

dypl. hig. stom. **Natalia Szeląg**

# Szczoteczka do zębów – cz. I

Na pozór mogłoby się wydawać, że szczotkowanie zębów to temat powszechnie znany. Szczoteczka to pozornie prosty przedmiot, który odgrywa kluczową rolę w domowej higienie jamy ustnej. Jednak często bywa, że nasi pacjenci popełniają błędy już na etapie wyboru szczoteczki do zębów, sięgając po zbyt twarde szczotki.

Równie często pacjenci stosują niepoprawne techniki szczotkowania lub szorują zbyt agresywnie, doprowadzając do destrukcji tkanek miękkich, a nierzadko również samych zębów. Te wszystkie błędy doprowadzają do tego, że pomimo regulaminowego czasu szczotkowania na zębach pozostaje nieusunięta płytka bakteryjna, która, długotrwale zalegając, doprowadza do zapalenia dziąseł. Do higienistki stomatologicznej należy więc nie tylko dobór odpowiednich akcesoriów do higieny jamy ustnej, ale także wyczerpujący i zrozumiały dla pacjenta instruktaż ich użycia. Dobrze wyedukowany pacjent będzie skutecznie usuwał płytkę bakteryjną i resztki pokarmowe, a tym samym zminimalizuje ryzyko wystąpienia próchnicy oraz zapalenia dziąseł.

## Trochę historii...

Szczotka do zębów ma długą i zawiłą historię. Pierwsze wzmianki o używaniu przedmiotów służących do czyszczenia zębów pochodzą już z czasów starożytnych. Początkowo używano zmiądzonych gałązek i korzeni, którymi pocierano zęby. Prototyp obecnej szczotki stworzony został w Chinach w XV wieku. Produkcję masową rozpoczął William Addis w 1780 roku, w Anglii. Były to szczotki zawierające włosie zwierzęce, które nie wysychały, na skutek czego szybko namnażały się w nich bakterie. Ogromnym sukcesem było zastąpienie włosia naturalnego materiałem syntetycznym w 1938 r.

## Budowa i podział szczoteczek

Szczotka do zębów zbudowana jest z trzech części: główki, szyjki i rączki (rękojeści). Główka szczotki

powinna być zaokrąglona, a swoim zasięgiem obejmować od 2 do 3 zębów. Ważna jest też jej szerokość. Nie powinna przekraczać 15 mm, ponieważ gwarantuje to dotarcie do trudno dostępnych, policzkowych i językowych powierzchni trzonowców. Szyjka szczoteczki musi być elastyczna, aby uniemożliwić wywieranie zbyt dużego nacisku. Rączka powinna być antypoślizgowa, zbudowana w taki sposób, aby wygodnie leżała w dłoni pacjenta.

Jednym z najczęściej stosowanych podziałów jest ten ze względu na twardość włosia. Wyróżniamy szczotki: twarde, średnie, miękkie lub ultramiękkie. Im twardsze włosie, tym jego średnica jest większa. Wynosi od 0,1 mm do 0,3 mm. Grubość włosia wpływa natomiast na gęstość ustawienia włókien na główce szczotki. Liczba włosów może być różna – od 900 do 5500.

Inna klasyfikacja obejmuje podział na szczotki dla dorosłych oraz dla dzieci. Szczoteczki dla dzieci są zdecydowanie mniejsze. Główka takiej szczoteczki ma od 7 do 15 mm, w zależności od tego, do jakiej grupy wiekowej jest skierowana. Rękojeść tych szczotek jest krótsza i szersza, aby ułatwić utrzymanie w małej ręce dziecka. Musi również być łatwa do złapania przez rodzica, który powinien doczyszczać zęby malucha.

Szczoteczki można również podzielić na manualne i elektryczne. Manualne to takie, które wymagają wykonywania precyzyjnych ruchów i zastosowania odpowiedniej techniki szczotkowania. Ruchy szczoteczek elektrycznych są z góry określone przez producentów. Badania wykazują znaczącą przewagę szczotek

elektrycznych nad manualnymi w usuwaniu płytki bakteryjnej.

Dodatkowo szczotki elektryczne są wygodne, łatwe w użyciu i nie wymagają dużej zręczności i zaangażowania.

Istnieją dwa podstawowe rodzaje szczotek elektrycznych:

- Soniczne – generator fal dźwiękowych wprawia włosie szczoteczki w mikrodrżania. Emisja fal dźwiękowych rozbija płytkę bakteryjną. Wykorzystane zostało tu zjawisko kawitacji oraz zjawisko akustyczne. Częstotliwość drgań na minutę wynosi od 15 000 do 40 000.
- Obrotowe – został w nich zastosowany równoczesny ruch pulsacyjny, oscylacyjny i rotacyjny. W zależności od wybranej funkcji, częstotliwość wynosi od 2 tys. do 10 tys. ruchów oscylacyjno-rotacyjnych i do 40 tys. ruchów pulsacyjnych na minutę.

Szczoteczki elektryczne mają wymienne główki o różnej wielkości i twardości włosia. Zalecane są dla wszystkich pacjentów, jednak w szczególności dla osób o obniżonej zdolności manualnej i motorycznej oraz dla dzieci.

Na rynku dostępnych jest wiele rodzajów szczotek manualnych. W zależności od potrzeb można nabyć składaną szczotkę turystyczną, której włosie po złożeniu zabezpieczone jest przed zanieczyszczeniem. Są również szczoteczki jednorazowego użytku nasączone pastą do zębów.

Jeżeli pacjent nie stosuje odpowiedniej techniki albo zbyt mocno szoruje zęby, wówczas włosie trwale odkształca się i traci swoją elastyczność. Taka szczotka nie będzie skuteczna w usuwaniu płytki bakteryjnej. Co gorsze, powyginane włosie może traumatyzować dziąsło, co doprowadza do recesji dziąsła, odsłonięcia szyjek zębów i ich nadwrażliwości.

Pamiętajmy więc, aby poinformować pacjenta o konieczności wymiany szczoteczki manualnej i wymiennych główek co najmniej raz na trzy miesiące. Warto również sięgnąć po nową po przebytej chorobie górnych dróg oddechowych albo innej infekcji jamy ustnej, gdyż we włosiu szczoteczki szybko namnażają się bakterie.

### Dobór szczoteczki do zębów

Dobierając dla pacjenta szczotkę oraz inne przybory do higieny jamy ustnej, musimy kierować się jego indywidualnymi preferencjami oraz dodatkowo uwzględnić:

- stan dziąseł i zębów,
- wiek pacjenta,
- zdolności manualne,
- miejsca retencji płytki bakteryjnej.

### Metody szczotkowania

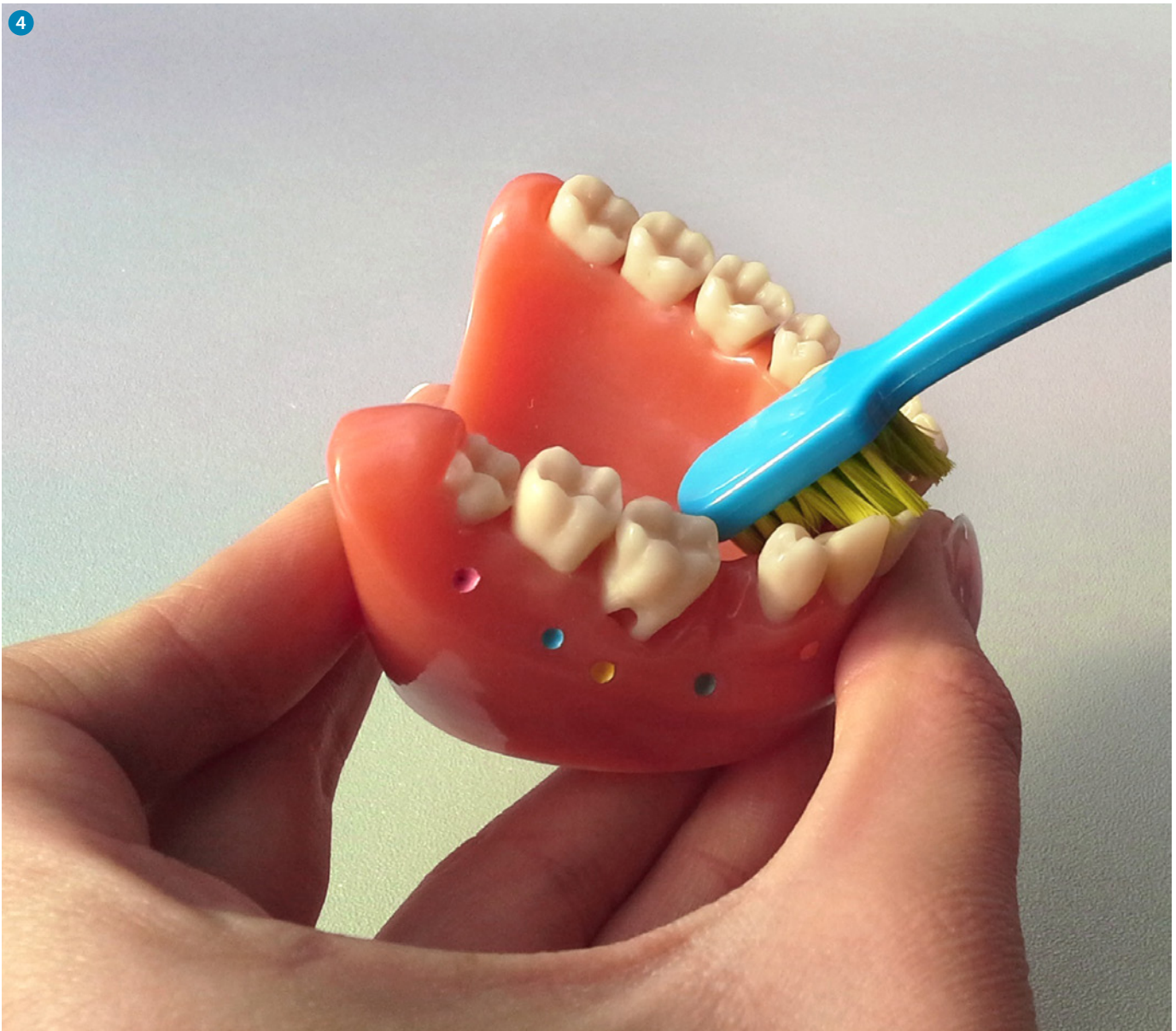
Równie ważny, co dobór szczoteczki, jest jej sposób użycia. Stosowanie nieprawidłowej techniki może doprowadzić



Fot. 1. Recesje i ubytki abrazyjne u pacjenta stosującego zbyt agresywne szczotkowanie



Fot. 2-3. Szczotka do zębów pacjenta stosującego zbyt agresywne szczotkowanie (zużyta szczotka, która nie spełnia już swoich funkcji)



Fot. 4-5. Instruktaż szczotkowania na modelu Fot. 6. Główna szczoteczki sonicznej i szczoteczki manualnej

do nieodwracalnych zmian obrębie dziąseł. Wyróżniamy następujące techniki szczotkowania:

- Metoda Bass (polecana najczęściej) – włosie szczoteczki ustawiamy pod kątem 45° w okolicy szyjek zębów, kierujemy je do wierzchołków korzeni zębów. Wykonujemy niewielkie poziome ruchy drgająco-wibrujące. Zaleca się wykonanie 5 powtórzeń – każde składające się z mniej więcej 30 ruchów. Metoda ta wymaga stosowania wyłącznie miękkiej szczoteczki.
- Metoda roll – szczoteczki ustawiamy pod kątem 45°, włosie kierując do wierzchołków korzeni. Część pracująca szczoteczki powinna być równoległa do powierzchni żującej zębów. Wykonujemy ruchy obrotowo-wymiatające. Metoda zalecana jest dla pacjentów z chorobami przyzębia.
- Metoda Stillmanna – „masująco-oczyszczająca”. Szczoteczki skierowaną włosiem do wierzchołka korzenia układamy pod kątem 45°. Włosie powinno obejmować częściowo dziąsło i koronę zęba. Część pracująca szczoteczki ruchem poprzecznie-wibrującym z dziąsła przesuwamy na koronę zęba, a następnie ruchem wymiatającym w kierunku brzegu siecznego lub powierzchni żującej. Metoda polecana jest przy recesji dziąseł i u pacjentów z cienkim fenotypem dziąseł.

- Metoda Chartersa – wskazana jest dla osób z chorobami przyzębia i z recesjami dziąseł. Jest jednak dość trudną techniką i wymaga dokładnego wyćwiczenia z pacjentem, ponieważ niewłaściwe stosowanie może doprowadzić do uszkodzenia dziąsła. Układamy szczoteczki pod kątem 45°, włosie kierujemy w stronę płaszczyzny zgryzowej (powierzchni żującej/ brzegu siecznego), tak, aby znajdowało się częściowo na dziąśle i częściowo na koronie zęba. Szczoteczki wykonujemy ruchy obrotowe przy jednoczesnym i równomiernym ucisku na dziąsła.
- Metoda Fonesa (metoda najłatwiejsza, a zarazem najmniej dokładna) – nie oczyszcza dokładnie okolicy szczeliny dziąsłowej oraz przestrzeni międzyzębowych. Polecana jest do stosowania przez dzieci oraz przez osoby upośledzone. Szczotkę ustawiamy pod kątem prostym do dziąsła, wykonujemy określone ruchy obrotowe, obejmując dziąsło i korony zębów. □

*Natalia Szelaż – dyplomowana higienistka stomatologiczna, od sześciu lat związana z gabinetem Barbary i Tomasza Śmigiel.*

*Swoje umiejętności gromadziła i poszerzała na wielu kursach, szkoleniach i konferencjach dla higienistek. Pragnie, aby pacjenci wychodzili z gabinetu nie tylko z „czystymi zębami”, ale również wiedzą, która pomoże im w dbaniu o zdrowie swoje i ich bliskich.*



Fot. 7. Szczotkowanie