстановці, має правильну нормостенічну статуру. Обличчя не має ознак патологічної асиметрії, однак пропорції його

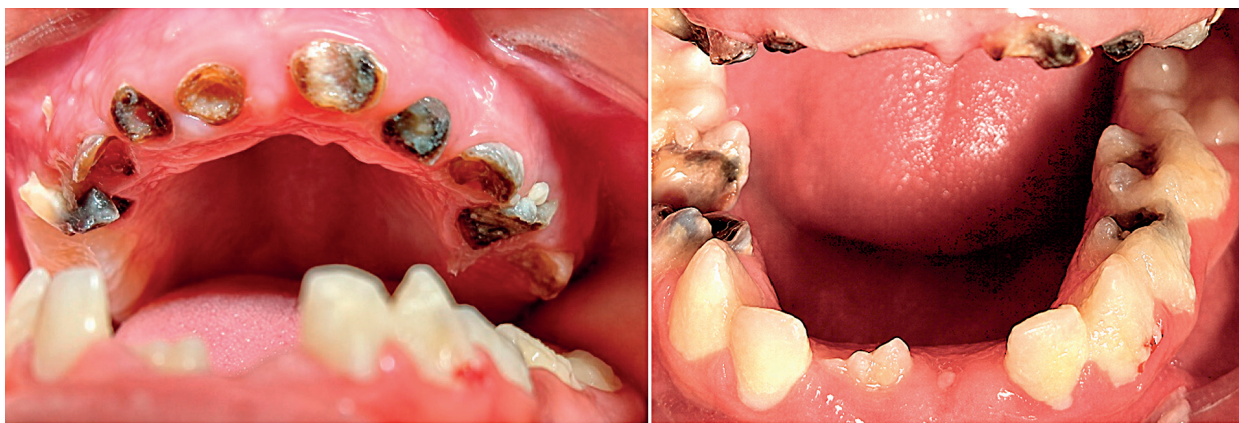


Рисунок 1 – Фотографічне зображення порожнини рота пацієнта К., 5,5 років.

Примітки: Звуження альвеолярного відростка верхнього зубного ряду. Звуження та вкорочення у фронтальній ділянці нижнього зубного ряду. Тверді тканини тимчасових зубів уражені карієсом. Визначаються численні глибокі каріозні порожнини, значне руйнування емалі та дентину, майже повна втрата коронкової частини окремих зубів і наявність залишків коренів. Інтенсивність карієсу дорівнював $kp=18$. Гігієнічний стан порожнини рота «дуже поганий» $IG=5,0$: значні відкладення м'якого зубного нальоту та харчових залишків на поверхнях зубів і в каріозних порожнинах. Наявні локальні ознаки запалення маргінального краю ясен.

порушені через зменшення висоти нижньої його третини, при пальпації визначаються окремі підщелепні лімфовузли діаметром 0,5 см.

При внутрішноротовому обстеженні виявлені численні глибокі каріозні порожнини зі значною втратою емалі та дентину в ділянці верхнього зубного ряду. Дно каріозних порожнин має коричневе забарвлення, місцями помітний розм'якшений дентин. Окремі зуби представлені переважно залишками коронкової частини або коренями. Коронки зубів 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 зруйновані до рівня ясенного краю. Краї збережених твердих тканин зубів нерівні, демінералізовані і крихкі, тому легко сколюються (рис. 1). При зондуванні всі зуби мають рухливість різного ступеня в зв'язку з ранньою патологічною резорбцією коренів. При глибокому зондуванні кореневих каналів зубів 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 визначається грануляційна тканина. В ділянці зуба 5.4 слизова оболонка альвеолярного відростка гіперемована, болісна при пальпації, перфорована коренем зуба; наявний норицевий хід, характерний для хронічного гранулюючого періодонтиту.

У нижньому зубному ряду також виявляються дефекти коронок фронтальних зубів, їх нерівномірне стирання та значна втрата анатомічної форми. Наявні множинні каріозні ураження молярів із великими порожнинами та руйнуванням оклюзійних і проксимальних поверхонь. Коронки 7.4, 7.5, зруйновані на 1/3, коронки 8.4, 8.5 зруйновані на 2/3. Визначається патологічна рухомість 7.4, 8.4, 8.5 зубів різного ступеня, обумовлена ранньою патологічною резорбцією коренів цих зубів. Інтенсивність карієсу дорівнював $kp=18$. Гігієнічний індекс за Федоровим–Володкіною дорівнював 5.0, що відповідає дуже поганому стану гігієни.

Мати дитини відмовилася від проведення рентгенологічного обстеження, про що було зроблено відповідний запис в амбулаторній карті. Відсутність рентгенологічних даних обмежила можливості оцінки стану коренів зубів, периапікальних тканин та зачатків постійних зубів, що необхідно враховувати під час діагностики та планування лікування [14]. Поєднання множинних каріозних уражень зубів, дуже незадовільного стану гігієни порожнини рота, від-

сутності сформованих навичок самостійної гігієни та відмови батьків від рекомендованих діагностичних і лікувальних процедур свідчило про низьку прихильність батьків до запропонованого плану стоматологічної допомоги.

Діагноз: Хронічний гранулюючий періодонтит зубів 5.3, 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, хронічний гранулюючий періодонтит 7.4, 7.5 й 8.4, 8.5 зубів, загострення хронічного гранулюючого періодонтиту зуба 5.4.

Лікування. Матері дитини було запропоновано проведення хірургічної санації порожнини рота із застосуванням внутрішньовенної седації та видаленням коренів зубів 51, 52, 53, 54, 61, 62, 63, 64, 65, а також зубів 74, 75, 84 і 85. У зв'язку з відмовою батьків від запропонованого методу лікування було розроблено альтернативний план поетапного видалення зубів під місцевою анестезією у чотири відвідування. Вибір умов проведення стоматологічного втручання (амбулаторно, стаціонарно) та методу анестезіологічного забезпечення визначили з урахуванням обсягу хірургічного втручання, віку та поведінки дитини, її медичного стану, а також можливості забезпечити безпечне та ефективне лікування [4, 15].

У перше відвідування після аплікаційної анестезії Gel.Jen Releif 20% провели місцеву інфільтраційну анестезію, для якої використовували Sol. Mepivacaini 3% без вазоконстриктора. Було проведено видалення коренів зубів 5.1, 5.2, 5.3, 5.4. Під час другого відвідування видалені корені зубів 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5. Вони мали ознаки значної резорбції і тому видалення одразу такої кількості коренів зубів ускладнень не викликало. Особливістю даного втручання було використання прямого елеватора, тому що на м'які стінки коренів накладення щипців було неможливим.

Під час третього відвідування застосували той самий алгоритм дій та видалили зуб 7.4.

Під час четвертого відвідування під аналогічною місцевою анестезією було видалено зуби 8.4 і 8.5 із застосуванням дзьобоподібних щипців.

Після видалення зубів пацієнти, а особливо діти та їхні батьки, знаходяться у стані стресу. Тому, рекомендації в усній формі про особливості поведінки після стоматологічного втручання, вони майже не сприй-



Рисунок 2 – Фотографічне зображення порожнини рота пацієнта К, в віці 6,2 років: А – формується аномалія 3 класу Енгля, що ускладнена букально-лінгвальним перехресним прикусом зі зміщенням нижньої щелепи вліво, звуження верхнього та нижнього зубних рядів з дефіцитом місця для зубів, що прорізаються, супрапозиція зубу 8.3. Зуб 2.1 має ознаки гіоплазії; Б – вид ортодонтичного знімного пластинкового апарата з розширюючим гвинтом на верхній щелепі.

мають і не запам'ятовують. Така ситуація може підсилюватися в разі при низькій комплаєнтності батьків. Тому, враховуючи цю специфіку ставлення, рекомендації після видалення зубів були надані батькам дитини у вигляді друкованої пам'ятки з детальним алгоритмом дій та контактним номером телефону.

Для профілактики та корекції можливих зубощелепних деформацій дитину було скеровано на консультацію до лікаря-ортодонта. Через вісім місяців видалення зубів відзначено прискорене прорізування постійних зубів (рис. 2). На момент підготовки публікації дитина продовжує ортодонтичне лікування.

Обговорюючи цей клінічний випадок зазначимо, що лікувальна тактика була обрана лікарем частково вимушено. Саме низький рівень комплаєнтності став визначальним чинником, який вплинув майже на весь хід лікування дитини. Відмова від рентгенологічного дослідження ускладнила діагностику, відмова від плану лікування в умовах седації спричинила його перегляд. Певне ставлення до формування гігієнічних навичок у дитини та карієсогенна дієта свідчать про низьку прихильність до профілактики карієсу та спричинила активний його перебіг.

При виборі тактики лікування дітей із множинними ускладненими ураженнями тимчасових зубів лікар повинен оцінити доцільність збереження чи видалення кожного зуба з урахуванням прогнозу, можливих наслідків для формування зубощелепної системи та потреби в подальшому ортодонтичному лікуванні. Але не тільки стоматологічний статус має значення. Не менш вагомим залишається рівень взаємодії медичних працівників з рідними дитини.

Якщо звернутися до можливих варіантів лікування в даній ситуації, то існуюча деякий час практика залишення тимчасового зуба з діагнозом «періодонтит» відкритим, якщо він не «витримує герметизм» до його фізіологічної зміни на даний час не може вважатися оптимальною. а відсутність можливості забезпечити герметичність кореневої системи та контролювати інфекційний процес зуб із некротизованою пульпою може залишатися джерелом персистуючої одонтогенної інфекції. У дітей одонтогенні інфекції можуть супроводжуватися місцевими та, у разі поширення інфекційно-запального процесу, системними проявами. Тому за неможливості ефективного контролю інфекції методами пульпотерапії, наявності значної патологіч-

ної резорбції коренів або несприятливого прогнозу зуба доцільно розглядати його видалення [16].

За можливості збереження тимчасового зуба сучасні рекомендації передбачають вибір відповідного методу пульпотерапії з урахуванням стану пульпи, можливості відновлення зуба та його значення для подальшого розвитку зубощелепної системи. За наявності незворотного патологічного процесу, який не вдається контролювати методами пульпотерапії, або значної патологічної резорбції коренів показання до видалення зуба мають розглядатися індивідуально [2, 17].

Відомо, що хронічний гранулюючий періодонтит у дітей віком 2–5 років може призвести до загибелі зачатка постійного зуба (секвестрація) [4] або до порушення емалеутворення, яке характеризується прорізуванням зубів із плямами та дефектами твердих тканин (місцева гіоплазія емалі або зуб Турнера) [5]. Інфекційно-запальні ураження тимчасових зубів можуть впливати на стан зачатка постійного зуба, особливо за близького розташування коренів тимчасового зуба до його зачатка. Внаслідок цього можливе формування порушень розвитку твердих тканин постійного зуба та зміни його подальшого прорізування. Тому під час вибору тактики лікування тимчасового зуба необхідно враховувати стан зачатка постійного зуба та прогноз тимчасового зуба. Своєчасне видалення тимчасових зубів із несприятливим прогнозом допоможе уникнути формуванню вищезазначених порушень [14, 18].

Сучасні підходи дитячої стоматології, відображені в рекомендаціях українських і закордонних фахівців, передбачають видалення тимчасових зубів із несприятливим прогнозом при хронічному періодонтиті з подальшим проведенням ортодонтичного лікування за показаннями [12, 13, 14].

При плануванні лікування лікарю необхідно визначити обсяг хірургічного втручання, що є підставою для вибору умов його проведення (амбулаторно чи в стаціонарі) та оптимального методу анестезіологічного забезпечення. Для анестезії нами використовувався Sol. Мерівасіні 3% без вазоконстриктора, через можливість виникнення небезпечних для життя дитини ускладнень [4, 15].

Надання післяопераційних рекомендацій у вигляді друкованої пам'ятки, на нашу думку, сприяє кра-

щому розумінню пацієнтами та їхніми батьками призначень лікаря і підвищує прихильність до виконання рекомендацій у післяопераційному періоді.

Слід зазначити, що проблема взаємозв'язку раннього дитячого карієсу з недостатньою обізнаністю батьків щодо догляду за порожниною рота та формуванням відповідних гігієнічних навичок у дітей існує досить давно. Дослідження свідчать про зв'язок низького рівня стоматологічної грамотності батьків із більшою поширеністю карієсу у дітей [15]. Трансмісія стоматологічного страху від батьків до дітей може відбуватися, шляхом спостережувального моделювання батьківської поведінки; при цьому стоматологічна тривожність батьків може впливати на формування страху та уникнення стоматологічного лікування у дітей [19]. За низького рівня співпраці з батьками та за наявності зубів із несприятливим прогнозом лікарю необхідно індивідуально оцінювати можливість їх збереження та доцільність більш радикального лікування, зокрема видалення, якщо інфекційний процес неможливо ефективно контролювати консервативними методами [10, 16].

Комплаєнтність батьків є одним з ключових аспектів успішного стоматологічного лікування дітей. Її недостатній рівень може обмежувати можливості сучасної діагностики, впливати на план і результати лікування, не зважаючи на рівень кваліфікації лікаря. Проблема взаємозв'язку раннього дитячого карієсу з поведінкою та установками батьків залишається актуальною. Батьківські уявлення щодо здоров'я порожнини рота, гігієнічних навичок та харчування можуть бути пов'язані з соціально-економічними чинниками, формуванням поведінкових чинників ризику раннього дитячого карієсу [10, 11]. На рівень комплаєнтності батьків можуть впливати рівень освіти та обізнаності щодо питань стоматологічного і загального здоров'я, соціально-економічні чинники, психологічний стан родини, а також ставлення батьків до можливого дискомфорту та емоційного напруження дитини під час стоматологічного лікування [17, 18]. Тому ефективна комунікація лікаря-стоматолога з дитиною та її батьками є одним із важливих чинників формування співпраці та підвищення прихильності до рекомендованого стоматологічного лікування [18, 19].

Як підсумок, ще раз наголосимо, що від своєчасності дій дитячого стоматолога залежить не лише усунення болю та санація порожнини рота, а й попере-

дження порушень мальформації прикусу. У випадках множинної втрати тимчасових зубів стоматолог має оцінити ризик порушення прорізування постійних зубів, визначити потребу в ортодонтичному лікуванні та, за необхідності, залучити фахівців суміжних спеціальностей, а також сприяти стоматологічному просвітництву батьків дитини.

Висновки.

1. Наведений клінічний випадок демонструє, що низький рівень комплаєнтності батьків може ускладнювати процес діагностики та лікування дитини, зашкодити фізіологічному розвитку зубощелепної системи дитини та погіршити якість її життя.

2. Ранній дитячий карієс у дітей, якщо його не лікувати своєчасно, може призвести до передчасної втрати значної кількості тимчасових зубів та суттєво ускладнити подальший розвиток зубощелепної системи.

3. Поетапне лікування під місцевою анестезією є можливою альтернативою загальній анестезії у випадках, коли така неможлива, або батьки дитини від неї відмовляються. Такий підхід вимагає ретельного планування і співпраці як з дитиною так і з її батьками.

4. Максимальне збереження тимчасових зубів із сприятливим прогнозом є доцільним, однак зуби з несприятливим прогнозом мають бути своєчасно видалені для усунення хронічного осередку інфекції та профілактики соматичних, стоматологічних та ортодонтичних ускладнень.

5. Передчасне видалення великої кількості тимчасових зубів вимагає обов'язкової подальшої ортодонтичної підтримки з використанням апаратів, що сприяють розширенню верхньої щелепи, формуванню правильного положення нижньої щелепи та збереженню місця в зубному ряді для постійних зубів.

6. Досягнення прийнятного естетичного та функціонального результату лікування можливе лише за умови міждисциплінарного підходу, що включає співпрацю дитячого стоматолога, стоматолога-хірурга, ортодонта, а також активну участь батьків наших маленьких пацієнтів.

Перспективу подальших досліджень.

Вивчення віддалених результатів лікування у пацієнтів із ранніми каріозними ураженнями та роботі з їх батьками, які мають низьку комплаєнтність.

Література

1. Lokota YeYu, Lokota YuYe, Izai ME, Vovchok RV, Kaila MI. Rannia vtrata molochnykh zubiv ta ortopedychni metody yikh vidnovlennia u ditei (ohliad literatury). Problemy klinichnoi pediatrii. 2025;4(70):24-27. DOI: [https://doi.org/10.24144/1998-6475.2025.4.\(70\).24-27](https://doi.org/10.24144/1998-6475.2025.4.(70).24-27) [in Ukrainian].
2. American Academy of Pediatric Dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2023. Chapter, Pediatric restorative dentistry; p. 415-428.
3. Lysak MO. Otsiniuvannia urazhenosti zubiv kariiesom u ditei iz khvorobamy shlunkovo-kyshkovoho traktu (ohliad literatury). Zaporozhye Medical Journal. 2025;27(2):166-172. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.2.322095> [in Ukrainian].
4. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy No. 435 Standart medychnoi dopomohy Kariies tymchasovykh zubiv. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2024. 13 s. Dostupno: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/03/smd_435_14032024.pdf [in Ukrainian].
5. Yakovenko LM, redactor. Khirurhična stomatolohiia ta shchelepno-lytseva khirurhiia dytiachoho viku. 2-e vyd. Kyiv: VSV «Medytyna»; 2022. 496 s. [in Ukrainian].
6. Khomenko LO, redactor. Dytiacha terapevtychna stomatolohiia. Tom 1. Kyiv: Knyha-plius; 2018. 496 s. [in Ukrainian].
7. Yanko NV, Kaskova LF, Kulai OO, Andriianova OYu. Vplyv stylu batkivskoho vykhovannia na povedinku dytyny u upravlinnia dytynoiu pid chas stomatolohichnoho likuvannia. Ukrainnyi stomatolohichniy almanakh. 2021;(3):78-82. DOI: <https://doi.org/10.31718/2409-0255.3.2021.11> [in Ukrainian].
8. Al Homoud RA, Alshellat AK, Alzumaie AS, Al-Bayati SA. Behavior and anxiety levels in pediatric patient: the behavioral changes and anxiety of pediatric patient in dental clinic. Clin Exp Dent Res. 2023;9(6):1223-1231. DOI: <https://doi.org/10.1002/cre2.795>
9. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. Int J Paediatr Dent. 2012;22(5):324-330. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-263x.2011.01200.x>

10. Zaborskis A, Kavaliauskienė A, Razmienė J, Razmaite A, Andruskeviciene V, Narbutaitė J, et al. Pathways between parental attitudes and early childhood caries in preschool children. *Dent J (Basel)*. 2025;13(5):205. DOI: <https://doi.org/10.3390/dj13050205>
11. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: a systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(8):817-828. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.2014.49>
12. Bagavathy K, Pratiksha, Bhanawat N, Mukundan PE, Nasyam FA, Mujoo S, et al. Impact of parental involvement on child compliance during dental procedures. *J Pharm Bioallied Sci*. 2024;16(3):S2724-S2726. DOI: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_264_24
13. Dhar V, El-Karim I, Coll JA, Fouad AF, O'Connell AC, Asgary S, et al. Consensus-based recommendations on pulp therapies in primary and permanent teeth: IAPD Porto Forum. *Int J Paediatr Dent*. 2026;36(2):371-386. DOI: <https://doi.org/10.1111/ipd.70068>
14. American Academy of Pediatric Dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2024. Chapter, Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry; p. 497-515. Available from: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf
15. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy No. 555 Pro zatverdzhennia Standartu medychnoi dopomohy Anesteziolohichne zabezpechennia v ambulatornii stomatolohii. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2025. Dostupno: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/03/dn_555_27032025.pdf [in Ukrainian].
16. Wulaerhan J, Abudureyimu A, Bao XL, Zhao J. Risk determinants associated with early childhood caries in Uyghur children: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14:136. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-136>
17. American Academy of Pediatric Dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2022. Chapter, Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents; p. 266-272.
18. Wang M, Zhang Y, Li X, Liu X. Understanding and reducing delayed dental care for early childhood caries: a structural equation model approach. *BMC Public Health*. 2025;25(1):523. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21701-y>
19. Vello-Ribes MA, Aura-Tormos JI, Valero-Contelles C, Casaña-Ruiz MD, Catala-Pizarro M. Behavioural impact of parental presence versus absence in paediatric dentistry: a systematic review. *Dent J (Basel)*. 2026;14(1):33. DOI: <https://doi.org/10.3390/dj14010033>

ВПЛИВ НИЗЬКОЇ КОМПЛАЄНТНОСТІ БАТЬКІВ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ДІТЕЙ З РАННІМ ДИТЯЧИМ КАРІЄСОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Гречко Н. Б., Кузіна В. В., Мікулінська-Рудіч Ю. М., Колесова Т. О., Скляр С. О.

Резюме. Ранній дитячий карієс є однією з актуальних проблем дитячої стоматології. Своєчасна діагностика та вибір адекватної лікувальної тактики мають важливе значення для збереження тимчасових зубів попередження розвитку ускладнень та порушень формування зубощелепної системи. При цьому рівень комплаєнтності батьків може суттєво впливати на можливість проведення діагностичних та лікувальних заходів.

Мета дослідження – представлення клінічного випадку комплексного лікування пацієнта з раннім дитячим карієсом та демонстрація впливу низької комплаєнтності батьків на діагностичний алгоритм та вибір лікувальної тактики.

Проведено обстеження і лікування дитини 5,5 років із множинними ураженнями тимчасових зубів внаслідок карієсу. Були визначені стан гігієни порожнини рота, інтенсивність карієсу, досліджені наявні оклюзійні співвідношення та стан слизової ротової порожнини. Використовували індекси карієсу, відповідно віку, гігієнічний індекс Федорова–Володкіної, ортодонтична патологія класифікувалася згідно класифікації Е.Енгля (1899р.). Рівень комплаєнтності батьків був оцінений за клінічними критеріями.

У дитини діагностовано ранній дитячий карієс із хронічними формами періодонтиту більшості тимчасових зубів та загостренням хронічного періодонтиту 5.1 зуба. Відмова матері від проведення рентгенологічного обстеження та лікування в умовах седації обмежило можливості діагностики та вплинуло на вибір як діагностичної так і лікувальної тактики. Проведено поетапну хірургічну санацію порожнини рота під місцевою анестезією у чотири відвідування. Після видалення зубів з сумнівним прогнозом, а також коренів, дитина направлена до ортодонта для продовження лікування.

Своєчасне усунення осередків одонтогенної інфекції та прогнозування наслідків передчасної втрати тимчасових зубів є важливими складовими комплексної стоматологічної допомоги дітям. Досягнення успішного результату лікування можливо лише за умови взаємодії дитячого стоматолога та батьків. Низька комплаєнтність останніх може суттєво ускладнювати діагностику, вибір лікувальної тактики та своєчасне надання стоматологічної допомоги.

Ключові слова: діти, ускладнений множинний карієс, комплаєнтність, видалення зубів, дитяча стоматологія, ортодонтичне лікування.

THE IMPACT OF LOW PARENTAL COMPLIANCE ON THE DIAGNOSIS AND CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF CHILDREN WITH EARLY CHILDHOOD CARIES (CLINICAL CASE)

Hrechko N. B., Kuzina V. V., Mikulinska-Rudich Y. M., Kolesova T. O., Sklar S. O.

Abstract. Early childhood caries is one of the major problems in pediatric dentistry. Timely diagnosis and selection of appropriate treatment strategy are important for preserving primary teeth and preventing complications and disturbances in dentofacial development. The level of parental compliance may significantly affect the possibility of performing the necessary diagnostic and treatment procedures.

The aim of the study is to present a clinical case of comprehensive treatment of a patient with early childhood caries and to demonstrate the impact of low parental compliance on the diagnostic algorithm and choice of treatment strategy.

A 5,5-year-old child with multiple carious lesions of the primary teeth was examined and treated. Oral hygiene status, caries intensity, occlusal relationships and the condition of oral mucosae were assessed. Age-appropriate caries indices and Fedorov-Volodkina hygiene index and Angle's classification were used. The level of parental compliance was assessed according to clinical criteria.

The child was diagnosed with early childhood caries, accompanied by chronic forms of periodontitis affecting most primary teeth and an exacerbation of chronic periodontitis of tooth 5.1. The mother refused radiographic examination which limited diagnostic possibilities, while refusal of oral rehabilitation under sedation resulted in a change of the planned treatment strategy. Staged surgical oral rehabilitation under local anesthesia was performed.

during four visits. Following extraction of teeth with unfavorable prognosis and their roots, the child was referred to an orthodontist for further treatment.

Timely elimination of odontogenic infection foci and assessment of consequences of premature loss of primary teeth are important components of comprehensive dental care. A favorable treatment outcome is possible only with effective cooperation between the pediatric dentist and the parents. Low parental compliance may complicate the diagnostic process, influence the choice of treatment strategy and delay the timely provision of dental care to children.

Key words: children, complicated multiple caries, compliance, tooth extraction, pediatric dentistry, orthodontic treatment.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Hrechko N. B.: <https://orcid.org/0000-0001-8400-759X>^F

Kuzina V. V.: <https://orcid.org/0000-0002-2296-6469>^D

Mikulinska-Rudich Y. M.: <https://orcid.org/0000-0002-8881-2665>^A

Kolesova T. O.: <https://orcid.org/0000-0002-7507-4202>^B

Sklar S. O.: <https://orcid.org/0000-0001-7465-1269>^E

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Гречко Наталія Борисівна

Харківський національний медичний університет

Україна, 61022, м. Харків, пр Науки 4

Тел.: 0980684453

E-mail: nb.hrecko.knmu.edu.ua

A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє не-обмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 21.05.2026 року

Стаття прийнята до друку 20.08.2026 року

Опубліковано 29.09.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-475-480

УДК 616.314-089.843:616.71-018.4-008.9

Лучинський В. М., Лучинський М. А.

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НИЗЬКОЮ МІНЕРАЛЬНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
(м. Тернопіль, Україна)

lyshunskiyvm@tdmu.edu.ua

Низька мінеральна щільність кісткової тканини може негативно впливати на процеси кісткового ремоделювання та результати дентальної імплантації. Визначення біохімічних маркерів кісткового метаболізму дозволяє оцінити особливості перебігу цих процесів у віддалені терміни після імплантації. Метою було визначити динаміку біохімічних маркерів кісткового ремоделювання у пацієнтів із низькою мінеральною щільністю кісткової тканини після дентальної імплантації та оцінити вплив корекції порушень кісткового метаболізму на їх показники. Обстежено пацієнтів молодшої (18–44 роки) та старшої (45–59 років) вікових груп. Через 12 і 18 місяців після дентальної імплантації визначали концентрацію кальцію, активність лужної та кислої фосфатази у крові, а також рівень оксипроліну в сечі. Результати порівнювали з показниками осіб із нормальною та пацієнтів із низькою мінеральною щільністю кісткової тканини без метаболічної корекції. У пацієнтів із низькою мінеральною щільністю кісткової тканини встановлено достовірне підвищення активності лужної й кислої фосфатази та рівня оксипроліну порівняно з контролем. Найбільш виражені зміни протягом 12–18 місяців спостерігалися у порівняльній групі. В основній групі відзначено зниження активності лужної та кислої фосфатази та рівня оксипроліну, що супроводжувалося наближенням показників до контрольних значень. Низька МЩКТ асоціюється з тривалою активацією процесів кісткового ремоделювання після дентальної імплантації.