

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős
Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

**Egészségügyi szakmai irányelv –
A barázdazárásról**

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	000616
Érvényesség időtartama:	Megjelenéstől számított 1 hónap - 2018.08.31-ig

Tartalomjegyzék

I. ADATLAP	4
1. A dokumentum jellemzői	4
2. Kiadás és elérhetőség	4
3. Időbeli határok	4
4. Hatókör	4
5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja	5
6. A tartalomért felelősök köre	5
7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal	6
8. Kulcsszavak	8
II. CÍM	9
III. ELŐSZÓ	9
IV. DEFINÍCIÓK	9
1. Fogalmak	9
2. Rövidítések	10
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja	10
4. Ajánlások rangsorolásának módja	10
V. BEVEZETÉS	10
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	10
2. Célok	11
VI. ÖSSZEFOGLALÓ	12
1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások (opcionális)	12
Nem felülvizsgálat	12
2. Meghatározó ajánlások	12
3. Az ellátási folyamat algoritmusa	21
VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	22
VIII. AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA	31
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	31
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	33
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok	34
4. Az ajánlások terjesztésének terve	34
IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	35
X. IRODALOM	35
XI. MELLÉKLET	38
1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok	38
2. A fejlesztés módszerének leírása és a kapcsolódó dokumentumok	38

3. Alkalmazást segítő dokumentumok	41
--	----

I. ADATLAP

1. A dokumentum jellemzői

Címe: Egészségügyi szakmai irányelv – A barázdazárásról
000616
Azonosító: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Típusa: Ez a dokumentum az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó) helyesírási szabályait használja.

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma –
Egészségügyért Felelős Államtitkárság
A megjelenés helye: Egészségügyi Közlöny
Nyomtatott verzió: <https://kollegium.aeek.hu>
Elektronikus elérhetőség:

3. Időbeli határok

Az irodalomkutatás lezárásának ideje: 2014. 08.
év. hónap. nap (Közlönykiadó adja meg)
A megjelenés dátuma: A megjelenéstől számított 1 hónappal
A hatályba lépés dátuma: 2018.08.31.
Az érvényesség lejárat dátuma:

4. Hatókör

Egészségügyi kérdéskör:

Az ellátási folyamat szakasza(i):

Az érintett ellátottak köre:

Az érintett ellátók köre:
Szakterület:

Ellátási forma:
Progresszivitási szint:
Egyéb specifikáció:

Caries prevenció – barázdazárás
Az irányelv nem foglalkozik egyéb caries megelőző módszerekkel.
Prevenció, diagnosztika, kezelés
(barázdazárás kivitelezése), gondozás
Caries szempontjából veszélyeztetett
egyének, elsősorban gyermekek, ifjak
Ezen belül elsődleges életkori célcsoport:
5–8 és 11–14 évesek, a maradót
nagyőrlőfogak áttörési időszakában.

1300 Fogászati ellátás
1304 Gyermekefogászat
1305 Iskolafogászat
1308 Konzerváló fogászat és fogpótlástán

A1 Alapellátás, J1 szakrendelés
általános járóbeteg-szakellátás

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

Az irányelv felhasználásra ajánlott a fent megadott ellátók, azaz fogorvosok, fogszakorvosok számára abból a célból, hogy a caries iránti veszélyeztetettség, a caries megelőző állapotok időben felismerésre kerüljenek, és megtörténjen a kezelésük barázdazárással, a fogszuvasodás kialakulásának megakadályozása, progressziójának megállítása, blokkolása céljából.

Az irányelv célja továbbá a fogászati szakdolgozók (fogorvosi asszisztens, klinikai fogászati higiénikus) és a betegirányításban résztvevő háziorvosi, házi gyermekorvosi, iskolaorvosi és a védőnői szolgálat tájékoztatása az ellátandók időben történő fogorvoshoz irányítása érdekében.

Az irányelv ugyancsak javasolható minden potenciális ellátott, különösen a 0–18 éves gyermek és ifjú nevelésével, gondozásával foglalkozó felnőttnek (szülők, nevelőszülők, hozzátartozók, egyéb gondozók, nevelők stb.).

Az ajánlások ismerete ugyancsak hasznos lehet a finanszírozási és egészségpolitikai döntéshozók munkájához.

Az irányelv elolvasásával az ellátók és a felhasználók összefoglaló szakmai tájékoztatást kaphatnak egy, a fogszuvasodást megelőző hatékony, eljárásról és annak hazai alkalmazhatóságáról.

A felhasználás célja:

- az eljárás egységes szakmai alapelvek szerinti alkalmazása, minőségének javítása, országosan egyenletes színvonalú biztosítása, továbbá az azonos szükségletnek megfelelő egyenlő ellátás szavatolása;
- a fogorvosi ellátás eredményességének és biztonságának növelése, a preventív fogorvoslás minőségének javítása, a prevenció orientált és bizonyítékokon alapuló fogorvosi praxisműködtetés elősegítése;
- a klinikai döntések megkönnyítése a fog kemény szöveteinek védelme, restaurációja során; a döntési helyzetekben a preventív szemlélet érvényesítése;
- az eljárás klinikai hatásosságának, hatékonyságának javítása;
- a fogászati ellátás költséghatékony működtetésének segítése;
- a klinikai audit, a minőségbiztosítás, a belső minőségügyi rendszer és a szakmai ellenőrzés segítése;
- a betegirányítás, a társszakmák közötti kommunikáció javítása.

6. A tartalomért felelősök köre

Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat:

Fog- és szájbetegségek Tagozat:

Dr. Szőke Judit (fog- és szájbetegségek fogszakorvosa, gyermekfogszakorvos), Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Budapest, Gyermekünk Egészséges Fogaiért Alapítvány, szerző, kapcsolattartó.

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat:

Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvostan, védőnő) Tagozat:

Dr. Stunya Edina (csecsemő-gyermekgyógyász, iskolaorvostan és ifjúságvédelem), 18. sz. Házi Gyermekorvosi szolgálat, Miskolc, véleményező
Dr. Kovács Julianna (csecsemő-gyermekgyógyász, iskolaorvostan és ifjúságvédelem szakorvos), Házi Gyermekorvosi Szolgálat, Bordány, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nincs

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nincs

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Fogorvosok Egyesülete, Preventív Fogászati Társaság:

Dr. Czeplédy Mária főorvos (fog- és szájbetegségek, gyermekfogászat szakorvosa), Kenézy Kórház és Rendelőintézet, Fogászat, Debrecen, tanácskozási joggal

Dr. Földeáky Gábor (fog- és szájbetegségek, fogszabályozás szakorvosa), gyermek- és iskolafogászati ellátásban jártas fogorvos, Dr. Földeáky és Társai Kft., Kiskunfélegyháza, tanácskozási joggal

Szakmai véleményezésre az alábbi független szakértőket kérték fel:

Prof. Dr. Nyárasdy Ida (fog- és szájbetegségek, konzerváló fogászat és protetika szakorvosa), Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, Budapest

Dr. Alberth Márta egyetemi docens (fog- és szájbetegségek, gyermekfogászat, fogszabályozás szakorvosa), Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Fogorvostudományi Kar, Debrecen

7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal

Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel:

Azonosító:

Cím:

Nyomtatott verzió:

Elektronikus elérhetőség:

–
A barázdazárásról [1]

Egészségügyi Közlöny 2008.LVIII. évf. 3. szám, 953-63.

<https://kollegium.aEEK.hu>

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült:

Szerző(k): –
Tudományos szervezet: AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry
Cím: Guideline on Pediatric Restorative Dentistry [2]
Megjelenés adatai: 2014
Elérhetőség: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Restorative.pdf

Szerző(k): –
Tudományos szervezet: ZZQ – Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institute der Deutschen Zahnärzte
Cím: Fissurenversiegelung – Leitlinie [3]
Megjelenés adatai: 2010. Köln
Elérhetőség: [http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/b36eaf47e29b334cc12576e9004ed01c/\\$FILE/ATT3O287.pdf/Fissurenversiegelung.pdf](http://www3.zzq-koeln.de/zzqpubl3.nsf/30c7ccae1fb54ce8c12573380037acd9/b36eaf47e29b334cc12576e9004ed01c/$FILE/ATT3O287.pdf/Fissurenversiegelung.pdf)

Szerző(k): –
Tudományos szervezet: IOHS – Irish Oral Health Services Guideline Initiative
Cím: Pit and fissure sealants: Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries [4]
Megjelenés adatai: 2010
Elérhetőség: <http://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/PitandFissureSealantsFull.pdf>

Szerző(k): –
Tudományos szervezet: CDC – Centers for Disease Control and Prevention
Cím: Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence [5]
Megjelenés adatai: Journal of the American Dental Association 2009;140:1356-65.
Elérhetőség: <http://jada.ada.org/content/140/11/1356.full>

Szerző(k): –
Tudományos szervezet: ADA – American Dental Association
Cím: Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants [6]
Megjelenés adatai: Journal of the American Dental Association 2008;139:257-68.
Elérhetőség: <http://jada.ada.org/content/139/3/257.long>

Szerző(k):	Welbury R, Raadal M, Lygidakis NA.
Tudományos szervezet:	EAPD – European Academy of Paediatric Dentistry
Cím:	Guidelines for the use of pit and fissure sealants [7]
Megjelenés adatai:	Eur J Paed Dent 2004;5:179-84.
Elérhetőség:	http://www.eapd.gr/dat/D052751D/file.pdf

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában megjelenés alatt álló hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban:

Azonosító:	000651
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv - A fog keményszöveteinek különböző plasztikus tömőanyagokkal való helyreállításáról
Megjelenés adatai:	megjelenés előtt
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet.

Cím:	Az egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti programja 2003
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, 2003. év 10. szám
Elérhetőség:	http://www.complex.hu/kzldat/o03h0046.htm/o03h0046.htm
Cím:	Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010.
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2001. év 16. szám
Elérhetőség:	Egészségügyi Közlöny 2001. év 16. szám

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi programok megvalósításában

A megelőzés nemzeti egészségpolitikai prioritást élvez. Az utóbbi évtizedekben számos népegészségügyi program látott napvilágot. A fogszuvasodás hazai elterjedtsége komoly népegészségügyi problémát jelent. A népegészségügyi programok tartalmazzák a preventív fogászati elemeket, konkrét célokat, feladatokat is. A fogszuvasodás elsődleges megelőzésének legfontosabb célcsoportja általában a gyermekek és az ifjak. A barázdazárás költségkímélő megelőző eljárás, amelynek alkalmazása egészségnyereséget jelent az ellátottak, legfőképp a gyermekek és ifjak számára.

8. Kulcsszavak

barázdazárás, caries prevenció, caries rizikó, fogak barázdái és gödröcskéi

II. CÍM

Egészségügyi szakmai irányelv – A barázdazárásról

Az érvényesség időtartama: Megjelenéstől számított 1 hónap - 2018.08.31.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak

Barázdazárás: A barázdazárás a kedvezőtlen morfológiájú fogak szuvasodásra hajlamos fogfelszíneinek lezárását jelenti a caries fogékony barázdák és gödröcskék területén. Biztonságos és fájdalommentes, fogfelszín-specifikus primer prevenciók eljárás a fogszuvasodás megelőzésére, és/vagy szekunder prevenciók (restauratív, gyógyító jellegű) eljárás a kezdődő szuvasodási folyamat megállítására a fogak barázdáinak és gödröcskéinek területén. A kezelés könnyen elvégezhető és a preventív barázdazárás nem jár foganyag-vesztéssel [7].

Kiterjesztett barázdazárás: A kiterjesztett barázdazárás ugyanazon a rágófelszínen egyidejűleg készített preventív barázdazárást és általában csak a fogzománcra korlátozódó, de a dentint is elérő laesio esetén minimál invazív technikával preparált cavitas alakítással járó tömést jelent. A barázdazáró anyag befedi a tömött gödröcskét/barázdát, és a csatlakozó kondicionált ép barázdákat és gödröcskéket is lezárja.

Fissuraplasztika/zománcplasztika: Zománcpreparálással a barázdabemenetek kiszélesítése finom gyémántfűrővel.

Caries: Fogszuvasodás.

Caries incipiens: Kezdődő caries. A zománcfelszín szuvas elváltozása klinikailag és szövettanilag, makroszkópos üregképződés nélkül. Reverzibilis elváltozás, remineralizációval gyógyítható.

2. Rövidítések

RCT: randomizált, kontrollált vizsgálat.

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az irányelv a bizonyítékok besorolása az ADA-irányelvben [6] hivatkozott Shekelle beosztáson alapul [47].

A bizonyíték szintje	Az evidencia kategóriája
Ia	szisztémás vizsgálatok, randomizált, kontrollált vizsgálatok
Ib	legalább egy randomizált kontrollált vizsgálat
IIa	legalább egy kontrollált, de nem randomizált vizsgálat
IIb	legalább egy más típusú, kísérleti jellegű vizsgálat
III	nem kísérleti jellegű, hanem összehasonlító, korrelációs, vagy önkontrollos esettanulmány
IV	szakértő bizottság beszámolója, vagy véleménye, vagy elismert szakemberek klinikai tapasztalata

4. Ajánlások rangsorolásának módja

Az irányelv ajánlások besorolása az evidenciaszintek meghatározásánál ismertetett irányelvfejlesztési módszereken alapszik [6, 47]. A többi meghatározó irányelvből vett ajánlások besorolását ennek megfelelően konvertáltuk.

Ajánlási fokozat	Az ajánlás ereje
A	I evidencián alapul
B	II evidencián, vagy az I evidencia extrapolálásán* alapul
C	III evidencián, vagy I-II evidencia extrapolálásán alapul
D	IV evidencián, vagy I-II-III evidencia extrapolálásán alapul

* extrapolálás azt jelenti, hogy egy bizonyos populáción elvégzett vizsgálat eredményét egy más, az adott ajánlás kialakítása szempontjából releváns populációra vetítik.

Az ajánlások mellett feltüntettük az ajánlások státusát abban az esetben, ha az ajánlás **ÚJ** a korábbi, A barázdazárásról szóló szakmai irányelvhez képest.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A dentális caries – annak ellenére, hogy elsősorban a gyermekek caries prevalenciája jelentősen csökkent az utóbbi évtizedekben – még mindig komoly népegészségügyi problémát jelent a világ számos országában, így hazánkban is.

Hazai epidemiológiai adatok szerint az 5-6 éves gyermekek kétharmadának van szuvas tejfoga, sőt, már az áttörőben lévő első maradó órlőfoguk is érintett lehet. A caries előfordulása 12 éves gyermekeknél 60,0% [9, 10], a 18 éveseknél 90,0% [11], felnőtteknél 98,0%. Fogszuvasodás szempontjából tehát, potenciálisan az egész

lakosság valamilyen szinten veszélyeztetettnek tekinthető általános és/vagy fogászati indokok alapján.

A caries eloszlása azonban egyenlőtlen az érintett populációban. Például a 12 éves gyermekek 20-25%-ánál fordul elő az összes caries 70-80%-a. Ők képezik az erősen veszélyeztetett csoportot [12].

Nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján a gyermek- és ifjúkorban a fogszuvasodások döntő többsége, 70-80%-a, egyes országokban 90%-a [13] a rágófelszíni barázdákban és gödröcskében kezdődik, tehát ezek képezik a fogak legsérülékenyebb területeit. A barázdazárás éppen ezeken a veszélyeztetett területeken, és veszélyeztetett egyéneknél jelent foganyag kímélő megelőzési technikát. Ezért is fontos a célzott prevenció.

Hazai országos vizsgálatok szerint 2001-ben a 12 éves gyermekek 7,2%-a, 2008-ban 16,5%-a rendelkezett egy vagy több lezárt fogfelszínnel. Ez az arány növekvő tendenciát mutat ugyan, de messze elmarad a szükséglettől [10]. Az is megállapítható, hogy a jelentős praxisvariációk és az ellátók különböző hozzáállása, gyakran érdektelensége miatt egyenlőtlen az ellátás.

2. Célok

Jelen irányelvfejlesztés célja a témában olyan ajánlások kidolgozása volt, amelyek tudományos bizonyítékokon, széleskörű szakmai konszenzuson alapulnak, és megfelelnek a nemzetközi standardoknak és kritériumoknak, valamint a hazai felhasználók szükségleteinek és igényeinek, elvárásainak. Szükség van az ajánlások elfogadtatására, az ellátók általi elfogadására.

Általános elvként fontos hangsúlyozni, hogy a barázdazárást, mint prevenciósi módszert nem lehet elválasztani a többi megelőző intézkedéstől, nem helyettesíti azokat, hanem kiegészíti. A barázdazárás csökkenti ugyan a fogszuvasodás előfordulását, de önmagában nem elegendő annak megelőzésére. A témában átfogó megközelítés szükséges. Jó szájhigiénia, fluorid tartalmú fogkrém használata és az egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozás egyidejű fenntartása javasolt [14, 15].

Az irányelv ajánlásainak alkalmazásával elérhető eredmények:

- a fogszuvasodás kialakulásának kockázata és a cariesintenzitás/-prevalencia csökkenése; tudományos vizsgálatok szerint akár 60-80%-os cariesredukció is elérhető barázdazárással [16, 17];
- az ellátandók potenciális orális egészségnyereségének növelése azáltal, hogy a fogszuvasodás és következményes betegségei megelőzésével a potenciális betegek mentesülnek a szubjektív fogászati panaszoktól, a kezelésekkal járó kellemetlenségektől.
- a drágább konzerváló fogászati beavatkozások számának csökkenése azáltal, hogy a barázdazárás költségkímélő és hatékony megelőző eljárás; egy-egy rizikófelszínre alkalmazott barázdazárással 57%-os költségcsökkentés érhető el [14, 18];
- a szakmailag indokolatlan barázdazárások csökkenése, a felesleges kezelések elkerülése, jobb költséghatékonyság; a szakmai indokoltságot figyelembe kell venni költséghatékonysági megfontolásból is [17, 19].

VI. ÖSSZEFOGLALÓ

1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások (opcionális)

Nem felülvizsgálat.

2. Meghatározó ajánlások

A barázdazárás célja a barázda- és gödröcske caries megelőzése, illetve a kezdődő szuvasodási folyamat megállítása, blokkolása. A cél a fogszuvasodásra fogékony, plakkretencióra alkalmas szűk, mély gödröcskék és barázdák átformálása caries rezisztens, öntisztuló felületekké, széles, sekély barázdákká és gödröcskékké. Lezárható fogfelszínek: a kis- és nagyőrlő fogak barázdái, gödröcskéi, a frontfogak foramen coecumai.

A barázdazáró anyag plasztikus védőbevonatot képez a fogak veszélyeztetett felszínein, a kedvezőtlen anatómiájú, plakkretentív gödröcskék és barázdák területén. A barázdazáró anyag megkötése (megkeményedése) után olyan védőréteget alkot a fogakon, amely megakadályozza az ételmaradék és a baktériumok behatolását a szűk, szabálytalan lefutású barázdák és gödröcskék mélyére. A lezárás alatt rekedt mikroorganizmusok „csapdába esnek”, a továbbiakban életképtelenek, mivel el vannak zárva a táplálékforrásaiktól. A sima, barázdazárt fogfelszín könnyebben és hatékonyabban tisztítható.

Az alábbi területeken módosultak az ajánlások az irányelv korábbi verziójához képest:

A korábbi ajánlások szakmai tartalmát tekintve nem történt sok lényeges változás. Néhány esetben azonban módosultak az ajánlások, megváltoztak a hangsúlyok, vagy az ajánlás szintje módosult az újabb kutatások eredményei és a hazai ellátási környezet szerint. Az ajánlások sorrendileg átrendeződtek, kiegészültek. A régi ajánlások egy részét pontosítottuk, újrafogalmaztuk. Az új irányelv részletesebben tárgyalja és tagolja a kezelés menetét. Emellett beiktattunk nyolc új ajánlást is (Ajánlás3, Ajánlás4, Ajánlás5, Ajánlás8, Ajánlás13, Ajánlás14, Ajánlás18, Ajánlás21).

1. Prevenció

Ajánlás1

A barázdazárás hatékony, fogfelszín-specifikus prevenciós eljárás a fogszuvasodás megelőzésére, és/vagy terápiás eljárás a kezdődő szuvasodási folyamat megállítására a fogak barázdáinak és gödröcskéinek területén (A) [3, 6, 15–17, 20–22].

A barázdazárás caries preventív hatása a maradó rágófogak barázdáiban és gödröcskéiben a legmagasabb evidenciaszinten bizonyított. Tíz tanulmány meta-analízise alapján azt találták, hogy a gyermekek maradó rágófogain önkötő barázdazárók alkalmazása esetén egy év múlva 78%, négyéves követésnél 59% volt a caries csökkenése [17]. Hasonló meta-analízis öt tanulmány alapján műgyanta barázdazáróknál 87% - 60% közötti redukciót írt le 12 hónapos követésnél [16]. Az eljárás jelentőségét növeli, hogy a fluoridok főleg a sima fogfelszíneken hatásosak.

3.2.8. A zárás ellenőrzése és okkluzió-kontroll

Ajánlás22

A zárást, a barázdazáró anyag retencióját vizuálisan és szondával való tapintással kell ellenőrizni. Az okkluzió-kontrollt is el kell végezni. Szükség esetén forgó, kompozit finírozó és -polírozó eszközökkel korrekció javasolt. Az okkluzió ellenőrzésénél tapasztalt korai érintkezéseket el kell távolítani (B) [3, 4, 45].

Fontos elvégezni a finírozást, polírozást a nem megfelelően polimerizálódott felső réteg eltávolítása céljából is.

3.2.9. Lokális fluoridálás

Ajánlás23

Helyi fluoridálás javasolt a kondicionált, de barázdazáró anyaggal nem lezárt fogfelszín részeken. A helyileg történő impregnálás fluoridkészítménnyel történjen (B) [3, 30, 45].

A lokálisan alkalmazott fluoridálás elősegíti a savazás következtében demineralizálódott, barázdazáró anyaggal le nem fedett fogfelszín részek zománcának remineralizációját.

4. Gondozás – kontrollvizsgálatok

Ajánlás24

A lezárt fogakat és a barázdazárás állapotát folyamatosan monitorozni kell. Az első ellenőrzés a zárást követő fél éven belül javasolt, majd a szakember által meghatározott időközönként rendszeresen (B) [3,4,5,6, 7, 8, 12, 29].

Tanácsos a barázdazárt fogak állapotát 6 havonta fogorvossal ellenőriztetni. A rendszeres, rendkívül gondosan végzett fogorvosi vizsgálat elősegíti a lezárt fogak tartós, szuvasodás elleni védelmét. Az ellenőrző vizsgálatok gyakoriságának meghatározása elsősorban a páciens caries veszélyeztetettségének mértékétől függ. A javasolt gyakoriság általában fél év. Minél veszélyeztetettebb az egyén, annál rövidebb visszahívási intervallum ajánlott.

Sikeres kivitelezés esetén a barázdazárás évekig sértetlenül a helyén marad. Gondos kivitelezés ellenére is előfordulhat a barázdazáró anyag elszíneződése, kopása, kitöredezése, részleges vagy teljes elvesztése, így a már lezárt felületek szabaddá válása. Ebben az esetben – ha még nem alakult ki szuvasodás – újrazárás javasolt.

Ajánlás25

Részleges vagy teljes retencióvesztés esetén – esetleges dentinlaesio kizárása után, és ha a veszélyeztetettség változatlanul fennáll – kiegészítés vagy újrazárás javasolt, amelyet a primer barázdazáráshoz hasonló módon kell elvégezni (A) [3, 4, 5, 6].

A sérült, részlegesen elvesztett barázdazárások fokozott caries kockázatot jelenthetnek. Az optimális védőhatás elérése érdekében javasolt a mielőbbi korrekt újrazárás [6]. Ugyanakkor hét RCT meta-analízisében – amelyben féloldali barázdazárt fogakat hasonlítottak össze a másik oldali le nem zárt fogakkal – beszámoltak arról, hogy azok a fogak, amelyek részben vagy teljesen elvesztették barázdazárásukat, nem jelentettek nagyobb rizikót, mint a soha le nem zárt fogak [4,

Az öblítést nem igénylő, önsavazó (self-etching) bond használata nem javasolt, mert kisebb retenciót biztosít, mint a hagyományos savas kondicionálás [6].

3.2.5. Bondanyag használata

Ajánlás18

Bondanyag használata általában nem javasolt (B) [2, 4, 6, 20, 34]. ÚJ

Nincs elegendő evidencia, ami indokolná a bondanyag használatát savazást követően. Egyes szerzők javasolják bondanyag felvitelét a barázdazáró anyag alá a hosszú távú retenció növelése érdekében [2, 23]. Az ellátást végző szakember megítélheti úgy, hogy az adott klinikai szituációban a bondanyag növelheti a barázdazárás retencióját.

3.2.6. A barázdazáró anyag kiválasztása

A használt anyagok: kompozit, kompomer (kompozit + üvegeionomer) és üvegeionomer. A kompozit típusú barázdazáró anyagok biztosítják a legjobb és legtartósabb retenciót. A fényre kötő, egykomponensű anyagok használata időtakarékos, és könnyebben kivitelezhető applikációt tesznek lehetővé. A kompomer bázisú anyagok abrazivitása megfelelő, és előnyükre fluoridrezervoár tulajdonságúak. Az üvegeionomer cementek elsősorban ideiglenes lezárásra javasoltak, mert gyorsan kopnak, kevésbé tapadnak, de előnyös tulajdonságuk, hogy fluoridleadó képességűek. Az üvegeionomer cementek retenciója és abrazivitása sokkal gyengébb, ezért használatuk csak átmeneti megoldásként javasolt, ha a nedvességkontroll hiánya miatt egyéb anyag nem jöhet szóba (például áttörőben lévő fogaknál vagy nem együttműködő gyermek esetében). Ugyanakkor más RCT-k és metaanalízisek nem találtak meggyőző evidenciát egyik anyag javára sem [15, 43, 44].

Ajánlás19

Barázdazáráshoz kompozit típusú barázdazáró anyagok használata javasolt, mert ezek biztosítják a legjobb és legtartósabb retenciót a zománc savas kondicionálását követően (A) [2, 3, 4, 6, 9, 19, 41, 42].

Ajánlás20

Az üvegeionomer cementek elsősorban ideiglenes lezárásra javasoltak (B) [2, 3, 4, 6, 23, 31].

3.2.7. A barázdazáró anyag applikálása és polimerizálása

Ajánlás21

A lezárni kívánt barázda és gödröcske tökéletes befedésére minimális mennyiségű, de elegendő anyag használata javasolt a retenció növelése érdekében. Az anyag kötése előtt javasolt a légbuborékok eltávolítása (B) [3, 4, 8, 14, 28]. ÚJ

Az anyagot vékonyan, gracilis formában, levegőbuborék-mentesen folytatva, a barázda lefutási vonalát szigorúan követve kell elhelyezni a korrekt zárás és okklúzió érdekében. Az anyag kötése az adott anyag gyári előírásainak megfelelően végzendő. Fényre kötő anyag esetén tanácsos 10-15 s-ig várni a megvilágítás előtt, hogy a felvitt anyag jobban behatoljon a mélyebb területekre. A polimerizáló lámpát a megvilágítandó fogfelszínhez a lehető legközelebb kell helyezni. Több felszín megvilágítása külön-külön történjen [3, 4].

sem [32]. Egyes szakemberek fluoridmentes paszta használatát javasolják [28].

3.2.2. Fissuraplasztika / zománcplasztika

Ajánlás15

Barázdazárásra indikált fogfelszíneken a zománc mechanikai preparálása nem ajánlott. A preventív barázdazárást noninvazív technikával kell készíteni (B) [2–4, 6, 11, 28, 33].

A preventív barázdazárás általában noninvazív technikával készül. A zománc mechanikai preparálása savas kondicionálás előtt nem ajánlott, mert nem biztosít nagyobb retenciót. Csak kivételes esetben alkalmazható invazív formája is: minimális preparálással lehetséges a szűk barázdabemenet kiszélesítése, a barázdaalap megnyitása. Különböző tanulmányok nem észleltek különbséget a két módszer között a retenció tekintetében, de in vitro vizsgálatokban beszámoltak arról is, hogy a zománcplasztika növelheti a barázdazáró anyag retencióját. Terápiás eljárásnál szükség lehet szuvas laesio exkaválására [3].

3.2.3. Gondos izolálás és szárítás

Ajánlás16

Az izolálás lehet részleges vagy teljes, ennek megfelelően vattarolni és nyálszívó vagy kofferdám segítségével történjen (B) [2, 3, 4, 33].

A barázdazárás klinikai kivitelezésénél nedvességmentes közeget kell biztosítani. Ezért a munkaterületet izolálni kell.

Mind a részleges, mind a teljes izolálási mód alkalmazható a körülmények függvényében. Részleges izoláláshoz négykezes technika alkalmazása társuljon. Gyermekeknél egyszerűbb megoldás a részleges izolálást választani. A két módszer között nem találtak szignifikáns különbséget. A tökéletes izolálás előnyt jelenthet a részleges izolálással szemben, tendenciájában jobb retenciós értékeket figyeltek meg kofferdám esetében [3]. Azonban egy szisztémás áttekintés és több féloldali lezárási technikát alkalmazó tanulmány nem talált szignifikáns különbséget a teljes és részleges izolálási mód között a barázdazárások megtartásában [4, 33]. Az izolálás és szárítás megfelelősége, minősége befolyásolja az anyagválasztást.

3.2.4. A fogzománc kondicionálása és mosása, szárítása

Ajánlás17

A zománc kondicionálását színes savazó géllal kell végezni. A kondicionáló anyag 35-37%-os foszforsav. A maradó fogak esetében általában 30-60 s, tejfogaknál ennél hosszabb ideig tartó kondicionálás, majd vizuális kontroll javasolt. Önsavazó technika nem javasolt. (A) [3, 4, 6, 28, 34, 35].

A savazási idők tekintetében célszerű követni a gyári előírásokat. Randomizált, kontrollált vizsgálatokban azt találták, hogy a különböző savazási idők nem befolyásolták lényegesen a barázdazáró anyag retencióját [34].

Ezt követően alapos lemosás és szárítás, majd a savazás kontrollvizsgálata javasolt. A sav alapos lemosása vízszugár segítségével 10-20 s-ig tartson, amit szárítás (de nem kiszárítás üvegionomer anyag esetén) és vizuális kontroll (kellően matt-e a kezelt felület) kövessen. A kezelt felületnek jól láthatóan krétafehérnek, opákosnak kell lennie [3].

Ajánlás12

Általában korai lezárás ajánlott. A jobb retenció érdekében a barázdazárást akkor ajánlatos elvégezni, amikor a fog már annyira áttört, hogy megfelelő módon lehet izolálni, azaz lehetőleg a fogáttörést követő 6 hónapon belül. (B) [2, 3, 4, 6, 7, 17, 22, 29–31].

A minél korábbi lezárás különösen a veszélyeztetett gyermekekre vonatkozik, azonban szigorú időbeli és életkorbeli korlátok nincsenek. Az átlagos kockázatú gyerekek többségénél elegendő a már teljesen áttört, maradó moláris fogakat lezárni.

A korai lezárás mellett szól, hogy a rágófogak áttörési periódusa viszonylag hosszú, ez fokozott plakkakkumulációt tesz lehetővé, és a tisztítás is nehezített. A frissen áttört fogak zománcfejlődése, maturációja még nem fejeződött be teljesen, és a zománc fluoridtartalma is csekély. Ezek a tényezők mind növelik a caries rizikót. A fogak tehát az áttörési és az azt követő időszakban nagyon hajlamosak caries képződésre. Klinikai tanulmányok is igazolták, hogy a korai lezárásnál gyakran újrazárásra van szükség, mivel a tökéletes szárítás általában nem oldható meg.

Klinikai szempontból a barázdazárás optimális időpontja a fogáttörés befejeződésének idejére tehető, tehát ha a fogak már teljesen áttörtek. Ezért a részlegesen áttört fogak zárásának idejét is célszerű eltolni, amennyiben nem rizikópáciensről van szó. Veszélyeztetett gyermekeknél már a fog áttörési időszakában célszerű elvégezni az ideiglenes zárást, melyet a későbbiekben végleges zárás követ. Tény, hogy mind a korai lezárás, mind a késői, a fog teljes áttörését követő időszakra halasztott lezárás növelheti a fogszuvasodás kockázatát.

Ajánlás13

Amennyiben a kompozit barázdazárás klinikai feltételei nem adóttak – ha az izolálás és szárítás nem biztosított, és/vagy egyéb okok is felmerülnek, például a gyermek együttműködésének hiánya – ideiglenes zárás javasolt, vagy más caries prevenciók módszert kell alkalmazni, (például fluorid lakkot), és a zárást későbbi időpontra kell halasztani (A) [3, 4]. *ÚJ*

A fluorid lakk ugyan nem annyira effektív, mint a barázdazárás, de megfelelő ideiglenes megelőző eljárást jelent az adott körülmények között.

3.2. A barázdazárás klinikai kivitelezésére vonatkozó ajánlások

Lásd még a 2. Ábrát (VI/3.)!

3.2.1. A lezárandó fog mechanikai tisztítása

Ajánlás14

A klinikai munkafázis első lépéseként a lezárandó fogat, különösen a barázdarendszert és a gödröcskéket alaposan meg kell tisztítani (A) [3, 4]. *ÚJ*

A barázdazárásra indikált fogfelszínt lassú fordulatszámú forgó kis kefécskével vagy száraz fogkefével javasolt tisztítani. A tisztításhoz paszta, csiszolópor használata nem szükséges [4, 31].

A sikeres kivitelezéshez, az optimális savazási eredményhez tökéletesen tiszta, plakkmentes barázdák és gödröcskék szükségesek. A lezárandó felületek mechanikai tisztítása polírpasztával vagy a nélkül polírkefe, gumiharang és/vagy air polishing/air abrasion technika segítségével történhet. A technikát általában egyénileg választják meg az ellátók, lehetőségeik, tapasztalataik és az adott páciens körülményeinek függvényében. A témában főleg in vitro tanulmányok jelentek meg. Követéses klinikai vizsgálatokban nem találtak különbséget a retencióban egyik tisztítási módszer javára

- táplálkozási szokások, különösen az édes ételek, italok fogyasztásának gyakorisága,
- fluoridellátottság (helyi és általános),
- a szájápolás, plakk-kontroll minősége,
- szociális háttér,
- nyálfaktorok,
- orvosi kórtörténet (általános betegségek, fogyatékoság).

Lásd még a XI. 3. 2. 1. alatt „Az erősen veszélyeztetett egyénekre jellemző caries rizikó-faktorok/-indikátorok” című mellékletet!

A diagnózis és a veszélyeztetettség mértékének birtokában kerülhet sor a barázdazárás elvégzésére vonatkozó fogorvosi javaslatlattételre. Ekkor kell kiválasztani a megfelelő eljárást: preventív vagy terápiás barázdazárás, illetve dentinlaesio esetén minimál invazív tömés javasolt.

Lásd még az 1. Ábrát (VI. 3.)!

Ajánlás10

A preventív barázdazárás indikációja (A) [2, 3, 5, 6, 27, 28]:

- a rizikópáciensek egészséges fogainak barázdái és gödröcskéi,
- a rizikófogak, fogfelszínek egészséges barázdái és gödröcskéi,
- kezdődő zománclaesio (cavitas nélküli incipiens caries) a fogak barázdáiban és gödröcskéiben függetlenül a caries rizikótól,
- részlegesen vagy teljesen elvesztett barázdazárások javítása, újrazárása a caries rizikó változatlan fennállása esetén.

A terápiás (kiterjesztett) barázdazárás javallata

- kezdődő dentinlaesio.

Nemcsak a páciens, hanem maga a lezárandó fog is lehet veszélyeztetett kariológiailag. A barázdarendszerek rendkívül bonyolult és összetett morfológiai képet mutatnak. A mély, szűk, szövevényes barázdarelief, a retentív barázdaalakzatok („I”, „IK”, „Y” formájú) caries kockázatot jelentenek, mert sem az öntisztulást, sem az optimális fogtisztítást nem teszik lehetővé [28].

A javallat indokát, az indikáció okát célszerű a beteg dokumentációjában rögzíteni.

Ajánlás11

Klinikai szempontból a barázdazárás ellenjavallt a következő esetekben (A) [3, 6]:

- kiterjedt dentinlaesio (caries media, caries profunda),
- tejmoláris, amely a fiziológiás fogváltáshoz közel áll,
- approximalis szuvasodás egyidejű fennállása.

Relatív kontraindikációt jelent:

- rizikómentes páciens, rizikómentes fog,
- nem teljesen áttört fog, amennyiben az izolálás nem biztosított és/vagy nem együttműködő a páciens.

3. Kezelés

3.1. A barázdazárás időzítésére vonatkozó ajánlások

Ajánlás7

A klinikai vizsgálat során a fogászati szonda használata mellőzendő, mert megsértheti a fogfelszínt (C) [3, 4, 6, 24, 25, 28, 36–38].

Szonda használatával a vizuális felmérés magas specificitást és alacsony szenzitivitást mutat. Ez azt sugallja, hogy a szonda használata nem növeli a diagnózis megbízhatóságát, az occlusalis dentinlaesio felfedezésének biztonságát a pusztán vizuális vizsgálathoz képest [36–38]. Ezen túlmenően, klinikai és in vitro vizsgálatok megállapították, hogy a hegyes szonda, még ha kis nyomással használják is, esetleg megsértheti a demineralizált zománcot, így irreverzibilis defektust, cavitatiót okozhat, és utat engedhet a baktériumok behatolásának [36]. A szondát legfeljebb plakkkeltávolításra használjuk.

Ajánlás8

Röntgenfelvétel készítésére nincs szükség az egyszerű preventív barázdazárás elvégzéséhez (B) [4, 5, 6, 37, 39, 40]. ÚJ

A korrekt diagnózis felállításához, az egyszerű preventív barázdazárás szükségességének megállapításához nincs szükség kiegészítő caries diagnosztikai eszközökre. Szisztematikus vizsgálatokból azonban kiderül, hogy bizonytalan esetekben – elsősorban dentin caries gyanúja esetén – a téves diagnózis elkerülése érdekében az intraorális szárnyasfilm-felvétel fontos kiegészítője lehet a caries diagnosztikai klinikai vizsgálatnak.

Ajánlás9

Minden páciensnél meg kell határozni a caries rizikóját a kezelést megelőzően, mert a barázdazárás indikációja döntően a páciens veszélyeztetettségének mértékétől függ (B) [2, 3, 6, 7, 12, 23, 25, 26].

A caries kockázatának becslése tulajdonképpen minden új vagy kontroll fogorvosi vizsgálatnak állandó rutinkomponense kell, hogy legyen. A rizikófelmérést időnként célszerű megismételni, mert a veszélyeztetettség mértéke a kockázati és védőfaktorok esetleges változása következtében az élet során módosulhat [6]. Jelenleg nincs elég információ kvantitatív caries rizikó-analízisről. Az egyének általában – a veszélyeztető és védőfaktorok felmérése, mérlegelése, illetve a fogorvos szakmai tapasztalata és véleménye, megítélése alapján – gyenge (alacsony), közepes vagy erős (magas) kockázatú csoportba sorolhatók. Lásd még a XI. 3. 2. 2. alatt az „Ellenőrző lista a gyermekek caries rizikó mértékének meghatározásához” című táblázatot!

A barázdazárás javallata a caries rizikó egyéni értékelésén alapszik. Az eljárást tehát nem kell mindenkinél és minden fognál rutinszerűen alkalmazni. A legveszélyeztetettebb egyének esetében a fogak lezárása jelenti a legnagyobb egészségnyereséget. A barázdazárás egyéni kockázati tényezőkön alapuló megelőzési mód. Ezért a barázdazárás indikációjához elengedhetetlenül szükséges a páciens caries veszélyeztetettségének felmérése. Fontos követelmény a fogszuvasodás szempontjából veszélyeztetett egyének azonosítása, meghatározása. A rizikó mértéke biológiai, védő és rizikó faktorok, valamint klinikai tényezők számbavételén alapul.

Az általános és fogászati anamnézis során érdeklődni kell a páciens általános betegségeiről, szájpolási és táplálkozási szokásairól, korábbi fogászati beavatkozásairól. A caries rizikó értékelésénél a következő tényezőket kell figyelembe venni:

- klinikai evidenciák, caries előzmények,

Ajánlás5

Célzottan a rizikópopulációra irányuló, iskolai bázisú barázdazáró program effektív elsődleges caries megelőző módszerként ajánlható (C) [4, 5]. ÚJ

Ha egy régióban, intézményben a veszélyeztetett egyének aránya 50% körüli vagy nagyobb, akkor célzottan, közvetlenül az adott populációra irányuló megelőzés költséghatékonyabb módszer lehet. A barázdazárás, mint iskolai bázisú, orális primer prevenció eljárás, alkalmazható az állami fogászati alapellátás és/vagy népegészségügyi megelőző programok keretében, elsősorban hátrányos helyzetű régiókban, településeken, speciális oktatási intézményekben (iskolák, óvodák, nevelőotthonok) gondozott, szociálisan hátrányos helyzetű, veszélyeztetett gyerekeknél.

Az iskolai bázisú barázdazáró programok a legfontosabb célpopulációban, veszélyeztetett közegben növelik a barázdazárók használatát és csökkentik a caries előfordulását. Ezekben a programokban a barázdazárást, mint elsődleges preventív módszert hatékonyan alkalmazzák.

Ezek a programok különböznek a rutin iskolafogászati gondozás vagy más klinikai ellátás keretében végzett barázdazárásoktól, mert csak az iskola, a település/régió veszélyeztetettségi szintjét veszik alapul. Egységesen, minden gyermek moláris fogait lezárják anélkül, hogy a gyermekek egyéni rizikóját felmérnék. Az itt gondozott gyermekek általában alacsony jövedelmű családokból, szociálisan hátrányos helyzetű közegből jönnek. Ez elegendő rizikót szolgáltat az indikációhoz. Különbség van még abban is, hogy az utógondozásra, a kontrollvizsgálatokra, az elvesztett barázdazárások pótlására náluk vélhetően nem kerül sor. Szisztematikus vizsgálatok bizonyították, hogy mindezek ellenére a programok eredményesek [5]. Jól kiegészíthetik az egyébként működő fogászati gondozó ellátást, növelik az ellátók tudatosságát, és támogatják a gyermekek és ifjak orális egészségét. Nehéz megítélni, hogy hazai környezetben adaptálható-e ez a módszer.

2. Diagnosztika – klinikai vizsgálat, a caries rizikó becslése, az indikáció meghatározása

Ajánlás6

A barázdazárás indikációjához alapos caries diagnosztikai klinikai vizsgálat szükséges, amelyet jó megvilágításnál, vizuálisan, a tiszta, plakkmentes, száraz fogfelszíneken kell elvégezni (B) [3, 4, 6, 24].

A vizuális fogászati vizsgálat a kiinduló pontja a fogászati felmérésnek és kezelési tervnek. A rágófelszínek komplex, bonyolult morfológiája nagy kihívást jelenthet a vizsgáló számára. A vizsgálat során különös figyelemmel kell lenni a barázdák és gödröcskék területére, a caries kiterjedésének (felszíni és mélységi), aktivitásának gondos észlelésére. Értékelni kell a barázdák lefutását, alakját, mélységét. Klinikailag legfontosabb az iniciális zománc caries elkülönítése a dentinbe terjedő szuvasodástól. Az inspekció legfeljebb parodontális szondával végzett palpációval egészülhet ki [36]. A megtekintés és tapintás során az ép, nem elszíneződött barázdák esetén a vizuális diagnózis általában kellően megbízható [6]. Az elszíneződött barázdák esetén fennáll a kockázat, hogy a vizuális észlelet hamis pozitív eredményt ad. Egy szisztematikus irodalmi áttekintés különböző caries vizsgáló eljárások pontosságát tanulmányozva megállapította, hogy a rágófelszínen a vizuális módszer sokkal megbízhatóbb, mint bármely egyéb vizsgáló módszer [4]. A pusztán vizuális észlelés ép fogfelszínen pontosabb (specifitás), mint szuvas felszínen (szenzitivitás) [4].

Ajánlás2

Barázdazárást kell alkalmazni és fenntartani a caries szempontjából veszélyeztetett gyermekek és ifjak maradó fogaiban, elsősorban a nagyőrlő fogak rágófelszínén (A) [3–4, 6–8, 13, 15, 16, 23].

Az erősen veszélyeztetett gyermekeknél valamennyi moláris fog (beleértve az áttörőben lévő és a praemolaris fogakat is) összes barázdáját és gödröcskéjét ajánlott lezárni [5, 13, 17].

Magas minőségű vizsgálatok bizonyítják, hogy a leghatásosabb és leghatékonyabb eredmény korai lezárással, a caries szempontjából erősen veszélyeztetett gyermekeknél tapasztalható. Egy szisztematikus Cochrane-áttekintésben arra a következtetésre jutottak, hogy a hatékonyság egyértelmű volt magas rizikójú csoportokban, míg hasonló szintű hatékonyságot nem tudtak kimutatni a páciensveszélyeztetettség egyéb szintjén [16]. A barázdazárás jótékony hatása az első maradó moláris fogak rágófelszínén érvényesül a legjobban. A 6 éves kor körül előtörő első maradó nagyőrlők a legesendőbbek a szuvasodással szemben. A fogzománc fejlődése még nem fejeződött be, az áttörési periódus hosszú ideig tart, és ez kedvezőtlen körülményeket jelent a fogápolás szempontjából. Ebben az életkorban még a fogmosás hatékonysága is gyengébb, különösen, ha nincs szülői segítség és/vagy az áttörőben lévő fogak speciális tisztítási módszerét sem alkalmazzák. Egyébként a barázdák esendősége a posteruptív maturációnak és a javuló fogtisztításnak köszönhetően fokozatosan csökken. A Cochrane Oral Health Group 34, különböző vizsgálatot értékelt, amelyekbe 6529 gyermeket és fiataalt vontak be, akiknek nagyőrlő fogaiba különféle barázdazárókat helyeztek. Egyértelmű evidenciát találtak arra vonatkozóan, hogy a rágófelszíni barázdazárások csökkentik a cariest a barázdazárás nélküli kontrollcsoportokhoz viszonyítva. Ha például a rágófogak 40%-ánál fejlődött ki caries két év alatt, akkor ezt barázdazárással 6%-ra lehet csökkenteni. Egy másik gyermekcsoportnál 70% caries fejlődött 2 év alatt, ami barázdazárók használatával 19%-ra redukálódott.

Ajánlás3

A barázdazárás felnőtt páciensek részére is ajánlható, amennyiben akár az egyén, akár annak bármely foga caries szempontjából veszélyeztetett (B) [4, 6, 16, 20, 29]. ÚJ

Felnőtteknél kisebb jelentősége van a barázdazárás alkalmazásának, hiszen ekkor már a barázdák legtöbb esetben tömöttek vagy szuvasak, illetve eredendően rezisztensek. Elsősorban fiatal felnőtteknél érdemes elvégezni, mert még jó ellátási lehetőséget biztosít a fissura caries superficialis esetében. Időskorban például a szájszárazságban szenvedő páciensek fogékonyabbak szuvasodásra, tehát náluk is javasolható a barázdazárás.

Ajánlás4

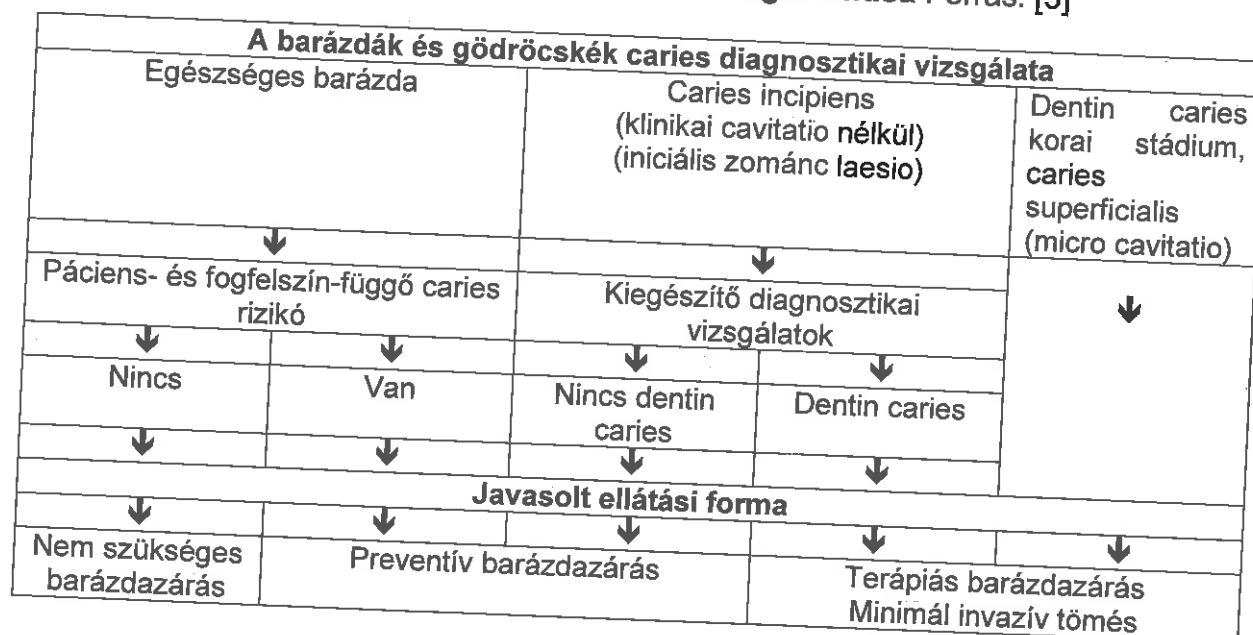
A tej rágófogak barázdazárását sok esetben érdemes, sőt caries rizikó esetén ajánlott is elvégezni (C) [2, 4, 6, 12, 14, 20]. ÚJ

Gyakorló szakemberek véleménye szerint a tej rágófogak preventív barázdazárását ajánlott elvégezni annak ellenére, hogy a tejfogak esetében a caries preventív evidencia nem bizonyított megfelelő szinten. A fájdalomtalan, viszonylag rövid ideig tartó egyszerű eljárás eredményesen alkalmazható „bevezető” kezelésként a gyermek együttműködésének megnyerésére.

5]. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy a rizikó periódusból kikerült fogak már kisebb mértékben veszélyeztetettek, mint a fog áttörési időszakában.

3. Az ellátási folyamat algoritmusa

1. Ábra. A diagnosztikai és döntési folyamat algoritmusa Forrás: [3]



2. Ábra. A barázdazárás klinikai munkafázisai – Ellátási algoritmus [3]

Munkafázis	Preventív barázdazárás	Kiterjesztett) barázdazárás Minimál invazív tömés
Fogtisztítás	Igen	
Fissuraplasztika (fissura megnyitása, kiszélesítése)	Nem	Igen A barázda megnyitása, az üregképződésnél kis üreg preparálása
Caries excavatio	Nem	Igen, ha indikált Csak a szuvas, struktúráját veszített rész eltávolítása
Izolálás, szárítás	Tökéletes, teljes szárítás (kofferdám) vagy részleges, relatív szárítás (vattarolni + nyálszívó)	
Kondicionálás	Igen Maradó fognál 30-60 s, tejfognál ennél hosszabb ideig	Igen A cavitasban: 30 s a zománcban, 15 s a dentinben
Bondozás (zománcban és dentinben)	Nem szükséges, de zománc bondozás lehetséges	Igen
Barázdazáró anyag felvitele	Barázdazáró anyag sealer	Folyékony kompozit az üregbe + sealer a csatlakozó barázdákba
Fénypolimerizálás	A használt anyagtól és a polimerizációs lámpától függően (általában 20-40 s)	
Okklúzió kontrollja	Igen	
Polírozás	Igen	
Helyi fluoridálás	Igen	
Kontrollvizsgálatok	Igen	

VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A barázdazárás célja a barázda- és gödröcske caries megelőzése, illetve a kezdődő szuvasodási folyamat megállítása, blokkolása. A cél a fogszuvasodásra fogékony, plakkretencióra alkalmas szűk, mély gödröcskék és barázdák átfarmálása caries rezisztens, öntisztuló felületekké, széles, sekély barázdákká és gödröcskékké. Lezárható fogfelszínek: a kis- és nagyírlő fogak barázdái, gödröcskéi, a frontfogak foramen coecumai.

A barázdazáró anyag plasztikus védőbevonatot képez a fogak veszélyeztetett felszínein, a kedvezőtlen anatómiájú, plakkretentív gödröcskék és barázdák területén. A barázdazáró anyag megkötése (megkeményedése) után olyan védőréteget alkot a fogakon, amely megakadályozza az ételmaradék és a baktériumok behatolását a szűk, szabálytalan lefutású barázdák és gödröcskék mélyére. A lezárás alatt rekedt mikroorganizmusok „csapdába esnek”, a továbbiakban életképtelenek, mivel el vannak zárva a táplálékforrásaiktól. A sima, barázdazárt fogfelszín könnyebben és hatékonyabban tisztítható.

Az alábbi területeken módosultak az ajánlások az irányelv korábbi verziójához képest:

A korábbi ajánlások szakmai tartalmát tekintve nem történt sok lényeges változás. Néhány esetben azonban módosultak az ajánlások, megváltoztak a hangsúlyok, vagy az ajánlás szintje módosult az újabb kutatások eredményei és a hazai ellátási környezet szerint. Az ajánlások sorrendileg átrendeződtek, kiegészültek. A régi ajánlások egy részét pontosítottuk, újrafogalmaztuk. Az új irányelv részletesebben tárgyalja és tagolja a kezelés menetét. Emellett beiktattunk nyolc új ajánlást is (Ajánlás3, Ajánlás4, Ajánlás5, Ajánlás8, Ajánlás13, Ajánlás14, Ajánlás18, Ajánlás21).

1. Prevenció

Ajánlás1

A barázdazárás hatékony, fogfelszín-specifikus prevenciós eljárás a fogszuvasodás megelőzésére, és/vagy terápiás eljárás a kezdődő szuvasodási folyamat megállítására a fogak barázdáinak és gödröcskéinek területén (A) [3, 6, 15–17, 20–22].

A barázdazárás caries preventív hatása a maradó rágófogak barázdáiban és gödröcskéiben a legmagasabb evidenciaszinten bizonyított. Tíz tanulmány meta-analízise alapján azt találták, hogy a gyermekek maradó rágófogain önkötő barázdazárók alkalmazása esetén egy év múlva 78%, négyéves követésnél 59% volt a caries csökkenése [17]. Hasonló meta-analízis öt tanulmány alapján műgyanta barázdazáróknál 87% - 60% közötti redukciót írt le 12 hónapos követésnél [16]. Az eljárás jelentőségét növeli, hogy a fluoridok főleg a sima fogfelszíneken hatásosak.

Ajánlás2

Barázdazárást kell alkalmazni és fenntartani a caries szempontjából veszélyeztetett gyermekek és ifjak maradó fogaiban, elsősorban a nagyörlő fogak rágófelszínén (A) [3–4, 6–8, 13, 15, 16, 23].

Az erősen veszélyeztetett gyermekeknél valamennyi moláris fog (beleértve az áttörőben lévő és a praemolaris fogakat is) összes barázdáját és gödröcskét ajánlott lezárni [5, 13, 17].

Magas minőségű vizsgálatok bizonyítják, hogy a leghatásosabb és leghatékonyabb eredmény korai lezárással, a caries szempontjából erősen veszélyeztetett gyermekeknél tapasztalható. Egy szisztematikus Cochrane-áttekintésben arra a következtetésre jutottak, hogy a hatékonyság egyértelmű volt magas rizikójú csoportokban, míg hasonló szintű hatékonyságot nem tudtak kimutatni a páciensveszélyeztetettség egyéb szintjén [16]. A barázdazárás jótékony hatása az első maradó moláris fogak rágófelszínén érvényesül a legjobban. A 6 éves kor körül eltörő első maradó nagyörlők a legesendőbbek a szuvasodással szemben. A fogzománc fejlődése még nem fejeződött be, az áttörési periódus hosszú ideig tart, és ez kedvezőtlen körülményeket jelent a fogápolás szempontjából. Ebben az életkorban még a fogmosás hatékonysága is gyengébb, különösen, ha nincs szülői segítség és/vagy az áttörőben lévő fogak speciális tisztítási módszerét sem alkalmazzák. Egyébként a barázdák esendősége a posteruptív maturációnak és a javuló fogtisztításnak köszönhetően fokozatosan csökken. A Cochrane Oral Health Group 34, különböző vizsgálatot értékelt, amelyekbe 6529 gyermeket és fiatalot vontak be, akiknek nagyörlő fogaiba különféle barázdazárókat helyeztek. Egyértelmű evidenciát találtak arra vonatkozóan, hogy a rágófelszíni barázdazárások csökkentik a cariest a barázdazárás nélküli kontrollcsoportokhoz viszonyítva. Ha például a rágófogak 40%-ánál fejlődött ki caries két év alatt, akkor ezt barázdazárással 6%-ra lehet csökkenteni.

Egy másik gyermekcsoportnál 70% caries fejlődött 2 év alatt, ami barázdazárók használatával 19%-ra redukálódott.

Ajánlás3

A barázdazárás felnőtt páciensek részére is ajánlható, amennyiben akár az egyén, akár annak bármely foga caries szempontjából veszélyeztetett (B) [4, 6, 16, 20, 29]. ÚJ

Felnőtteknél kisebb jelentősége van a barázdazárás alkalmazásának, hiszen ekkor már a barázdák legtöbb esetben tömöttek vagy szuvasak, illetve eredendően rezisztensek. Elsősorban fiatal felnőtteknél érdemes elvégezni, mert még jó ellátási lehetőséget biztosít a fissura caries superficialis esetében. Időskorban például a szájszárazságban szenvedő páciensek fogékonyabbak szuvasodásra, tehát náluk is javasolható a barázdazárás.

Ajánlás4

A tej rágófogak barázdazárását sok esetben érdemes, sőt caries rizikó esetén ajánlott is elvégezni (C) [2, 4, 6, 12, 14, 20]. ÚJ

Gyakorló szakemberek véleménye szerint a tej rágófogak preventív barázdazárását ajánlott elvégezni annak ellenére, hogy a tejfogak esetében a caries preventív evidencia nem bizonyított megfelelő szinten. A fájdalomtalan, viszonylag rövid ideig tartó egyszerű eljárás eredményesen alkalmazható „bevezető” kezelésként a gyermek együttműködésének megnyerésére.

Ajánlás5

Célzottan a rizikópopulációra irányuló, iskolai bázisú barázdazáró program effektív elsődleges caries megelőző módszerként ajánlható (C) [4, 5]. ÚJ

Ha egy régióban, intézményben a veszélyeztetett egyének aránya 50% körüli vagy nagyobb, akkor célzottan, közvetlenül az adott populációra irányuló megelőzés költséghatékonyabb módszer lehet. A barázdazárás, mint iskolai bázisú, orális primer prevenció eljárás, alkalmazható az állami fogászati alapellátás és/vagy népegészségügyi megelőző programok keretében, elsősorban hátrányos helyzetű régiókban, településeken, speciális oktatási intézményekben (iskolák, óvodák, nevelőotthonok) gondozott, szociálisan hátrányos helyzetű, veszélyeztetett gyerekeknél.

Az iskolai bázisú barázdazáró programok a legfontosabb célpopulációban, veszélyeztetett közegben növelik a barázdazárók használatát és csökkentik a caries előfordulását. Ezekben a programokban a barázdazárást, mint elsődleges preventív módszert hatékonyan alkalmazzák.

Ezek a programok különböznek a rutin iskolafogászati gondozás vagy más klinikai ellátás keretében végzett barázdazárásoktól, mert csak az iskola, a település/régió veszélyeztetettségi szintjét veszik alapul. Egységesen, minden gyermek moláris fogait lezárják anélkül, hogy a gyermekek egyéni rizikóját felmérnék. Az itt gondozott gyermekek általában alacsony jövedelmű családokból, szociálisan hátrányos helyzetű közegből jönnek. Ez elegendő rizikót szolgáltat az indikációhoz. Különbség van még abban is, hogy az utógondozásra, a kontrollvizsgálatokra, az elvesztett barázdazárások pótlására náluk vélhetően nem kerül sor. Szisztematikus vizsgálatok bizonyították, hogy mindezek ellenére a programok eredményesek [5]. Jól kiegészíthetők az egyébként működő fogászati gondozó ellátást, növelik az ellátók tudatosságát, és támogatják a gyermekek és ifjak orális egészségét. Nehéz megítélni, hogy hazai környezetben adaptálható-e ez a módszer.

2. Diagnosztika – klinikai vizsgálat, a caries rizikó becslése, az indikáció meghatározása

Ajánlás6

A barázdazárás indikációjához alapos caries diagnosztikai klinikai vizsgálat szükséges, amelyet jó megvilágításnál, vizuálisan, a tiszta, plakkmentes, száraz fogfelszíneken kell elvégezni (B) [3, 4, 6, 24].

A vizuális fogászati vizsgálat a kiinduló pontja a fogászati felmérésnek és kezelési tervnek. A rágófelszínek komplex, bonyolult morfológiája nagy kihívást jelenthet a vizsgáló számára. A vizsgálat során különös figyelemmel kell lenni a barázdák és gödröcskék területére, a caries kiterjedésének (felszíni és mélységi), aktivitásának gondos észlelésére. Értékelni kell a barázdák lefutását, alakját, mélységét. Klinikailag legfontosabb az iniciális zománc caries elkülönítése a dentinbe terjedő szuvasodástól. Az inspekció legfeljebb parodontalis szondával végzett palpációval egészülhet ki [36]. A megtekintés és tapintás során az ép, nem elszíneződött barázdák esetén a vizuális diagnózis általában kellően megbízható [6]. Az elszíneződött barázdák esetén fennáll a kockázat, hogy a vizuális észlelet hamis pozitív eredményt ad. Egy szisztematikus irodalmi áttekintés különböző caries vizsgáló eljárások pontosságát tanulmányozva megállapította, hogy a rágófelszínen a vizuális módszer sokkal megbízhatóbb, mint bármely egyéb vizsgáló módszer [4]. A pusztán vizuális észlelés ép fogfelszínen pontosabb (specifitás), mint szuvas felszínen (szenzitivitás) [4].

Ajánlás7

A klinikai vizsgálat során a fogászati szonda használata mellőzendő, mert megsértheti a fogfelszínt (C) [3, 4, 6, 24, 25, 28, 36–38].

Szonda használatával a vizuális felmérés magas specificitást és alacsony szenzitivitást mutat. Ez azt sugallja, hogy a szonda használata nem növeli a diagnózis megbízhatóságát, az occlusalis dentinlaesio felfedezésének biztonságát a pusztán vizuális vizsgálathoz képest [36–38]. Ezen túlmenően, klinikai és in vitro vizsgálatok megállapították, hogy a hegyes szonda, még ha kis nyomással használják is, esetleg megsértheti a demineralizált zománcot, így irreverzibilis defektust, cavitatiót okozhat, és utat engedhet a baktériumok behatolásának [36]. A szondát legfeljebb plakkeltávolításra használjuk.

Ajánlás8

Röntgenfelvétel készítésére nincs szükség az egyszerű preventív barázdazárás elvégzéséhez (B) [4, 5, 6, 37, 39, 40]. ÚJ

A korrekt diagnózis felállításához, az egyszerű preventív barázdazárás szükségességének megállapításához nincs szükség kiegészítő caries diagnosztikai eszközökre. Szisztematikus vizsgálatokból azonban kiderül, hogy bizonytalan esetekben – elsősorban dentin caries gyanúja esetén – a téves diagnózis elkerülése érdekében az intraorális szárnyasfilm-felvétel fontos kiegészítője lehet a caries diagnosztikai klinikai vizsgálatnak.

Ajánlás9

Minden páciensnél meg kell határozni a caries rizikóját a kezelést megelőzően, mert a barázdazárás indikációja döntően a páciens veszélyeztetettségének mértékétől függ (B) [2, 3, 6, 7, 12, 23, 25, 26].

A caries kockázatának becslése tulajdonképpen minden új vagy kontroll fogorvosi vizsgálatnak állandó rutinkomponense kell, hogy legyen. A rizikófelmérést időnként célszerű megismételni, mert a veszélyeztetettség mértéke a kockázati és védőfaktorok esetleges változása következtében az élet során módosulhat [6]. Jelenleg nincs elég információ kvantitatív caries rizikó-analízisről. Az egyének általában – a veszélyeztető és védőfaktorok felmérése, mérlegelése, illetve a fogorvos szakmai tapasztalata és véleménye, megítélése alapján – gyenge (alacsony), közepes vagy erős (magas) kockázatú csoportba sorolhatók. Lásd még a XI. 3. 2. 2. alatt az „Ellenőrző lista a gyermekek caries rizikó mértékének meghatározásához” című táblázatot!

A barázdazárás javallata a caries rizikó egyéni értékelésén alapszik. Az eljárást tehát nem kell mindenkinél és minden fognál rutinszerűen alkalmazni. A legveszélyeztetettebb egyének esetében a fogak lezárása jelenti a legnagyobb egészségnyereséget. A barázdazárás egyéni kockázati tényezőkön alapuló megelőzési mód. Ezért a barázdazárás indikációjához elengedhetetlenül szükséges a páciens caries veszélyeztetettségének felmérése. Fontos követelmény a fogszuvasodás szempontjából veszélyeztetett egyének azonosítása, meghatározása. A rizikó mértéke biológiai, védő és rizikó faktorok, valamint klinikai tényezők számbavételén alapul.

Az általános és fogászati anamnézis során érdeklődni kell a páciens általános betegségeiről, szájjápolási és táplálkozási szokásairól, korábbi fogászati beavatkozásairól. A caries rizikó értékelésénél a következő tényezőket kell figyelembe venni:

- klinikai evidenciák, caries előzmények,
- táplálkozási szokások, különösen az édes ételek, italok fogyasztásának gyakorisága,
- fluoridellátottság (helyi és általános),
- a szájjápolás, plakk-kontroll minősége,
- szociális háttér,
- nyálfaktorok,
- orvosi kórtörténet (általános betegségek, fogyatékosság).

Lásd még a XI. 3. 2. 1. alatt „Az erősen veszélyeztetett egyénekre jellemző caries rizikó-faktorok/-indikátorok” című mellékletet!

A diagnózis és a veszélyeztetettség mértékének birtokában kerülhet sor a barázdazárás elvégzésére vonatkozó fogorvosi javaslatlételre. Ekkor kell kiválasztani a megfelelő eljárást: preventív vagy terápiás barázdazárás, illetve dentinlaesio esetén minimál invazív tömés javasolt.

Lásd még az 1. Ábrát (VI. 3.)!

Ajánlás10

A preventív barázdazárás indikációja (A) [2, 3, 5, 6, 27, 28]:

- a rizikópáciensek egészséges fogainak barázdái és gödröcskéi,
- a rizikófogak, fogfelszínek egészséges barázdái és gödröcskéi,
- kezdődő zománclaesio (cavitas nélküli incipiens caries) a fogak barázdáiban és gödröcskéiben függetlenül a caries rizikótól,
- részlegesen vagy teljesen elvesztett barázdazárások javítása, újrazárása a caries rizikó változatlan fennállása esetén.

A terápiás (kiterjesztett) barázdazárás javallata

- kezdődő dentinlaesio.

Nemcsak a páciens, hanem maga a lezárandó fog is lehet veszélyeztetett kariológiailag. A barázdarendszerek rendkívül bonyolult és összetett morfológiai képet mutatnak. A mély, szűk, szövevényes barázdarelief, a retentív barázdaalakzatok („I”, „IK”, „Y” formájú) caries kockázatot jelentenek, mert sem az öntisztulást, sem az optimális fogtisztítást nem teszik lehetővé [28].

A javallat indokát, az indikáció okát célszerű a beteg dokumentációjában rögzíteni.

Ajánlás11

Klinikai szempontból a barázdazárás ellenjavallt a következő esetekben (A) [3, 6]:

- kiterjedt dentinlaesio (caries media, caries profunda),
- tejmoláris, amely a fiziológiás fogváltáshoz közel áll,
- approximalis szuvasodás egyidejű fennállása.

Relatív kontraindikációt jelent:

- rizikómentes páciens, rizikómentes fog,
- nem teljesen áttört fog, amennyiben az izolálás nem biztosított és/vagy nem együttműködő a páciens.

3. Kezelés

3.1. A barázdazárás időzítésére vonatkozó ajánlások

Ajánlás12

Általában korai lezárás ajánlott. A jobb retenció érdekében a barázdazárást akkor ajánlatos elvégezni, amikor a fog már annyira áttört, hogy megfelelő módon lehet izolálni, azaz lehetőleg a fogáttörést követő 6 hónapon belül. (B) [2, 3, 4, 6, 7, 17, 22, 29–31].

A minél korábbi lezárás különösen a veszélyeztetett gyermekekre vonatkozik, azonban szigorú időbeli és életkorbeli korlátok nincsenek. Az átlagos kockázatú gyerekek többségénél elegendő a már teljesen áttört, maradó moláris fogakat lezárni.

A korai lezárás mellett szól, hogy a rágófogak áttörési periódusa viszonylag hosszú, ez fokozott plakkakkumulációt tesz lehetővé, és a tisztítás is nehezített. A frissen áttört fogak zománcfejlődése, maturációja még nem fejeződött be teljesen, és a zománc fluoridtartalma is csekély. Ezek a tényezők mind növelik a caries rizikót. A fogak tehát az áttörési és az azt követő időszakban nagyon hajlamosak caries képződésre. Klinikai tanulmányok is igazolták, hogy a korai lezárásnál gyakran újrazárásra van szükség, mivel a tökéletes szárítás általában nem oldható meg.

Klinikai szempontból a barázdazárás optimális időpontja a fogáttörés befejeződésének idejére tehető, tehát ha a fogak már teljesen áttörtek. Ezért a részlegesen áttört fogak zárásának idejét is célszerű eltolni, amennyiben nem rizikópáciensről van szó. Veszélyeztetett gyermekeknél már a fog áttörési időszakában célszerű elvégezni az ideiglenes zárást, melyet a későbbiekben végleges zárás követ. Tény, hogy mind a korai lezárás, mind a késői, a fog teljes áttörését követő időszakra halasztott lezárás növelheti a fogszuvasodás kockázatát.

Ajánlás13

Amennyiben a kompozit barázdazárás klinikai feltételei nem adóttak – ha az izolálás és szárítás nem biztosított, és/vagy egyéb okok is felmerülnek, például a gyermek együttműködésének hiánya – ideiglenes zárás javasolt, vagy más

caries prevenciós módszert kell alkalmazni, (például fluorid lakkot), és a zárást későbbi időpontra kell halasztani (A) [3, 4]. **ÚJ**

A fluorid lakk ugyan nem annyira effektív, mint a barázdazárás, de megfelelő ideiglenes megelőző eljárást jelent az adott körülmények között.

3.2. A barázdazárás klinikai kivitelezésére vonatkozó ajánlások

Lásd még a 2. Ábrát (VI/3.)!

3.2.1. A lezárandó fog mechanikai tisztítása

Ajánlás14

A klinikai munkafázis első lépéseként a lezárandó fogat, különösen a barázdarendszert és a gödröcskéket alaposan meg kell tisztítani (A) [3, 4]. ÚJ

A barázdazárásra indikált fogfelszínt lassú fordulatszámú forgó kis kefécskével vagy száraz fogkefével javasolt tisztítani. A tisztításhoz paszta, csiszolópor használata nem szükséges [4, 31].

A sikeres kivitelezéshez, az optimális savazási eredményhez tökéletesen tiszta, plakkmentes barázdák és gödröcskék szükségesek. A lezárandó felületek mechanikai tisztítása polírpasztával vagy a nélkül polírkefe, gumiharang és/vagy air polishing/air abrasion technika segítségével történhet. A technikát általában egyénileg választják meg az ellátók, lehetőségeik, tapasztalataik és az adott páciens körülményeinek függvényében. A témában főleg in vitro tanulmányok jelentek meg. Követéses klinikai vizsgálatokban nem találtak különbséget a retencióban egyik tisztítási módszer javára sem [32]. Egyes szakemberek fluoridmentes paszta használatát javasolják [28].

3.2.2. Fissuraplasztika / zománcplasztika

Ajánlás15

Barázdazárásra indikált fogfelszíneken a zománc mechanikai preparálása nem ajánlott. A preventív barázdazárást noninvazív technikával kell készíteni (B) [2–4, 6, 11, 28, 33].

A preventív barázdazárás általában noninvazív technikával készül. A zománc mechanikai preparálása savas kondicionálás előtt nem ajánlott, mert nem biztosít nagyobb retenciót. Csak kivételes esetben alkalmazható invazív formája is: minimális preparálással lehetséges a szűk barázdabemenet kiszélesítése, a barázdaalap megnyitása. Különböző tanulmányok nem észleltek különbséget a két módszer között a retenció tekintetében, de in vitro vizsgálatokban beszámoltak arról is, hogy a zománcplasztika növelheti a barázdazáró anyag retencióját. Terápiás eljárásnál szükség lehet szuvas laesio exkaválására [3].

3.2.3. Gondos izolálás és szárítás

Ajánlás16

Az izolálás lehet részleges vagy teljes, ennek megfelelően vattarolni és nyálszívó vagy kofferdám segítségével történjen (B) [2, 3, 4, 33].

A barázdazárás klinikai kivitelezésénél nedvességmentes közeget kell biztosítani. Ezért a munkaterületet izolálni kell.

Mind a részleges, mind a teljes izolálási mód alkalmazható a körülmények függvényében. Részleges izoláláshoz négykezes technika alkalmazása társuljon. Gyermeknekél egyszerűbb megoldás a részleges izolálást választani. A két módszer

között nem találtak szignifikáns különbséget. A tökéletes izolálás előnyt jelenthet a részleges izolálással szemben, tendenciájában jobb retenciós értékeket figyeltek meg kofferdám esetében [3]. Azonban egy szisztémás áttekintés és több féloldali lezárási technikát alkalmazó tanulmány nem talált szignifikáns különbséget a teljes és részleges izolálási mód között a barázdazárások megtartásában [4, 33]. Az izolálás és szárítás megfelelése, minősége befolyásolja az anyagválasztást.

3.2.4. A fogzománc kondicionálása és mosása, szárítása

Ajánlás17

A zománc kondicionálását színes savazó géllel kell végezni. A kondicionáló anyag 35-37%-os foszforsav. A maradó fogak esetében általában 30-60 s, tejfogaknál ennél hosszabb ideig tartó kondicionálás, majd vizuális kontroll javasolt. Önsavazó technika nem javasolt. (A) [3, 4, 6, 28, 34, 35].

A savazási idők tekintetében célszerű követni a gyári előírásokat. Randomizált, kontrollált vizsgálatokban azt találták, hogy a különböző savazási idők nem befolyásolták lényegesen a barázdazáró anyag retencióját [34].

Ezt követően alapos lemosás és szárítás, majd a savazás kontrollvizsgálata javasolt. A sav alapos lemosása vízszugár segítségével 10-20 s-ig tartson, amit szárítás (de nem kiszárítás üvegeionomer anyag esetén) és vizuális kontroll (kellően matt-e a kezelt felület) kövessen. A kezelt felületnek jól láthatóan krétafehérnek, opákosnak kell lennie [3].

Az öblítést nem igénylő, önsavazó (self-etching) bond használata nem javasolt, mert kisebb retenciót biztosít, mint a hagyományos savas kondicionálás [6].

3.2.5. Bondanyag használata

Ajánlás18

Bondanyag használata általában nem javasolt (B) [2, 4, 6, 20, 34]. ÚJ

Nincs elegendő evidencia, ami indokolná a bondanyag használatát savazást követően. Egyes szerzők javasolják bondanyag felvitelét a barázdazáró anyag alá a hosszú távú retenció növelése érdekében [2, 23]. Az ellátást végző szakember megítélheti úgy, hogy az adott klinikai szituációban a bondanyag növelheti a barázdazárás retencióját.

3.2.6. A barázdazáró anyag kiválasztása

A használt anyagok: kompozit, kompomer (kompozit + üvegeionomer) és üvegeionomer. A kompozit típusú barázdazáró anyagok biztosítják a legjobb és legtartósabb retenciót. A fényre kötő, egykomponensű anyagok használata időtakarékos, és könnyebben kivitelezhető applikációt tesznek lehetővé. A kompomer bázisú anyagok abrazivitása megfelelő, és előnyükre fluoridrezervoár tulajdonságúak. Az üvegeionomer cementek elsősorban ideiglenes lezárássra javasoltak, mert gyorsan kopnak, kevésbé tapadnak, de előnyös tulajdonságuk, hogy fluoridleadó képességűek. Az üvegeionomer cementek retenciója és abrazivitása sokkal gyengébb, ezért használatuk csak átmeneti megoldásként javasolt, ha a nedvességkontroll hiánya miatt egyéb anyag nem jöhet szóba (például áttörőben lévő fogaknál vagy nem együttműködő gyermek esetében). Ugyanakkor más RCT-k és metaanalízisek nem találtak meggyőző evidenciát egyik anyag javára sem [15, 43, 44].

Ajánlás19

Barázdazáráshoz kompozit típusú barázdazáró anyagok használata javasolt, mert ezek biztosítják a legjobb és legtartósabb retenciót a zománc savas kondicionálását követően (A) [2, 3, 4, 6, 9, 19, 41, 42].

Ajánlás20

Az üvegeionomer cementek elsősorban ideiglenes lezárásra javasoltak (B) [2, 3, 4, 6, 23, 31].

3.2.7. A barázdazáró anyag applikálása és polimerizálása**Ajánlás21**

A lezárni kívánt barázda és gödröcske tökéletes befedésére minimális mennyiségű, de elegendő anyag használata javasolt a retenció növelése érdekében. Az anyag kötése előtt javasolt a légbuborékok eltávolítása (B) [3, 4, 8, 14, 28]. *ÚJ*

Az anyagot vékonyan, gracilis formában, levegőbuborék-mentesen folytatva, a barázda lefutási vonalát szigorúan követve kell elhelyezni a korrekt zárás és okklúzió érdekében. Az anyag kötése az adott anyag gyári előírásainak megfelelően végzendő. Fényre kötő anyag esetén tanácsos 10-15 s-ig várni a megvilágítás előtt, hogy a felvitt anyag jobban behatoljon a mélyebb területekre. A polimerizáló lámpát a megvilágítandó fogfelszínhez a lehető legközelebb kell helyezni. Több felszín megvilágítása külön-külön történjen [3, 4].

3.2.8. A zárás ellenőrzése és okklúzió-kontroll**Ajánlás22**

A zárást, a barázdazáró anyag retencióját vizuálisan és szondával való tapintással kell ellenőrizni. Az okklúzió-kontrollt is el kell végezni. Szükség esetén forgó, kompozit finírozó és -polírozó eszközökkel korrekció javasolt. Az okklúzió ellenőrzésénél tapasztalt korai érintkezéseket el kell távolítani (B) [3, 4, 45].

Fontos elvégezni a finírozást, polírozást a nem megfelelően polimerizálódott felső réteg eltávolítása céljából is.

3.2.9. Lokális fluoridálás**Ajánlás23**

Helyi fluoridálás javasolt a kondicionált, de barázdazáró anyaggal nem lezárt fogfelszín részekén. A helyileg történő impregnálás fluoridkészítménnyel történjen (B) [3, 30, 45].

A lokálisan alkalmazott fluoridálás elősegíti a savazás következtében demineralizálódott, barázdazáró anyaggal le nem fedett fogfelszín részek zománcának remineralizációját.

4. Gondozás – kontrollvizsgálatok

Ajánlás24

A lezárt fogakat és a barázdazárás állapotát folyamatosan monitorozni kell. Az első ellenőrzés a zárást követő fél éven belül javasolt, majd a szakember által meghatározott időközönként rendszeresen (B) [3,4,5,6, 7, 8, 12, 29].

Tanácsos a barázdazárt fogak állapotát 6 havonta fogorvossal ellenőriztetni. A rendszeres, rendkívül gondosan végzett fogorvosi vizsgálat elősegíti a lezárt fogak tartós, szuvasodás elleni védelmét. Az ellenőrző vizsgálatok gyakoriságának meghatározása elsősorban a páciens caries veszélyeztetettségének mértékétől függ. A javasolt gyakoriság általában fél év. Minél veszélyeztetettebb az egyén, annál rövidebb visszahívási intervallum ajánlott.

Sikeres kivitelezés esetén a barázdazárás évekig sértetlenül a helyén marad. Gondos kivitelezés ellenére is előfordulhat a barázdazáró anyag elszíneződése, kopása, kitöredezése, részleges vagy teljes elvesztése, így a már lezárt felületek szabaddá válása. Ebben az esetben – ha még nem alakult ki szuvasodás – újrazárás javasolt.

Ajánlás25

Részleges vagy teljes retencióvesztés esetén – esetleges dentinlaesio kizárása után, és ha a veszélyeztetettség változatlanul fennáll – kiegészítés vagy újrazárás javasolt, amelyet a primer barázdazáráshoz hasonló módon kell elvégezni (A) [3, 4, 5, 6].

A sérült, részlegesen elvesztett barázdazárások fokozott caries kockázatot jelenthetnek. Az optimális védőhatás elérése érdekében javasolt a mielőbbi korrekt újrazárás [6]. Ugyanakkor hét RCT meta-analízisében – amelyben féloldali barázdazárt fogakat hasonlítottak össze a másik oldali le nem zárt fogakkal – beszámoltak arról, hogy azok a fogak, amelyek részben vagy teljesen elvesztették barázdazárásukat, nem jelentettek nagyobb rizikót, mint a soha le nem zárt fogak [4, 5]. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy a rizikó periódusból kikerült fogak már kisebb mértékben veszélyeztetettek, mint a fog áttörési időszakában.

VIII. AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban**1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása**

- Működési engedéllyel rendelkező fogorvos, fogszakorvos hatásköre: a caries rizikó felmérése, a barázdazárás indikációjának felállítása, elvégzése, kontrollja.
- A jelenlegi fogászati ellátó-hálózat kapacitása megfelelő az eljárás alkalmazására.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Elősegítő, támogató tényezők:

- Az irányelv bevezetése az egészségügyi szolgáltatás valamennyi szereplőjének érdeke (szolgáltató, beteg, biztosító).
- Jelen irányelv ajánlásai a minőségirányítási rendszerben is jól használhatók.
- A bevezetéshez szükséges erőforrások rendelkezésre állnak, plusz erőforrásra nincs szükség.

- Jelenleg a barázdazárás térítésmentes szolgáltatás a biztosítottak számára a gyermek- és iskolafogászati ellátás keretében, valamint a várandós és időskorú pácienseknél.
- A minimumfeltételeknek megfelelő, működési engedéllyel rendelkező fogorvosi rendelő tárgyi feltételei elégségesek a barázdazárás elvégzéséhez, újabb speciális tárgyakra, gépekre, műszerekre nincs szükség.
- Az alkalmazást eredményesen támogathatja a fogászati alapellátás, különösen a gyermek-, iskolafogászati ellátóhálózat és a gyermek-alapellátási/iskolaorvosi praxisok együttműködése. Nagy segítséget jelent, ha a betegirányításban, az ellátandók fogorvoshoz irányításában aktívan részt vesz a házi gyermekorvosi, az iskolaorvosi és a védőnői szolgálat.

Gátló tényezők:

- Korlátozó tényező, hogy a széleskörű betegtájékoztatás jelenleg nem megoldott, nem szabályozott a betegtájékoztatók kiadásának felelőssége. A fejlesztőcsoport ajánlatosnak tartaná, ha az irányelvhez tartozó betegtájékoztató anyagok (plakát, szórólap, leporelló stb.) egységes, folyamatos kiadása és terítése (célzott ellátóhelyekre) szervezetten történne, és ehhez biztosított lenne a finansziális és szervezési háttér.
- Nehezítheti az alkalmazást az ellátandó célcsoport alulinformáltsága, érdektelensége a megelőző beavatkozás iránt.
- Ugyancsak kockázati tényező lehet a helyi szakemberek, ellátók motiválatlansága, érdektelensége, preventív szellemet nélkülöző praxis működtetése.
- Akadályozhatja a megvalósítást a jelenleg kedvező finanszírozás esetleges megváltozása.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A fogászati alapellátás szintjén, különösen az iskolafogászati ellátás keretében teljes esélyegyenlőséggel – az ellátandók szociális, gazdasági és kulturális körülményeitől függetlenül – biztosítani kell az eljárás alkalmazásához, azaz a barázdazáráshoz való hozzáférést.

A barázdazárás elvégezhető a területi csoportos iskola- gyermekfogászati ellátás keretében is, amennyiben a kiskorú gyermek szülője/gondozója igényli gyermeke számára az ellátást és előzetesen hozzájárulását adta a kezelésekhöz.

Célszerű lenne az ezzel kapcsolatos jogi háttérrel egyértelműen meghatározni/harmonizálni és közölni a potenciális ellátókkal, illetve ellátandókkal.

A fejlesztőcsoport tapasztalata szerint az ellátandók/ellátottak (illetve szüleik) tájékozottságát mindenképpen célszerű növelni, ezért a betegtájékoztatók terítése, főleg a célkorcsoportokban feltétlenül javasolt.

A tájékoztatás célja többek között a potenciális ellátottak felelősségérzetének felkeltése, együttműködésének megnyerése, öngondoskodásának optimalizálása. Ez legeredményesebben direkt kommunikáció útján, egyénre szabott tájékoztatás, motiválás keretében valósítható meg.

Először a barázdazárással kapcsolatos általános információk átadása javasolt. Ennek keretében a páciens tájékoztatni kell a következőkről:

- mi a barázdazárás célja, haszna;
- kinek ajánlott;
- mennyibe kerül;
- mi az eljárás lényege, menete;
- melyek a várható kilátások, problémák;
- a további rendszeres ellenőrző vizsgálatok szükségessége, gyakorisága.

Ezt követően a páciens saját egyéni jellegzetességeiről, veszélyeztető és védő tényezőiről, szükségleteiről, a javasolt kezeléssel kapcsolatban személyre szóló tartalommal felvilágosítást és kérdéseire felvilágosítást.

A fejlesztés során a barázdazárással kapcsolatos betegismeretek, tapasztalatok és elvárások tesztelése céljából interjúk, kérdőíves felmérések készültek gyermekek (n=122) és szülők (n=104) körében, különböző ellátóhelyeken. (A kérdőíveket lásd a XI/3.2. pontban!) A megkérdezett szülők több mint fele, a gyermekek 74%-a nem hallott a barázdazárásról. Ugyanakkor – információt követően – ők is hasznosnak találják és igénylik az eljárást.

1.4. Egyéb feltételek

Az alábbi jogszabályok lehetőséget biztosítanak a páciensek meghatározott időközönként történő fogászati szűrővizsgálatára, illetve a gyermek- és iskolafogászati gondozás és fogászati alap- és szakellátás keretében történő térítésmentes (várandósoknál és időskorú pácienseknél) ellátásra, így a barázdazárás alkalmazására is:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 81 § (3) bekezdés,
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelete az iskola-egészségügyi ellátásról,
- 11/1999. (V. 14.) EüM rendelete az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet módosításáról,
- 71/2011(XII. 23.) NEFMI rendelet a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

- 2.1.1. Egészségnevelési kiadvány: „Az iskolás gyermekek egészséges fogaiért”. Kiadja: Gyermkeink Egészséges Fogaiért Alapítvány, 2014. (XI.3.1.1.)
- 2.1.2. „Barázdazárás a fogszuvasodás megelőzésére”. Kiadja: Gyermkeink Egészséges Fogaiért Alapítvány, 2013. (XI.3.1.2.)
- 2.1.3. Betegtájékoztató a „Barázdazárásról” (XI.3.1.3.)

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

- 2.2.1. Az erősen veszélyeztetett egyénekre jellemző caries rizikó-faktorok/-indikátorok (XI.3.2.1.)
- 2.2.2. Ellenőrző lista a gyermekek caries rizikó mértékének meghatározásához (XI.3.2.2.)
- 2.2.3. Beteginterjú a barázdazárásról (XI.3.2.3.)

2.3. Táblázatok

Nincs

2.4. Algoritmusok

Nincs

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Szakmai kritériumok:

- Az ellátás akkor megfelelő, ha az összes (a lehető legtöbb) cariesre fogékony, erősen veszélyeztetett páciens részesül a kezelésben, és a barázdazárásra indikált valamennyi (a lehető legtöbb) fog lezárásra kerül.
- A barázdazárás szakmailag megfelelőnek tekinthető, ha jól záródik, anatómikus kialakítású, a fogzománccal egységes struktúrát képező fogfelszínt alkot, az okklúziót nem zavarja.
- Eredményesnek minősíthető a kezelés, ha a barázdazáró anyag a későbbiekben is a helyén marad, sértetlen, beborítja a kezelt területet, nem kopik ki, nem töredezik, és vele összefüggésben nincs fogszuvasodásra utaló jel.

Eredményindikátorok:

- a barázdazárásban részesülők száma / a barázdazárásra szoruló veszélyeztetett páciensek száma,
- a lezárt fogak száma / a barázdazárásra indikált fogak száma,
- a sértetlen, jól záródó barázdazárások száma / az összes elvégzett barázdazárás száma,
- a lezárt felszínen fogszuvasodás kialakulására utaló jelet nem mutató barázdazárások száma / összes elvégzett barázdazárás száma
- az okklúziót (harapást) nem zavaró barázdazárások száma / az összes elvégzett barázdazárás száma,
- az ellenőrző vizsgálaton megjelentek száma, aránya / a visszarendeltek száma,
- a javításra, újrazárásra szoruló barázdazárások száma, aránya,
- a barázdazárás-korrekciók, újrazárások száma, aránya.

4. Az ajánlások terjesztésének terve

Az irányelvek passzív terjesztése nem elegendő. Szükség van megfelelő implementációs stratégia kidolgozására. Terjesztési módszerek lehetnek:

- a páciens és az ellátó közötti közvetlen kommunikáció,
- betegtájékoztató kiadványok terjesztése,
- plakátok, szóróanyagok kihelyezése célzott helyszíneken,
- oktatáshoz, továbbképzéshez, szakmai fórumokhoz, társadalmi és népegészségügyi rendezvényekhez társuló terjesztés,
- elektronikus elérhetőség biztosítása,
- az irányelvek minőségirányítási rendszerben való használata,
- a gyermek-alapellátás informálása, továbbképzése, hogy a preventív üzenetek továbbításra kerülhessenek a potenciális felhasználók részére ezen a csatornán is (házi gyermekorvos, iskolaorvos, védőnő),

- a téma beillesztése az oktatásba, a jelen irányelv ismertetése a graduális, a posztgraduális képzések és továbbképzések keretében,
- az érintett hálózatok együttműködése a célzott páciensirányításban,
- érdekeknek megfelelő ösztönzők alkalmazása (pl. kreditpontos képzési rendszer része, az ellátás finanszírozása az ajánlás alapján történik).

IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium a Fog- és szájbetegségek Tagozata felelős a jelen irányelv felülvizsgálatáért. A fejlesztők folyamatosan követik a témában megjelenő szakirodalmat, különös tekintettel a felhasznált külföldi irányelvekre és szisztematikus összefoglalókra, amelyek megújulása illetve megjelenése során megvizsgálják, hogy a hazai irányelv ajánlásait azok milyen mértékben módosítják, és releváns változás esetén kezdeményezik jelen verzió soron kívüli felülvizsgálatát. A közeljövőben nem várható olyan összefoglaló tanulmány vagy irányelv, amelyek hatással lehetnek az aktuális ajánlásokra.

Az irányelvfejlesztés tervezett lépései:

1. A fejlesztőcsoport felülvizsgálja az irányelv aktualitását:
 - megismétli a korábbi fejlesztéskor elvégzett teljes folyamatot az azóta eltelt időintervallumra, új bizonyítékok, új irányelvek, fókuszált irodalomkeresés (Cochrane-review, systematic-review, szisztematikus irodomelemzés, metaanalízis) után kutatva;
 - felméri a hazai ellátórendszer aktuális állapotát, szakértők véleményét felhasználva azonosítja a változásokat.
2. A fejlesztőcsoport döntést hoz arról, hogy szükséges-e bármilyen módosítás.
3. A fejlesztőcsoport, amennyiben szükséges, elvégzi a frissítést a felmerült új bizonyítékok, változások alapján hozott döntésnek megfelelően, vagy megerősíti az ajánlásokat.

X. IRODALOM

1. A barázdazárásról Egészségügyi Közlöny 2008.LVIII. évf. 3. szám, 953-63.
2. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on Pediatric Restorative Dentistry, 2012. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/
3. Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institute der Deutschen Zahnärzte: Fissurenversiegelung. Leitlinie. 2010. Köln.
4. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. Pit and fissure sealants: Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries. 2010. Health Research Board. <http://ohsrc.ucc.ie/html/guidelines.html>
5. Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2009. J Am Dent Assoc 2009;140:1356-65. <http://jada.ada.org/content/140/11/1356.long>
6. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants. A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2008;139(3):257-268. <http://jada.ada.org/content/139/3/257.long>

7. Welbury RR, Raadal M, Lygidakis NA. EAPD guidelines for the use of fissure sealants. Eur J Paed Dent 2004;5:179-84. <http://www.eapd.gr/E0201BB8.en.aspx>
8. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. A National Clinical Guideline, 2005. www.SIGN.AC.UK
9. Simonsen RJ. Glass ionomer as fissure sealant – a critical review. Public Health Dent 1996;56:146-9.
10. Szőke J, Petersen PE. WHO Oral Health Database, 2008. <http://www.whocollab.od.mah.se/euro/hungary/hungary.html>
11. Szőke J, Petersen PE. Epidemiológiai vizsgálatok a hazai 18 éves populációban Fogorv Szle 2001;94:185-90.
12. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children and Adolescents. 2014. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines
13. Reeves A, Chiappelli F, Cajulis OS. Evidence-based recommendations for the use of sealants. Calif Dent Assoc 2006;34:540-6.
14. Szőke J. Barázdazárás. Összefoglaló referátum. Fogorv Szle 2008;101(4):137-46.
15. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiri A, Nordblad A, Mäkälä M, Worthington HV. Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. March 2013. www.summaries.cochrane.org/CD001830
16. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkälä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database, Syst Rev 2008;(4)CD001830.
17. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M. Factors influencing the effectiveness of sealants – a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1993;21:261-8.
18. Hicks J, Flaitz CM. Pit and fissure sealants and conservative adhesive restorations. In: Pinkham JR (ed). Pediatric Dentistry. Philadelphia: Saunders Company; 2005. p. 520-76.
19. Kühnisch J, Mansmann U, Heinrich-Weltzien R, Hickel R. Longevity of materials for pit and fissure sealing – results from a meta-analysis. Dent Mater 2012;28(3):298-303.
20. Mejare I, et al. Caries preventive effect of fissure sealants: a systematic review. Acta Odontol Scand 2004;61 (6):321-30.
21. Rock WP, Anderson RJ. A review of published fissure sealant trials using multiple regression analysis. J of Dent 1982;10(1):39-43.
22. Simonsen RJ, Neal RC. A review of the clinical application and performance of pit and fissure sealants. Aust Dent J 2011;56(Suppl 1):45-58.
23. Feigal RJ. The use of pit and fissure sealants. Paediatr Dent 2002;24(5):415-22.
24. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(3):170-8.
25. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): Community Dent Oral Epidemiol 2008;36(1):55-68.
26. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. A National Clinical Guideline 2005.

27. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Makela M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004; 3:CD001830
28. Nyárasdy I. A caries megelőzésének lehetősége barázdazárók alkalmazásával. In: Nyárasdy I, Bánóczy J (Szerk.). *Preventív fogászat*. Budapest: Medicina Kiadó; 2009 p. 149-57.
29. Gore DR. The use of dental sealants in adults: a long-neglected preventive measure. *Int J Dent Hyg* 2010;8(3):198-203.
30. Koch G, Poulsen S. Fissure sealing. In: *Pediatric Dentistry*. Copenhagen: Munksgaard; 2001. p. 198-200.
31. Simonsen RJ. Preventive resin restoration and sealants in light of current evidence. *Dent Clin North Am* 2005;49:815-23.
32. Blackwood JA, et al. Evaluation of pumice, fissure enameloplasty and air abrasion on sealant microleakage. *Pediatr Dent* 2002;24(3):199-203.
33. Lygidakis NA, et al. Evaluation of fissure sealants retention following four different isolation and surface preparation techniques: four years clinical trial. *J Clin Pediatr Dent* 1994;19:23-5.
34. Burbidge L, Nugent Z, Deery C. A randomized controlled trial of the effectiveness of a one-step conditioning agent in fissure sealant placement: 12 month results. *Eur Arch Paediatr Dent* 2007;8(1):49-54.
35. Duggal MS, Tahmassebi JF, Toumba KJ, Mavromati C. The effect of different etching times on the retention of fissure sealants in second primary and first permanent molars. *Int J Paediatr Dent* 1997;7(2):81-6.
36. Kühnisch J, Dietz W, Stösser L, Hickel R, Heinrich-Weltzien R. Effects of dental probing on occlusal surfaces: a scanning electron microscopy evaluation. *Caries Res* 2007;41(1):43-8.
37. Fazekas Á (szerk.). *Megtartó fogászat és endodoncia*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2006. p. 28-40., 98-100.
38. Lussi A, et al. Neue und konventionelle Methoden zur Diagnose der Fissurenkaries. *Quintessence* 2004; 54:1037
39. Faculty of General Dental Practitioners (UK) Working Party. Selection criteria for Dental Radiography. London.1998.
40. Kidd EA, Pitts NB. A reappraisal of the bitewing radiograph in the diagnosis of posterior approximal caries. *Br Dent J* 1990;169:195-200.
41. Beiruti N, et al. Caries-preventive effect of resin-based and glass ionomer sealants over time: a systematic review. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2006;34:403-9.
42. Wendt, et al. On the retention and effectiveness of fissure sealant in permanent molars after 15-20 years: a cohort study. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001;29:302-7.
43. Yengopal V, Mickenautsch S, Bezerra AC, Leal SC. Caries-preventive effect of glass ionomer and resin-based fissure sealants on permanent teeth: a meta-analysis. *J Oral Sci* 2009;51(3):373-82.
44. Yengopal V, Mickenautsch S. Resin-modified glass-ionomer cements versus resin-based materials as fissure sealants: a meta-analysis of clinical trials. *Eur Arch Paediatr Dent* 2010;11(1):18-25.
45. Rózsa NK. Barázdazárás. In: Fábrián G, Gábris K, Tarján I (Szerk.). *Gyermekefogászat, fogszabályozás és állcsont-ortopédia*. Semmelweis Kiadó; Budapest, 2013. 59-62.

46. 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól.
47. Shekelle PG, Wolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical Guidelines: developing guidelines. BMJ 1999; 318(7183): 593-596

Kapcsolódó internetes oldalak

1. <http://jada.ada.org/content/139/3/257.long>
2. <http://jada.ada.org/content/140/11/1356.long>
3. www.agreecollaboration.org
4. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Restorative.pdf
5. www.bspd.co.uk
6. www.cochrane.org
7. www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library
8. www.fdiworldental.org/resources/assets/guidelines/sealants.html
9. www.pubmed.gov
10. www.sign.ac.uk
11. www.zzq-koeln.de/Leitlinien
12. www.who.int/oral_health/database/en

XI. MELLÉKLET

1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok

(OBDK tölti ki)

Témaválasztási javaslat	Igen
Delegálás a fejlesztőcsoportba	Igen
Fejlesztőcsoport felkérése	Igen
Egyéni összeférhetetlenségi nyilatkozatok	Igen
Egyéni összeférhetetlenségi nyilatkozatok összefoglaló	Igen
Csoportos nyilatkozat a fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról, a szponzori függetlenségről és az elfogulatlanságról	Igen
Konzultációs feljegyzés(ek)	Igen
Módszertani szűrőértékelés	Igen
Részletes módszertani értékelés(ek)	Igen
Tagozatvezetői nyilatkozatok az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről	Igen

2. A fejlesztés módszerének leírása és a kapcsolódó dokumentumok

2.1. A fejlesztőcsoport megalakulása, a folyamat és a feladatok dokumentálása

A szakmai irányelv fejlesztése, kidolgozása, szerkesztése és a szakmai egyeztetések lefolytatása a vonatkozó minisztériumi rendeletnek megfelelően történt [46].

Jelen irányelv a 2008-ban azonos címmel megjelent szakmai protokoll átdolgozott változata. A Szakmai Kollégium felkérésére 2013. 05. hónapban megalakult a fejlesztőcsoport, a tagok kijelölték a koordinátort, azaz a kapcsolattartót, majd számba vették és megtárgyalták a legfontosabb klinikai kérdéseket. Ezek a következők:

- Milyen páciens-, populációs környezetben, milyen körülmények között alkalmazható a barázdazárás a fogszuvasodás megelőzésére?
- Megakadályozható-e a kezdődő fogszuvasodás progressziója barázdazárással?
- Vannak-e olyan szempontok, amelyek alapján elsőbbséget adunk a resin-based anyagoknak az üvegeomerekkel szemben?
- Milyen technikákkal javítható a barázdazárás retenciója és növelhető hatékonysága a caries prevenciójában?

2.2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés a nemzetközi irányelvek felkutatásával kezdődött a nemzetközi tudományos szervezetek oldalán (AAPD, ADA, EAPD, CDC), irányelvfejlesztő oldalakon (SIGN, NICE), illetve elektronikus irányelv-adatbázisban (G-I-N, USNGC). Keresőszavak: *fissure sealant*, *fissure sealing*. 2006 és 2014 közötti időintervallumban fellelt számos angol és egy német nyelvű irányelv közül tartalmi összehasonlítás alapján hat irányelv került kiválasztásra és felhasználásra. Az ezt megelőző időszakból továbbra is alkalmazhatónak bizonyultak a korábbi irányelvben is felhasznált SIGN 2005 és EAPD 2004 ajánlások.

Az irodalomkutatás kiegészült az elektronikus adatbázisokban (lásd kapcsolódó internetes oldalak, Medline, Cochrane Library) 2006 és 2014 közötti időszakban megjelent angol nyelvű publikációkkal, különös tekintettel arandomizált, kontrollált vizsgálatokra, rendszerezett irodalmi áttekintésekre. A fejlesztők átnézték a hazai tankönyvek vonatkozó részeit, és kézi keresést is folytattak ismert, a gyakorlatban gyakran használt magyar folyóiratokban. (A PubMed-en 11 metaanalízis és 47 szisztematikus áttekintés; a Cochrane-könyvtárban 4 Cochrane-review található „fissure sealant” címszó alatt 2006–14. között.) Az áttanulmányozás folyamán figyelmen kívül hagyták a témakörhöz nem szorosan csatlakozó közleményeket, a megmaradtakat pedig a megadott rangsorolási módok szerint rendszerezték, szöveg közben hivatkozták, az irodalomjegyzékben feltüntették.

Az irodalomkeresés első fázisa az adaptált nemzetközi irányelvek keresési időpontjában lezárult (2012. 12.). Ezt követően 2013-ban ellenőrző keresés során egy újabb nemzetközi irányelvvel bővült az irodalom, és további bizonyítékok keresésére is sor került. Az utolsó keresés 2014. 12. hóban volt, az anyag a releváns irodalommal kiegészült.

2.3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”)

A felhasznált szakmai irányelvek, jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

A felhasznált irányelvek eredményei, következtetései általában olyan jó minőségű, rendszerezett irodalmi áttekintésből vagy metaanalízisből, valamint RCT-kből származnak, amelyekben a szisztematikus hiba (bias) valószínűleg kicsi.

Az irányelv a bizonyítékok besorolása az ADA-irányelvben [6] hivatkozott Shekelle beosztáson alapul [47].

2.4. Ajánlások kialakításának módszere

A felhasznált szakmai irányelvek, jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

A nemzetközi irányelveket szisztematikusan és kritikusan értékeltük, figyelembe vettük a hazai célpopuláció jellemzőket és egészségügyi szolgáltatói környezetet. Előfordult, hogy ugyanazt a kérdést több irányelv kissé eltérő módon és ajánlási fokozattal tárgyalta. Az információk minősége alapján ezt követően egységesítettük azokat. Az ajánlások rangsorolásánál valamennyi feltüntetett nemzetközi irányelv javaslatára támaszkodtunk, elsősorban bizonyítékokon alapuló hivatkozásokat, emellett szakértői véleményeket, valamint a hazai gyakorlat ismérveit is figyelembe vettük.

Az irányelv ajánlások besorolása az evidenciaszintek meghatározásánál ismertetett irányelvfejlesztési módszereken alapszik [6, 47]. A többi meghatározó irányelvből vett ajánlások besorolását ennek megfelelően konvertáltuk.

Az ajánlások kialakítása, rangsorolása a fejlesztők szóbeli konszenzusával, az evidenciaszintek, a klinikai tapasztalatok és a páciens szükségleteinek, a nemzetközi irányelvek ajánlásainak figyelembevételével történt. Véleménykülönbségek nem voltak a fejlesztés során.

2.5. Véleményezés módszere, és dokumentációja

Az érintett szakmáknak megfelelő Szakmai Kollégiumi Tagozat (Gyermekek alapellátás, irányelvfelelős: dr. Stunya Edina) részére a munkaanyag elektronikusan elküldésre került. A véleményező tagozat megküldte módosítási javaslatait. A javasolt módosítást – figyelemfelhívás jogszabályi háttérre – beiktattuk, a véleményező félreértéseit szóban tisztáztuk. A munkaanyag ezzel párhuzamosan a GYEMSZI Minőségügyi Főosztálya által biztosított szűrő módszertani értékelésre is került, amelynek dokumentációja az irányelv hivatalos dokumentációjának része. A módszertani szűrőértékelés eredményét megkaptuk, és a javaslatoknak megfelelően a módosításokat elvégeztük. A módszertani szűrővizsgálatot követően – a módosítási javaslatokra írt válaszunkkal együtt – újra elküldtük a véleményező Gyermekek alapellátás Tagozat irányelvfelelősének. A Gyermekek alapellátás Tagozat nyilatkozott a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

2.6. Független szakértői véleményezés módszere és dokumentációja

Szakmai véleményezésre az alábbi független szakértőket kértük fel:

- Prof. dr. Nyárasdy Ida (fog- és szájbetegségek, konzerváló fogászat és protetika szakorvosa), Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, Budapest
- Dr. Alberth Márta, egyetemi docens (fog- és szájbetegségek, gyermekfogászat, fogszabályozás szakorvosa), Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Fogorvostudományi Kar, Debrecen

Az egyik szakértő írásos véleménye alapján néhány mondat pontosításra került, és az Ajánlás14 szakmai háttéranyaga egy hivatkozással bővült.

A fejlesztőcsoport a fejlesztés során konzultált potenciális felhasználói célcsoporttal is, az ajánlásokat egyeztetettük iskola-, gyermekfogászati ellátást végző fogorvosokkal.

2.7. Felülvizsgálat módszertana (opcionális, ha aktuálisan felülvizsgálat történik)

Jelen fejlesztés nem felülvizsgálat.

2.8. Egyéb

Nincs

3. Alkalmazást segítő dokumentumok

3.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

3.1.1. Egészségnevelési kiadvány: „Az iskolás gyermekek egészséges fogaiért”. Kiadja: Gyermkeink Egészséges Fogaiért Alapítvány, 2014.



3.1.2. „Barázdazárás a fogszuvasodás megelőzésére”. Kiadja: Gyermekünk Egészséges Fogaiért Alapítvány, 2013.

Mennyi ideig tart a kezelés?

A barázdazárás gyorsan elvégezhető kezelés, mely foganként (fogfélsziacukán) néhány percet vesz igénybe.

Mennyi ideig tart a védő hatás?

Sikeres kivitelzés esetén a barázdazárás évekig sértetlenül a helyén marad. Előfordulhat a barázdazáró anyag kopása, részleges vagy teljes hiánya, így a már lezárt felületnek újraacéla vétele. Ebben az esetben - ha még nem alakult ki szuvasodás - újraszárítást javasolt végezni.

Tudatos a barázdazárt fogak állapotát 6 havonta fogorossal ellenőriztetni. A rendszeres fogorvosi ellenőrzés elősegíti a lezárt fogak tartós szuvasodás elleni védelmét.



A barázdazáró anyag részleges hiánya



A barázdazáró anyag szinte teljesen kikopott - újraszárítás javasolt

További tudnivalók:

A barázdazárás csökkenti a fogszuvasodás kockázatát és előfordulását, de önmagában nem elegendő annak megelőzésére. A továbbiakban is szükséges a jó szájhigiénia fluorid tartalmú fogkefék használatával, és az egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozás fenntartása.

Írta és összeállította: Dr. Széke Judit

Kiadja:
Gyermekünk Egészséges Fogaiért Alapítvány
2013



BARÁZDAZÁRÁS A FOGSZUVASODÁS MEGELŐZÉSÉRE



Mi a barázdazárás?

Az eljárás lényege és célja:

- A barázdazárás biztonságos és fájdalommentes
- prevenációs eljárás a fogszuvasodás megelőzésére, és/vagy
- egyszerű sérülási eljárás a kezdődő szuvasodási folyamat megállítására
- a fogak barázdáinak és gödröcskéinek feltöltésére.

A barázdazáró anyag védő bevonatot képez a fogak veszélyeztetett felszínein. A védőréteg megakadályozza az élelmiszerek és a baktériumok behatolását a szűk, mély, szabálytalan lefektetésű barázdákba és gödröcskéikbe. A sima, barázdazárt fogfelszín könnyebben tisztítható, így csökken a fogszuvasodás kialakulásának kockázata és a fogszuvasodás előfordulása.

A barázdazáró eljárás hatékonyságát világszerte végzett tudományos vizsgálatok eredményen és bizonyítottan támasztják alá.

Kinél és milyen fog esetében javasolt alkalmazni?

Barázdazárást elvileg minden gyermekeknél és ifjúságnál lehet végezni. Azonban a barázdazárást mindig fogorvos javasolja pontos diagnózis és annak alapján, hogy a paciens mennyire veszélyeztetett fogszuvasodás szempontjából.

A fogszuvasodás leggyakrabban az első fogak rágófelületén alakul ki gyermekkorban. Ezért a barázdazárást elsősorban a maradék első fogak veszélyeztetett rágófelületén, barázdáiban és gödröcskéiben javasolt elvégezni.

Mikor történjen a lezárási?

Az első és második maradék rágófog átütése után, követően minél hamarabb, vagy már a fogak veszélyeztetett időszakában. Ez rendszerint 5-7 és 11-14 éves korban történhet.



Veszélyeztetett barázdák és gödröcskék

Hogyan készül?

Először mindig alapos fogorvosi vizsgálat történik. Előfordulhat, hogy röntgenfelvételekre is szükség van a pontos diagnózis (kórisme) felállításához. A kezelés során vörös fűrés, minőségi foganyagvesztésig.

Az eljárás menete:



A fog alapos megtisztítása



Előkezelés speciális oldattal kezeléssel



Mosás



Szárazítás



A barázdazáró anyag felhelyezése



Az anyag megkeményítése (megkötése) - leggyakrabban megvilágítás fényrel



A barátság ellenőrzése, szükség esetén a felesleges anyag eltávolítása



Védőbevonat - fluorid tartalmú készítménnyel



Barázdazárás előtt



Barázdazárás után

3.1. 3. Betegtájékoztató a „Barázdazárásról”

Mi a barázdazárás?

Az eljárás lényege és célja:

A barázdazárás biztonságos és fájdalommentes prevenció eljárás a fogszuvasodás megelőzésére, és/vagy egyszerű terápiás eljárás a kezdődő szuvasodási folyamat megállítására.

A barázdazáró anyag plasztikus védőbevonat, amelyet a fogak veszélyeztetett felszínein alkalmaznak. A barázdazáró anyag – megkötése (megkeményedése) után – olyan védőréteget képez a fogakon, amely megakadályozza az ételmaradék és a baktériumok behatolását a szűk, mély, szabálytalan lefutású barázdákba és gödröcskébe. Így csökken a fogszuvasodás kialakulásának kockázata és a fogszuvasodás előfordulása.

A barázdazáró eljárás hatékonyságát világszerte végzett tudományos vizsgálatok eredményei és bizonyítékai támasztják alá.

Kinél és milyen fog esetében javasolt alkalmazni?

Barázdazárást elvileg mindenkinél lehet, de elsősorban gyermeknél és ifjúnál javasolt végezni. Azonban a barázdazárást mindig fogorvos javasolja pontos diagnózis és annak alapján, hogy a páciens mennyire veszélyeztetett fogszuvasodás szempontjából. Az eljárás leghatékonyabban az erősen veszélyeztetett gyermekeknél alkalmazható.

A fogszuvasodás leggyakrabban az őrlőfogak rágófelszínén alakul ki gyermekkorban. Ezért a barázdazárást elsősorban gyermekeknél, a maradó őrlőfogak rágófelszíni barázdáiban és gödröcskéiben javasolt elvégezni, lehetőleg minél hamarabb a fogak áttörését követően. Ez rendszerint 5–8 éves és 11–14 éves korban időszerű.

Hogyan készül?

Először mindig alapos fogorvosi vizsgálat történik. Előfordulhat, hogy röntgenfelvétellel is szükség van a pontos diagnózis (kórisme) felállításához. A kezelés során nincs fogfúrás, nincs foganyag-vesztés.

Az eljárás menete:

- A fog alapos megtisztítása.
- Előkezelés speciális oldattal.
- Mosás, szárítás.
- A folyékony barázdazáró anyag felhelyezése.
- Az anyag megkeményedése (megkötése) – legtöbbször megvilágítás fénnel.
- A harapás ellenőrzése, szükség esetén a felesleges anyag eltávolítása.
- Védőecsetelés – fluoridálás.

Mennyi ideig tart a kezelés?

A barázdazárás gyorsan elvégezhető kezelés, amely foganként (fogfelszínenként) néhány percet vesz igénybe.

Mennyi ideig tart a védőhatás?

Sikeres kivitelezés esetén a barázdazárás évekig sértetlenül a helyén marad. Gondos kivitelezés ellenére is előfordulhat a barázdazáró anyag elszíneződése, kopása, kitöredezése, részleges vagy teljes elvesztése, így a már lezárt felületek szabaddá válása. Ebben az esetben – ha még nem alakult ki szuvasodás – újrazárás javasolt. Tanácsos a barázdazárt fogak állapotát 6 havonta fogorvossal ellenőriztetni. A rendszeres fogorvosi ellenőrzés elősegíti a lezárt fogak tartós szuvasodás elleni védelmét.

Mennyibe kerül?

Az eljárás költsége: A fogorvosi alapellátás (várandós és időskorú pácienseknél), a gyermek- és iskolafogászati ellátás keretében térítésmentes a biztosítottak számára.

További tudnivalók:

A barázdazárás csökkenti a fogszuvasodás előfordulását, de önmagában nem elegendő annak megelőzésére. Szükség van a jó szájhigiénéire, az életkornak megfelelő fluoridtartalmú fogkrémmel végzett rendszeres fogmosásra és az egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozás fenntartására is. A sima, barázdazárt fogfelszín könnyebben tisztítható.

3.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

3.2.1. Az erősen veszélyeztetett egyénekre jellemző caries rizikó-faktorok/ -indikátorok

Caries rizikó-faktorok/ -indikátorok						
Klinikai tünet	Étkezési szokás	Szociális háttér	Fluoridellátottság	Plakk-kontroll	Nyálfaktor	Orvosi kórtörténet
Fogmorfológia	Gyakori cukorbevétel	Szociálisan hátrányos helyzet	Alacsony fluoridtartalmú ivóvíz	Rendszeretlen, nem hatékony fogtisztítás	Alacsony nyálfolysági ráta	Orvosiilag/egészségséileg veszélyeztetett
Új laesió(k)	Nassolás	Sok caries a testvéreknél	Fluoridmentes fogkrém használata	Elégtelesen manuális kontroll	Kis pufferkapacitás	Általános betegségek (pl. diabetes mellitus)
Fogmorfológia >2		Alacsony tudásszint a fogbetegségekről	Nincs fluoridkiegészítés		Nagy Streptococcus mutans- és Lactobacillus-szám	Fogyatékoság
Idő előtti fogeltávolítás		Rendszeretlen megjelenés fogorvosnál				Szájzárazság (xerostomia)
Frontcaries vagy fronttörmés		Alacsony fogászati érdeklődés				Cariogen orvosság szedése hosszú ideig (folyékony gyógyszerek, pl. lázcsillapítók, antihisztamin, multivitamin-, C-vitamin-készítmények)
Sok tömött fog						
Barázdazárt fog nincs						
Rögzített fogszabályozó készülék						
Részleges fogszor						

3.2.2. Ellenőrző lista a gyermekek caries rizikó mértékének meghatározásához [12]

Tényezők	Erős rizikó	Közepes rizikó	Gyenge rizikó
Biológiai - az anyának / gondozónak aktív caries van - a páciens / a szülő / gondozó alacsony szociális státusú - a gyermek főétkezések között naponta >3-szor fogyaszt cukortartalmú ételt, italt - a kisgyermek cukortartalmú itallal fekszik le - a gyermek speciális egészségügyi gondozásra szorul - a gyermek (új) emigráns	igen igen igen igen	 	
Védőfaktorok - a páciens / a gyermek optimális fluoridtartalmú ivóvizet fogyaszt, vagy fluorid pótlásban részesül - minden nap fluoridtartalmú fogkrémmel mos fogat - lokális fluoridkezelésben részesül fogászati rendelőben - járulékos otthoni megelőző ellátás (xilitol, antimikrobiális szerek stb.) - rendszeres fogorvosi gondozásban részesül	 	 	igen igen igen igen igen
Klinikai jellemzők - a páciensnek egynél több approximális cariese van - a páciensnek aktív fehér foltja vagy zománcdefektusa van - alacsony a nyálfolysági rátája - fogtömései vannak - intraorális készüléket visel	igen igen igen	 	
Karikázd be a páciensre jellemző faktorokat, így a páciens is világosan láthatja és megértheti, melyek számára a védő, illetve ártó tényezők fogszuvasodás szempontjából. A rizikó kategória– gyenge, közepes, erős – alapvetően a páciensre jellemző faktoroktól függ. Azonban a klinikai döntést egy domináns faktor megléte is indokolhatja, de valamennyi tényező és az orvos tapasztalata alapján születik meg az átfogó értékelés.			
A caries rizikó átfogó értékelése Erős ☐ Közepes ☐ Gyenge ☐			

3.2.3. Beteginterjú a barázdazárásról

Kérdések szülőknek

- Hallott-e a barázdazárásról? ☐ igen ☐ nem
- Ha nem, szeretne-e tájékoztatást kapni róla? ☐ igen ☐ nem
- Családjában részesült-e bárki barázdazárásban? ☐ igen ☐ nem
- Ha igen, milyen célból készült a barázdazárás?
- Ha igen, ki részesült benne? ☐ gyerek ☐ felnőtt
- Hasznosnak találja-e az eljárás alkalmazását? ☐ igen ☐ nem

Kérdések gyermekeknek/ifjaknak

- Hallottál-e a barázdazárásról? ☐ igen ☐ nem
- Ha nem, szeretnél-e tájékoztatást kapni róla? ☐ igen ☐ nem
- Neked van már barázdazárt fogad? ☐ igen ☐ nem
- Ha igen, milyen célból készült a barázdazárás?
- Családodban részesült-e más is barázdazárásban? ☐ igen ☐ nem
- Hasznosnak találod-e az eljárás alkalmazását? ☐ igen ☐ nem

3.3. Táblázatok

Nincs

3.4. Algoritmusok

Nincs

3.5. Egyéb dokumentumok

Nincs

