

dypl. hig. stom. **Michał Kluczkowski***

Rola higienistki stomatologicznej we współpracy z lekarzami periodontologami w profilaktyce chorób przyzębia. Cz. II

PRACA RECENZOWANA

W II części cyklu skupimy się na omówieniu profilaktyki chorób przyzębia. Przedstawimy również podstawowe elementy instruktażu higieny jamy ustnej oraz sposoby motywowania pacjenta do zachowań prozdrowotnych w zakresie jamy ustnej.

Profesjonalna profilaktyka chorób przyzębia to zbiór zabiegów i działań zapobiegawczych, wykonywanych u pacjenta w gabinecie stomatologicznym przez wyszkolony personel: lekarza stomatologa, higienistkę i asystentkę (4).

ZADANIA PROFILAKTYKI

Do zadań profesjonalnej profilaktyki należą:

- motywacja pacjenta dotycząca odpowiedniego programu profilaktyki domowej, dostosowanego do jego wieku i potrzeb oraz niezwykle istotna kontrola realizacji tego programu,
- zabiegi profesjonalne wykonywane w gabinecie stomatologicznym przez wykwalifikowany personel medyczny, których pacjent nie jest w stanie sam zrealizować (21).

Choroby przyzębia wymagają kompleksowego działania profilaktyczno-leczniczego, ponieważ ich etiopatogeneza jest bardzo złożona i wieloprzyczynowa, a obraz kliniczny wielopostaciowy. Na rozwój chorób przyzębia ma wpływ wiele czynników etiologicznych, w związku z tym nie można oczekiwać trwałych i skutecznych rezultatów po zastosowaniu tylko jednej metody leczniczej. Konieczne jest uwzględnienie rodzaju choroby (2). Ze względu na częstotliwość występowania chorób przyzębia, a także z po-

wodu ich konsekwencji dla organizmu, periodontopatie uznano za choroby społeczne (10).

ZAPOBIEGANIE CHOROBOM PRYZĘBIA

Periodontopatie są efektem reakcji gospodarza na stałe oddziaływanie mikroorganizmów znajdujących się w poddziąsłowej płytce bakteryjnej. Oznacza to tyle, że choroba przyzębia jest zapalną reakcją na drobnoustroje, które usiłuje zwalczyć (11).

Profilaktyka chorób przyzębia jest skuteczna wtedy, gdy zastosuje się ją na wszystkich poziomach działania opieki zdrowotnej. Według WHO wyróżnia się zapobieganie:

- pierwotne,
- wtórne,
- trzeciorzędowe.

Zapobieganie pierwotne

Dotyczy ono populacji osób z klinicznie zdrowym przyzęciem (powinny się w niej znaleźć zwłaszcza dzieci i młodzież). Rozróżnia się w nim trzy kierunki działań:

- oświata prozdrowotna ukierunkowana na podnoszenie poziomu higieny jamy ustnej;
- program żywieniowy, który pozwala na poprawę jakości żywienia;
- okresowe badania stomatologiczne mające na celu kontrolę tkanek przy- ▶

- ▶ zębów i zapobieganie występowaniu *gingivitis*.

Zespół stomatologiczny ma ściśle określoną rolę w zapobieganiu pierwotnym. Polega ona na działaniach oświatowo-zdrowotnych, skutecznej walce z płytką bakteryjną oraz dokładnej odbudowie zębów i ich braków, eliminując błędy jatrogenne (2). Działania promujące zdrowie (szczególnie dotyczące zachowań higienicznych) są podstawą profilaktyki pierwotnej (2).

Zapobieganie wtórne

Dotyczy ono osób z rozpoznanymi wczesnymi objawami chorób przyzębia. Ukierunkowane jest na zahamowanie dalszego postępu choroby. Zapobieganie wtórne polega na:

- oświacie zdrowotnej ukierunkowanej na skuteczną metodę redukcji płytki bakteryjnej i korektę nieprawidłowych nawyków higienicznych;
- badaniach okresowych pacjentów w czasie od 2 miesięcy do 1 roku celem kontroli zabiegów higienicznych, wykrywania i leczenia początkowych zmian próchnicowych i chorób przyzębia. Czasami zalecane jest skrininogowe badanie RTG w celu wykrycia ukrytych ubytków próchnicowych, nieprawidłowych wypełnień oraz rozpoczynających się ubytków w kości (młodzież po 12. roku życia) (2).

Zapobieganie trzeciorzędowe

Obejmuje ono pacjentów wcześniej leczonych periodontologicznie. Skupia się na minimalizacji skutków choroby, a czasem i leczenia. Polega ono na:

- kontroli wyników prowadzonego wcześniej leczenia;
- zapobieganiu dalszemu rozwojowi choroby;

- minimalizacji powikłań związanych z objawami bądź skutkami choroby, których nie da się usunąć;
- specyficznej oświacie zdrowotnej uzależnionej od aktualnego stanu choroby, ze zwróceniem szczególnej uwagi na szkodliwość nie tylko płytki nazębno-dziąsłowej, ale i tej gromadzącej się na uzupełnieniach protezycznych (2, 19).

PLAN DZIAŁALNOŚCI PROFILAKTYCZNEJ

Profilaktyka w chorobach przyzębia powinna się opierać na wymogach skierowanych do pacjenta i na działaniach profilaktycznych zespołu stomatologicznego.

Wymagania profilaktyczne w stosunku do pacjenta:

- a) racjonalne odżywianie z uwzględnieniem:
 - składu pożywienia (witaminy, sole mineralne, białko);
 - potrzeb energetycznych w zależności od wieku i wykonywanej pracy;
 - konsystencji pożywienia z eliminacją pokarmów „klejących” zęby;
- b) racjonalny tryb życia uwzględniający:
 - wystarczającą ilość snu, ruch na świeżym powietrzu;
 - unikanie używek (nikotyna, alkohol, kofeina);
- c) odpowiednia higiena jamy ustnej z uwzględnieniem:
 - minimum dwukrotnego w ciągu dnia szczotkowania zębów (rano po obudzeniu i wieczorem po kolacji) oraz płukaniu jamy ustnej po wszystkich innych posiłkach;
 - używania właściwej szczotki do zębów;

- dodatkowych sposobów oczyszczania trudno dostępnych miejsc (wykałaczki, nici itp.);
- właściwych past do czyszczenia zębów;

d) badania kontrolne wyników leczenia (2, 4, 16).

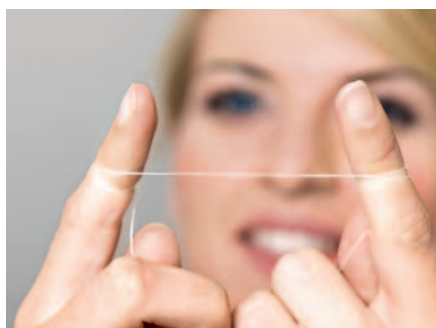
Działania profilaktyczne zespołu stomatologicznego:

- a) profesjonalne zabiegi – okresowe, regularne usuwanie złogów nazębnych z polerowaniem zębów (skaliling i polishing), kontrola stycznych i przydziąsłowych wypełnień oraz uzupełnień protetycznych (19);
- b) ewentualne leczenie ortodontyczne i chirurgia wad tkanek miękkich jamy ustnej;
- c) czynna opieka profilaktyczno-periodontologiczna:
 - nad młodzieżą od 13. roku życia;
 - nad kobietami ciężarnymi;
 - nad pracownikami narażonymi na działanie czynników, takich jak: wysoka temperatura, obecność pyłów i szkodliwych związków chemicznych;
 - nad ludźmi z chorobą przyzębia jednocześnie cierpiącymi na epilepsję, cukrzycę, schorzenia układu pokarmowego, wątroby, nerek, choroby krwi.

Według Jańczuka czynna opieka profilaktyczno-periodontologiczna należy do podstawowej opieki zdrowotnej, a poradnie i gabinety periodontologiczne powinny tylko nadzorować tę działalność.

INSTRUKTAŻ HIGIENY JAMY USTNEJ

Higiena jamy ustnej to głównie higiena uzębienia. Całą jamę ustną wyściela gładka i w warunkach fizjologicznych



Fot. 1. Sposób uchwytu nici dentystycznej



Fot. 2. Wprowadzenie nici między zęby



Fot. 3. Szczotki międzyzębowe

stale wilgotna błona śluzowa. Warunki te nie sprzyjają zatrzymywaniu się resztek pokarmowych. Częste ruchy połknięcia usprawniają samooczyszczenie jamy ustnej, gdyż resztki pokarmowe, bakterie i złuszczone nabłonki wraz ze śliną trafiają do żołądka (4).

Z kolei dogodne warunki do zalegania resztek pokarmowych stwarzają łuki zębowe, nawet gdy mają prawidłową budowę. Zęby mają nierówności anatomiczne – głównie na powierzchniach okluzyjnych – które sprzyjają odkładaniu płytki. Zaleganie resztek pokarmowych występuje najczęściej w przestrzeniach międzyzębowych i okolicach brzegu dziąsła (4).

Znacznie trudniej jest utrzymać higienę w sytuacjach patologicznych, takich jak: ubytki próchnicowe, nieprawidłowo założone wypełnienie, obecność uzupełnień protetycznych, obecność aparatów ortodontycznych, szyn uneruchamiających zęby, obecność kieszonek przyzębnych (4, 17). Stan higieny jamy ustnej zależy w głównej mierze od obecności złogów nazębnych, do których zalicza się:

- nabytą błonkę ślinową,
- płytkę nazębną bakteryjną,
- biały nalot nazębny,
- kamień nazębny,
- resztki pokarmowe (4).

Zagadnienie higienizacji pacjenta jest niezwykle ważnym elementem, wchodzącym w skład profesjonalnej profilaktyki stomatologicznej. Motywacja to uzasadnienie celowości utrzymania higieny jamy ustnej i konieczności eliminacji innych szkodliwych dla zdrowia przyzębia czynników (nawyków). Motywacja polega na przekonaniu, że utrzymanie uzębienia i przyzębia w dobrym stanie higienicznym ma zasadnicze znaczenie dla zapobiegania chorobom jamy ustnej i zachowania własnych zębów do późnych lat życia oraz uniknięcia przedwczesnej rehabilitacji narządu żucia (2, 4). Należy uwzględnić fakt, że zdrowa jama ustna warunkuje dobry stan zdrowia, gdyż eliminowane są ogniska zakażenia.

Wskaźniki higieny jamy ustnej

Kontrola stanu higieny jamy ustnej jest równie istotna jak odpowiednia moty-

wacja czy szczegółowy instruktaż. Pozostawienie pacjenta bez kontroli niweluje najczęściej do minimum korzyści wynikające z motywacji i instruktażu, dlatego też kontrola stanu utrzymania higieny jamy ustnej powinna być obowiązkowym elementem każdej wizyty pacjenta w gabinecie.

Nauka właściwej techniki szczotkowania zębów jest trudna, zwłaszcza kiedy należy zlecić określoną technikę, np. Bassa, Stillmanna czy Chartersa. Dlatego wówczas niezbędne jest nawet kilkakrotne korygowanie złego nawyku oczyszczania zębów. Należy skontrolować sposób, w jaki pacjent szczotkuje zęby, jak również jego efekt, czyli skuteczność danej metody, poprzez wybarwienie płytki (2). Kontrola taka spełnia istotną rolę w stosunku do pacjentów chirurgicznych. Bezasadne jest stosowanie operacji na przyzębiu, dopóki kontrola nie pokaże skuteczności wykonywanych zabiegów higienicznych. Równie nieskuteczne, a w związku z tym nieefektywne, jest okresowe usuwanie złogów nazębnych w gabinecie, jeśli nie jest ono poparte systematyczną i rzetelną higieną prowadzoną w domu (4).

Do kontroli higieny jamy ustnej służą metody bezpośrednie i pośrednie.

Metody bezpośrednie:

- wskaźniki higieny jamy ustnej,
- roztwory wybarwiające (fuksyna, erytrozyna, Carietest, Plaque-Test),
- fotografia (4).

Metody pośrednie:

- wskaźniki chorób przyzębia,
- wskaźnik krwawienia z dziąseł (SBI),
- porównawcze badania bioptyczne dziąsła,
- wskaźniki cytologiczne śliny – wskaźnik leukocyturny,
- pomiary ilości płynu kieszonekowego (4).

Bardzo pomocnym wskaźnikiem, na który należy zwrócić uwagę, jest tzw. aproksymalny wskaźnik płytki (API). Służy on do wykrywania płytki na powierzchniach stycznych zębów (przestrzenie międzyzębowe). Wykrywa obecność płytki wg zasady „wszystko albo nic”, bez określania zasięgu czy jej ilości. Zaletą tego wskaźnika jest łatwy sposób oceny higieny w strefach naj-

wiejszego rozwoju próchnicy zębów i zapalenia dziąseł (2, 4).

Wartości wskaźnika API:

- 100-70% – higiena niewłaściwa;
- 70-40% – higiena przeciętna, konieczna poprawa;
- 39-25% – higiena dobra;
- < 25% – higiena optymalna.

Za skuteczne uważa się osiągnięcie poziomu API < 25% wg obecnych wy-mogów. Przy dobrej współpracy higienistki stomatologicznej z pacjentem można i należy ten efekt osiągnąć.

PRZYBORY HIGIENICZNE

Szczotki do czyszczenia zębów

Wśród wszystkich przyborów, służących utrzymywaniu higieny jamy ustnej, szczotki do zębów odgrywają podstawową rolę. Pacjent może bez trudu dobrać szczotkę zaleconą przez lekarza lub higienistkę pod względem twardości i kształtu powierzchni pracującej.

W zależności od budowy części pracującej wyróżnia się szczotki:

- pęczkowe (*tufted*) – posiadają 2-3 rzędy pęczków na szerokości i 5-6 rzędów na długości,
- wielopęczkowe (*multitufted*) – mają 3-4 rzędy pęczków na szerokości i 10-12 rzędów na długości,
- z układem włosia w kształcie litery V.

Szczotki z włosiem ułożonym w literę V polecane są przy metodzie wymiatającej, gdyż dokładniej oczyszczają przestrzenie międzyzębowe. Natomiast szczotki pęczkowe i wielopęczkowe zaleca się przy metodach wibracyjnych, gdyż nadają się idealnie do oczyszczania szczeliny dziąsłowej (metoda Bassa) (4).

W zależności od twardości włosia szczotki dzielimy na:

- twarde,
- średnie,
- miękkie,
- bardzo miękkie (4).

To, czy szczotka jest twarda, czy nie zależy głównie od sztywności włosia. Szczotki twarde sprzyjają recesji dziąsła, zwłaszcza gdy stosuje się metody Bassa lub poprzecznego szorowania. Szczotki te mogą być używane przy umiejętnym czyszczeniu zębów za pomocą metody roll. Gdy zauważymy ►

► objawy traumatyzacji szyjki zęba lub dziąsła, zlecamy pacjentowi zmianę szczotki na średnią lub miękką (4).

Jeśli chodzi o rodzaj materiału, z jakiego szczotki są wykonywane, to zdecydowanie lepsze są te z włosa nylonowego niż naturalnego. Muszą być bardzo dobrze oszlifowane, by nie miały drażniącego wpływu na zęby i na dziąsła (4).

Na rynku coraz większym zainteresowaniem cieszą się szczotki elektryczne. W latach 80. i 90. doszło do zróżnicowania szczotek elektrycznych ze względu na:

- kształt główki,
- ruchy główki,
- częstotliwość ruchów główki i drgań pęczków.

Szczotki elektryczne dzielimy na:

- szczotki o konwencjonalnym kształcie główki,
- szczotki obrotowe,
- szczotki dźwiękowe,
- szczotki specjalne do przestrzeni międzyzębowych (2, 4).

Szczotki o konwencjonalnym kształcie główki są równie skuteczne jak szczotki manualne. Są produkowane jako oddzielne urządzenia lub w zestawach z irygatorem. Część pracująca ma kształt szczotki ręcznej, a ruchy „tam i z powrotem” powodują wymiatanie resztek pokarmowych (2, 4).

Szczotki obrotowe działają na zasadzie obracania się części pracującej. Znamy co najmniej ich trzy modele:

- szczotka o główce okrągłej, np. Braun-Oral-B,
- szczotka o główce okrągłej o ruchu obrotowym, np. Philips HP 500 MM,
- szczotka o główce zbliżonej do szczotki ręcznej (2, 4).

Szczotki emitujące fale dźwiękowe charakteryzują się drgającym ruchem pęczków. Są to szczotki bardzo skuteczne w redukcji płytki nazębnej, zwłaszcza w miejscach trudno dostępnych, bo fale dźwiękowe rozchodzą się w płynach (2, 4).

Szczotki międzyzębowe są szczególnie przydatne do oczyszczania przestrzeni międzyzębowych w zębach bocznych. Mają kształt główki przystosowany do oczyszczania przestrzeni, co w połączeniu z ruchami drgającymi daje świetny rezultat czyszczący (2, 4, 9, 12, 20).

Wielu autorów porównuje skuteczność określonych typów szczotek elektrycznych. Na podstawie piśmiennictwa można stwierdzić, że najwyższe oceniane są szczotki rotacyjne i dźwiękowe. Mają one wiele wspólnych zalet:

- warunki techniczne umożliwiają dokładne oczyszczenie,
- są skuteczniejsze w usuwaniu płytki nazębnej od szczotek manualnych,
- są bezpieczniejsze w użytku,
- są zalecane osobom niepełnosprawnym,
- może ich używać cała rodzina (przy wymiennych główkach),
- wymagają lekkiego przyłożenia do oczyszczanej powierzchni i wolnego przesuwania (2, 4).

Przybory do higieny przestrzeni międzyzębowych

Brodawki międzyzębowe uważane są za sejsmograf stanu przyzębia. To tam objawia się zapalenie dziąsła. Stan brodawek zależy od stanu higieny w przestrzeniach międzyzębowych. Sama szczotka nie zawsze wystarczy. Pomocne są wówczas dodatkowe przybory higieniczne. Zabieg oczyszczania przestrzeni jest żmudny i czasochłonny, ale bardzo skuteczny. Do dodatkowych przyborów należą: nici, szczotki międzyzębowe, wykałaczki i stymulatory (2, 4).

Nici dentystyczne mogą być woskowane, przesycone środkami zapachowymi czy fluorem, który służy do oczyszczania powierzchni stycznych i przestrzeni międzyzębowych, redukuje płytkę o 50%. Ich użycie wygląda następująco: zawija się nitkę na palce

obu rąk, wprowadza w przestrzeń międzyzębową i przesuw pionowo, zachowując kontakt z powierzchnią zęba – ostrożnie, by nie uszkodzić dziąseł (2, 4, 10, 12).

Technika używania nici dentystycznej:

Krok 1:

Weź około 50 cm nici i owiń ją luźno wokół środkowych palców (zostawiając na jednym z palców więcej nici niż na drugim), tak aby między palcami zostało około 2 cm nici (fot. 1).

Krok 2:

Napnij nić, używając kciuka i palców wskazujących, i wsuń ją delikatnie między zęby. Uważaj, aby nie zsunąć jej zbyt szybko na dziąsła (fot. 2).

Krok 3:

Zagnij nić wokół zęba na kształt litery C i delikatnie przesuwaj ją w górę i w dół, również poniżej linii dziąseł. Przechodząc do następnego zęba, odkręć czysty kawałek nici (10, 12).

Innymi instrumentami służącymi do oczyszczania powierzchni stycznych i przestrzeni międzyzębowych są wykałaczki i szczoteczki międzyzębowe. Pacjent może sam przyciąć koniec wykałaczki odpowiednio do szerokości przestrzeni lub owinać jej koniec wata. Obecnie polecane są wykałaczki o trójkątnym przekroju. Wprowadzana pomiędzy powierzchnie styczne, powinna być lekko nasiąknięta śliną, co ją delikatnie zmiękcza. Instrument wprowadza się podstawą trójkąta w kierunku brodawki dziąsłowej. Poleca się wykałaczki z fluorem (2, 4, 10).

W miejscach, gdzie są duże przestrzenie międzyzębowe, efektywne są odpowiednie szczoteczki. Dostępne instrumenty różnią się kształtem części pracującej i długością trzymadła. Typ butelkowy szczoteczki o mniejszych wymiarach polecany jest do oczyszczania zachyłków pomiędzy uzupełnieniami protetycznymi. Szczoteczki międzyzębowe powinny być wymieniane co 2-4 tygodnie (2, 4, 10) (fot. 3).

Pasty stosuje się podczas czyszczenia zębów szczoteczką. Środki te zawierają głównie substancje polerujące, oczyszczające (aktywne powierzchniowo), poprawiające smak i zapach, oraz związki lecznicze. Do tych ostatnich

$$API = \frac{\text{suma przestrzeni międzyzębowych z płytką}}{\text{suma wszystkich badanych przestrzeni międzyzębowych}} \times 100\%$$

Aproksymalny Wskaźnik Płytki (API)

należą fluorki, środki przeciwzapalne, znieczulające, zmniejszające nadwrażliwość. Są też pasty przeciwdziałające wytrącaniu się kamienia nazębnego. Preparaty te, oprócz substancji przeciwdziałających próchnicy i zapaleniom dziąseł, zawierają też czynniki uniemożliwiające gromadzenie się nierozpuszczalnych soli, będących głównym składnikiem kamienia nazębnego. Idealna pasta powinna:

- hamować aktywność bakterii rozkładających węglowodany,
- usuwać produkty fermentacji węglowodanów,
- wzmacniać powierzchnię szkliwa przed działaniem kwasów,
- znosić nadwrażliwość zębiny,
- działać przeciwzapalnie,
- zapobiegać odkładaniu się kamienia nazębnego,
- działać wybielająco,
- mieć przyjemny i odświeżający smak.

Obecnie nie ma na rynku pasty spełniającej wszystkie te cechy. Należy dopasować pastę do potrzeb pacjenta (14). Środki używane do produkcji past to: środki ściernie i polerujące (główny składnik zapewniający czyszczenie – fosforan dwuwapniowy), żele krzemionkowe, krzemiany sodowo-glinowe, środki powierzchniowo czynne, pieniące (detergenty) – zmniejszają napięcie powierzchniowe, co ułatwia oczyszczanie (laurylosiarczan sodu i N-lauryloilosarkozynian sodowy – dodatkowo hamuje enzymy bakteryjne), zagęstniki – odpowiadają za utrzymanie konsystencji pasty (pochodne celulozy), alginiany lub modyfikowane skrobie, środki zapobiegające wysychaniu – gliceryna i sorbitol, środki smakowo-zapachowe – kompozycje miętowe z różnymi domieszkami, substancje biologicznie czynne – wyciągi z ziół oraz sole – mogą mieć działanie ściągające (szałwia), przeciwzapalne (tymianek), wzmacniające, substancje wybielające (utleniające) – chlorany, nadtlenki. Dodatkowo w celu zmniejszenia nadwrażliwości szyjek stosuje się związki strontu, pirofosforany, by przeciwdziałać odkładaniu się kamienia, a aby zwiększyć działanie przeciwbakteryjne – triklosan, chlorheksydynę. Przy wy-

borze pasty należy oczywiście zwrócić uwagę na zawartość fluoru. Pasty dla dzieci zawierają od 0,025% do 0,05%, a dla młodzieży i dorosłych – 0,1-0,15%, istnieją też pasty o wysokim stężeniu fluoru – ponad 0,15% (14, 20, 21).

Dopełnieniem higieny jest użycie irygatorów wodnych. Są to urządzenia służące do przepłukiwania przestrzeni międzyzębowych i kieszonek dziąsłowych. Uzupełniają szczoteczkę do zębów i nici dentystyczne, lecz ich nie zastępują. Stosowane są głównie w procesie leczenia przyzębia objętego stanem zapalnym, wraz ze szczoteczką do zębów zmniejszają stan zapalny dziąseł o ok. 50%. Urządzenia irygacyjne wykorzystują ciepłą wodę, sól fizjologiczną i inne środki. Prąd wodny usuwa resztki pokarmowe i płytkę bakteryjną z trudno dostępnych miejsc.

Bardzo przydatnym uzupełnieniem zabiegów higienicznych jest kontrola ich skuteczności. W sprzedaży dostępne są roztwory i tabletki wybarwiający płytkę nazębną. Poleca się używanie tych środków w celu samokontroli efektywności wykonanych zabiegów higienicznych. Po przepłukaniu jamy ustnej odpowiednim preparatem pozostająca płytka nazębna zmienia barwę na łatwo dostrzegalny kolor (różowy lub czerwony). Istnieją też roztwory fluorescencyjne, które pod wpływem niebieskiego światła zmieniają kolor, np. na żółtozielony. Ostatni rodzaj substancji ma zastosowanie głównie w gabinetach stomatologicznych.

Istnieją też sposoby na wybarwienie i odróżnienie starej płytki nazębnej od nowo powstałej. Dłużej zalegające złoże wybarwiają się na niebiesko, świeża płytka ma kolor czerwony. Opisane metody diagnostyczne pozwalają wyodrębnić miejsca gorzej oczyszczone lub pomijane podczas zabiegów higienicznych. Dzięki temu można indywidualnie dobrać metodę szczotkowania zębów oraz odpowiednie instrumentarium dodatkowe (2, 4, 6, 10, 16, 21).

Istotnym elementem zabiegów higienicznych jest szczotkowanie języka. Gromadzi się na nim nalot zawierający drobnoustroje i złuszczone komórki stanowiące rezerwuuar składników płytki nazębnej. Należy go usuwać specjal-

nymi szczotkami, które pojawiają się na rynku (10).

Do metod oczyszczania należy też płukanie jamy ustnej, ale nie może ono być podstawą higieny, pacjentom można ją polecić w sytuacjach, kiedy nie mają możliwości umycia zębów. Płukaniem usuwa się prawie połowę resztek pokarmowych, jedną z jego form jest irygacja, czyli płukanie pod zwiększonym ciśnieniem. Służą do tego specjalne urządzenia, które zapewniają oczyszczenie powierzchni zębów i masaż dziąseł.

Aby zwiększyć efektywność, stosuje się specjalne płukanki. Powinny charakteryzować się szerokim spektrum działania antybakteryjnego, stabilnością chemiczną i długim utrzymywaniem w jamie ustnej. Najczęściej stosowanym środkiem antyseptycznym jest chlorheksydyna – spełnia ona wymienione cechy, jej wadą jest przebarwienie wypełnień i szkliwa przy dłuższym stosowaniu; stosuje się 0,2-proc. roztwór wodny w ilości 10 ml dwa razy dziennie. Stosowana jest również jako dodatek do past, żeli, aerozoli. Triklosan działa przeciwzapalnie, antybakteryjnie (redukuje płytkę nazębną) i przeciwbólowo. Płukanki zawierają 0,03% roztworu, dodaje się go też do past. Sangwinaryna (alkaloid), wyciąg z kłaczy krwawnika kanadyjskiego, stosowana jest w stężeniach 0,01-0,03% do płukank wieloskładnikowych. Dodatkowo mogą być też sole cynku hamujące rozwój płytki nazębnej, cetylopirydyna i heksetydyna (13-15).

W sytuacjach gdy nie ma możliwości umycia zębów, można zastosować gumy do żucia. Zawierają one sorbitol lub ksylitol, które wykazują pewne działanie antybakteryjne. Ponadto pobudzają wydzielanie śliny, co zwiększa pH i jej zdolności buforowe. Guma nie powinna zawierać cukru i żucie jej nie powinno trwać więcej niż 10 minut – dłuższe może niekorzystnie wpływać na staw skroniowo-żuchwowy i mięśnie (13-15). □

*Specjalistyczna Klinika Stomatologiczna
Impladent
Gdańsk
tel. 58 691 71 47

Piśmiennictwo dostępne w numerze 1/2011.