

## Co u nás dlužíme dětským zubům

**Asi nejčastěji používanými parametry, kterými se popisuje orální zdraví mladé populace, jsou podíl pětiletých dětí s intaktním chrupem a průměrný počet zubů s kazem u dvanáctiletých dětí. U obou těchto ukazatelů dosahuje Česká republika ve srovnání s vyspělými evropskými zeměmi jen průměrných výsledků.**

Zatímco ve Švédsku má více než sedmdesát procent pětiletých dětí chrup bez kazu, v Česku je to jen 42 procent (obr. 1). Rovněž u dvanáctiletých dětí není příliš čím se chlubit (obr. 2). Orální zdraví dětí se za posledních čtyřicet let výrazně zlepšilo v celé Evropě, v České republice však relativně méně než v jiných zemích. Zatímco křivky kazivosti ve věkové kategorii dvanáct let v okolních zemích strmě klesaly, v Česku v posledních deseti letech spíše stagnovaly (obr. 3). Pokud nyní dochází v ČR ke zlepšení, je jen mírné a nelze je považovat za signifikantní a hlavně prognosticky významné. Při pohledu na tato data je patrné, že prevence v té podobě, jak je zde prováděna, svůj potenciál již vyčerpala. Pokud nedojde ke změně chápání toho, co vše by systém preventivních opatření mohl a měl zahrnovat, naděje na posun žádoucím směrem je mizivá.

dvaceti procentech dětských úst – a právě tyto děti z individuálně prováděné prevence vypadávají.

Ve vyspělých zemích již dávno vědí, že skupinové školní programy jsou v tomto směru velmi efektivní a nepříliš nákladnou cestou – ne náhodou ty země, které jsou na tom nejlépe, tyto programy propracované mají a mají je také zakotveny legislativně. Nejde přitom o nějaké socialistické experimenty. Ve Švýcarsku, kde je individuální zodpovědnost tradičně hodnocena velmi vysoko, platí zákon, který určuje, kolik hodin na jednotlivých vzdělávacích stupních je třeba této edukaci věnovat. Například mateřské školy jsou povinny toto dvouhodinové zaměstnání zařadit osmkrát do roka, tedy téměř každý měsíc.

V Česku nic podobného nefunguje – všechny projekty, ať už vznikly z iniciati-

gramů jde ve Skandinávii z velké části z peněz místní samosprávy. Jen málokde tuto činnost vykonávají přímo zubní lékaři, ti by byli příliš drazí. Většinou do škol chodí dentální hygienistky s dobrou přípravou ve stomatologické prevenci. Organizují skupinová čištění zubů a snaží se dětem vštípit zásady zdravé výživy, vše formou přístupnou věku dětí. V těchto zemích navíc po celou dobu na vysokých školách a vědeckých institucích probíhal intenzivní výzkum prevence zubního kazu. Některá preventivní opatření se prověřovala přímo v praxi.

Edukace ke správné ústní hygieně je prvním pilířem stomatologické prevence; tím druhým je podpora vhodných stravovacích návyků, a třetím je pak snaha o to, aby si každý byl vědom toho, že jednotlivec sám nemůže rozpoznat počátky poruch na zubech a dásních a že tedy preventivní prohlídky jsou nezbytné. Plošné obnovení skupinových preventivních prohlídek přitom očekávat nemůžeme. Ve velkoměstech, kde každé dítě může mít jiného zubního lékaře, je velmi těžké najít nějaké průchodné řešení. Navíc zdravotní pojišťovny nenabízejí žád-

u předškolních dětí od tří do pěti let. Tam u sta dětí proběhne v průměru pětáctičet prohlídek. V naprosté většině případů navíc nejde o preventivní prohlídku v pravém slova smyslu. Z dat VZP vidíme, že lékař účtuje kód preventivní prohlídky ten samý den, kdy u tohoto rodného čísla účtuje kód za sanaci jiného zubu. Samotný kód preventivní prohlídky se vyskytuje jen velmi zřídka. I z toho je vidět, že celý systém čeká na požadavek péče. Dítěti, které rodiče přivedou, se dostane všeho, co je medicína schopná nabídnout. Pokud rodiče sežlou, dítě má péči nulovou. Celý problém navíc komplikuje fakt, že velká část zubních lékařů nemá vůbec zájem o vyšetřování a ošetřování předškolních dětí.

### Pozor na přenos kariézních mikroorganismů

Často dostávám (z mého pohledu poněkud irelevantní) otázku, kdy by dítě mělo poprvé navštívit zubního lékaře. Ideální by bylo, kdybychom se o jeho orální zdraví začali starat ještě dříve, než se narodí. V této souvislosti hovoříme o prenatální a peri-

šiny dětí se do věku 36 měsíců, kdy končí proezávání mléčného chrupu, ústa bez kariézních mikroorganismů udržet nepodaří. Ve většině případů nacházíme právě mateřské kmeny, jen v osmi procentech případů kmeny od jiných rodinných příslušníků. Se správnou edukací matky to ale možné je – z námi sledované a vedené skupiny dvaapadesát dětí došlo do věku čtyř let k přenosu jen u jediného z nich. V pěti letech všechny tyto děti byly bez kazu. Zuby se proezávají s nedokonalou sklovinou, ta se vytvrzuje až v ústech přibližně dva roky. V této době je zub extrémně ohrožen. Pokud kariézni bakterie v ústech nejsou, ke vzniku kazu nedojde. Matka by měla vědět, že kolonizaci kariézními mikroorganismy podporuje frekventní přísun cukru.

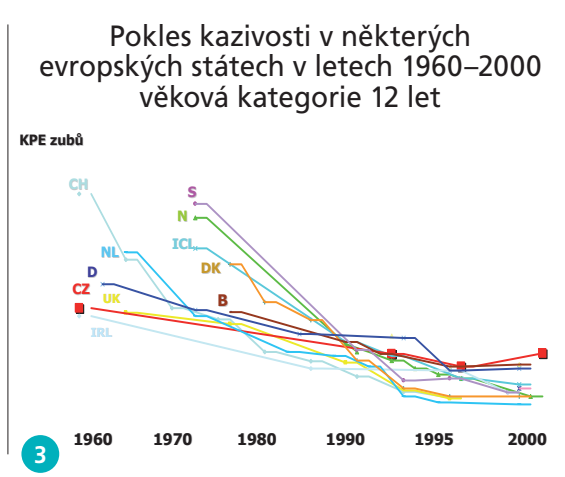
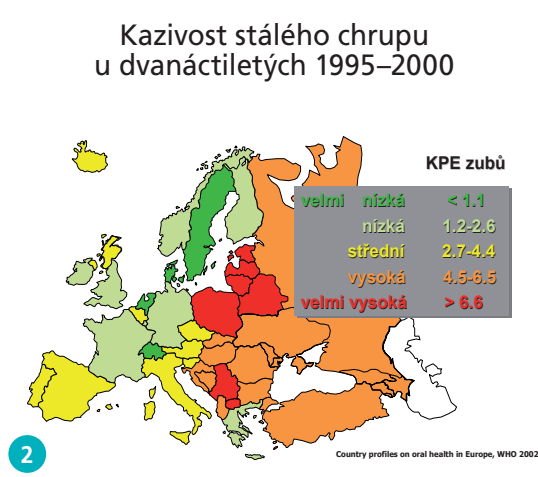
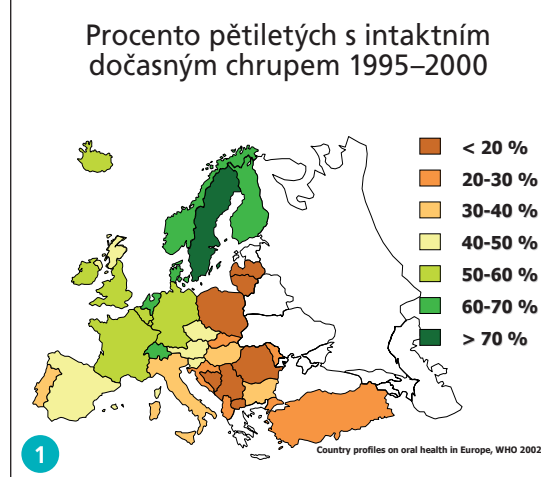
Během batolecího věku doporučujeme, aby matka vzala dítě s sebou, když sama jde na preventivní prohlídku. Lékař má tak příležitost poučit ji, jak se o dětský chrup starat. Je to výhodné i pro něj, protože si to může zcela v souladu s předpisy vykápat jako vyšetření dvou osob. U dvouletého dítěte je už možné provést bez jakékoli traumatizace orientační vyšetření. Nejsou k tomu ani potřeba nástroje, protože v tomto věku je dutina ústní přehledná. Ve stejné době je už třeba zcela vážně začít s čištěním zubů, a to za použití pasty se sníženým obsahem fluoru, protože nelze zabránit tomu, aby dítě pastu polykalo. Ještě přibližně do šesti let je nutné čištění zubů opravovat, od začátku školní docházky už jde spíše o dohled a kontrolu.

### Dutina ústní – třináctá komnata

Na rozdíl od ostatních preventivních programů není ve stomatologické prevenci bezpodmínečně nutné uvažovat v řádu desetiletí. Hranice, kdy jedinec začne přebírat zodpovědnost za své zdraví, je velice ostrá. Pokud je program dobře nastaven a důsledně prováděn, výsledek se dostaví za několik málo let. Někde se však musí začít – a kde jinde než u dětí?

Celé naše úsilí směřuje k tomu, aby dutina ústní již nebyla třináctou komnatou. To je fenomén, se kterým se zubní lékaři zabývající se prevencí setkávají denně – i ženy, které jsou ochotné věnovat systematickou péči a pozornost každému milimetru své pokožky, užasle hledí, když se jim ukazuje, kde je zubní kámen a kde není dáseň zdravá. Často vypadají, jako by své zuby viděly poprvé v životě. Pokud budou (nejen) mladí lidé věnovat svému chrupu tolik péče jako své pleti, budeme mít vyhráno.

**Prof. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.,  
Výzkumný ústav stomatologický**



Při reformě stomatologické péče v ČR se základem stala individuálně prováděná prevence – a o to, aby tomu tak bylo, se bohužel zasazuje i Česká stomatologická komora. Představa, že nejúčinnější intervencí je, když dítě sedí v křesle, maminka stojí za ním a lékař poučuje a radí, je reálná jen z menší části. Je to stejně naivní, jako kdyby školství spoléhalo na to, že všichni rodiče za pomoci občasných konzultací naučí dítě číst a psát, a chtělo na těchto znalostech v deseti letech začít stavět.

Individuální zájem o zdraví, a to i orální, výrazně koreluje se socioekonomickou situací. Tento fakt je extrémně rigidní. Je nutné obejít neochotu některých rodičů starat se o zdraví dětí. Zjednodušeně řečeno, osmdesát procent kazů nacházíme ve

vy státních orgánů nebo firem, jsou krátkodobé a narážejí na nedostatek financí a nezájem škol. Na úhradu těchto programů z veřejného pojištění se nepamatuje.

### Příklad ze Skandinávie

To, že tato cesta vede k cíli, můžeme vidět na příkladu Skandinávie – na začátku šedesátých let tam destrukce dětského chrupu dosáhla gigantických rozměrů, pravděpodobně kvůli vysokému příjmu škrobů a řepného cukru. Tyto země už tehdy byly bohaté a opřely se do prevence plnou silou. V průběhu dvaceti let předstihly státy, které na tom zdaleka tak špatně nebyly, jako je Španělsko nebo Portugalsko. Skupinové programy byly jedním ze základních kamenů tohoto úspěchu. Financování těchto pro-

ny mechanismus, jak skupinovou prohlídku uhradit. V obci, kde je jeden nebo dva zubní lékaři, skupinovou prohlídku organizačně zvládnout možné je a mnoho škol dodnes děti do stomatologických ordinací vodí.

Ve většině lokalit však nezbyvá než v tomto směru spoléhat na rodiče. Pokud by každé dítě prošlo preventivní prohlídkou dvakrát do roka, připadá na sto dětí dvě stě preventivních prohlídek ročně. Před rokem 1990 bylo dobrým výsledkem, pokud se podařilo dosáhnout sto osmdesáti prohlídek na sto školních dětí. Když tento ukazatel poklesl pod sto padesát, bylo to již vnímáno jako problém. V současnosti se toto číslo pohybuje mezi sedmdesáti osmi až sto dvaceti. Velkoměsta jsou přitom na tom lépe než venkov. Ještě horší je situace

natální antimikrobiální profylaxi dětských kazů. Během preventivních stomatologických prohlídek v těhotenství by se nastávající matka měla dozvědět o tom, jaké rizikové kariézni mikrobiální kmeny má ve svých ústech, výrazněji patologickou flóru je případně možné potlačit pomocí efektivní ústní hygieny s doplňkem bezpečného dezinfekčního roztoku. Hlavně by však měla být poučena o tom, jak se chovat, aby tyto mikroorganismy nepřenesla na své dítě. Bakterie, které kaz způsobují, se vyskytují pouze v ústech. Vektorem jejich přenosu jsou sliny. Matka by neměla ochutnávat jídlo lžičkou, kterou pak dítě jí, kontrolovat teplotu mléka tím, že olízne dudlík, nebo nechat dítě při hrách sahat do svých úst. Zdá se to samozřejmé, ale u vět-

Zdroj: Výzkumný ústav stomatologický