

Współpraca lekarza i higienistki stomatologicznej w zapobieganiu chorobom przyzębia i ich leczeniu

lek. dent. **Anna Seget-Bieniasz**, dypl. hig. stom. **Natalia Szeląg**

Zapalenie przyzębia można scharakteryzować jako nieustępujący proces zapalny, który nie jest w stanie usunąć wywołujących go drobnoustrojów. Przewlekłe postępujące zapalenie wywołwane przez biofilm bakteryjny jamy ustnej jest odpowiedzialne za destrukcję tkanek przyzębia (1).

Rozpoznanie choroby opiera się na badaniu klinicznym i radiologicznym (2). Podstawowymi parametrami ocenianymi w trakcie badania są: głębokość kieszonek, utrata przyczepu łącznotkankowego i stopień objęcia furkacji w zębach wielokorzeniowych (3). Badanie radiologiczne jest uzupełnieniem klinicznego badania i pomaga w ustaleniu właściwego rozpoznania (4). Najczęściej wykonywane są zdjęcia pantomograficzne (ryc. 1) oraz pojedyncze zdjęcia zębowe (3). Są to zdjęcia sumacyjne, w których występuje niekorzystne zjawisko nakładania się na siebie struktur, co uniemożliwia ocenę blaszek kostnych: przedsionkowej i językowej (3, 5). Ocena zmian w furkacjach zębów wielokorzeniowych także jest niemiarodajna. Nierzadko rutynowe zdjęcia rtg. bywają niewystarczające w postępowaniu diagnostycznym. W takim przypadku zalecane jest wykonanie badania CBCT (tomografii wiązki stożkowej), która pozwala na bardziej szczegółową ocenę uszkodzenia tkanki kostnej (3, 5).

Tomografia komputerowa wiązki stożkowej pozwala na wielowymiarowe badanie struktur przyzębia i uwidocznienie ubytków kostnych w furkacjach zębów wielokorzeniowych, niemożliwych do zdiagnozowania za pomocą innych metod (ryc. 2). Pozwala na oddzielną ocenę blaszki zbitej policzkowej/przedsionkowej i podniebiennej/językowej. Dzięki temu możliwe jest obrazowanie fenestracji i dehiscencji. Wyeliminowanie niekorzystnego zjawiska nakładania się struktur anatomicznych na siebie umożliwia dokładną i wczesną diagnostykę chorób przyzębia, co przekłada się na indywidualne planowanie leczenia i rokowanie długoterminowe. Współcześnie CBCT staje się coraz bardziej nieodzownym elementem wykorzystywanym do planowania zabiegów periodontologicznych. Nie należy zapominać także o możliwości wykorzystania CBCT w obserwacji miejsc pooperacyjnych, zwłaszcza po zabiegach sterowanej regeneracji tkanek (3).

ZASTOSOWANIE TOMOGRAFII WOLUMETRYCZNEJ W PERIODONTOLOGII:

trójwymiarowe obrazowanie pionowych ubytków kostnych
trójwymiarowe obrazowanie ubytków kostnych w furkacjach zębów wielokorzeniowych, zwłaszcza w szczęce
wykrywanie fenestracji i dehiscencji
kontrola efektów leczenia

Leczenie zapaleń przyzębia to postępowanie kompleksowe, składające się z trzech faz: wstępnej, zwanej również higienizacyjną, korekcyjnej i podtrzymującej. Celem fazy higienizacyjnej jest opanowanie stanu zapalnego dziąsła przez mechaniczne i chemiczne metody zwalczania płytki nazębnej, a także ograniczenie współistniejących czynników ryzyka (4). W przypadku przewlekłego zapalenia przyzębia jest to w istocie faza etiologiczna (6). Niezbędna jest także edukacja pacjenta w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej, bez której nie ma szansy na uzyskanie pozytywnych efektów leczenia. Bardzo ważne jest także uświadomienie pacjentowi, że nie istnieje sposób zapewniający szybkie i pewne wyleczenie. Inaczej niż w wielu dziedzinach stomatologii wyniki leczenia zależą głównie od podejścia pacjenta do choroby. Oznacza to konieczność uświadomienia pacjentom ich decydującego wpływu

TITLE: Cooperation of doctor and dental hygienist in the prevention and treatment of periodontal diseases

STRESZCZENIE: Aby osiągnąć cel, jakim jest kompletne wyleczenie pacjenta, potrzebna jest grupa współpracujących ludzi, w której każdy specjalizuje się w swojej dziedzinie. Często korzystamy z pomocy implantologa, ortodonta czy periodontologa, niestety ciągle w niewielu przypadkach pacjenci trafiają pod stałą opiekę higienistki. To niepokojące, ponieważ zespołowe działanie lekarza i higienistki jest najskuteczniejszą walką z zapaleniem przyzębia. Celem artykułu jest uświadomienie, jak ważną rolę w zespole stomatologicznym odgrywa higienistka stomatologiczna.

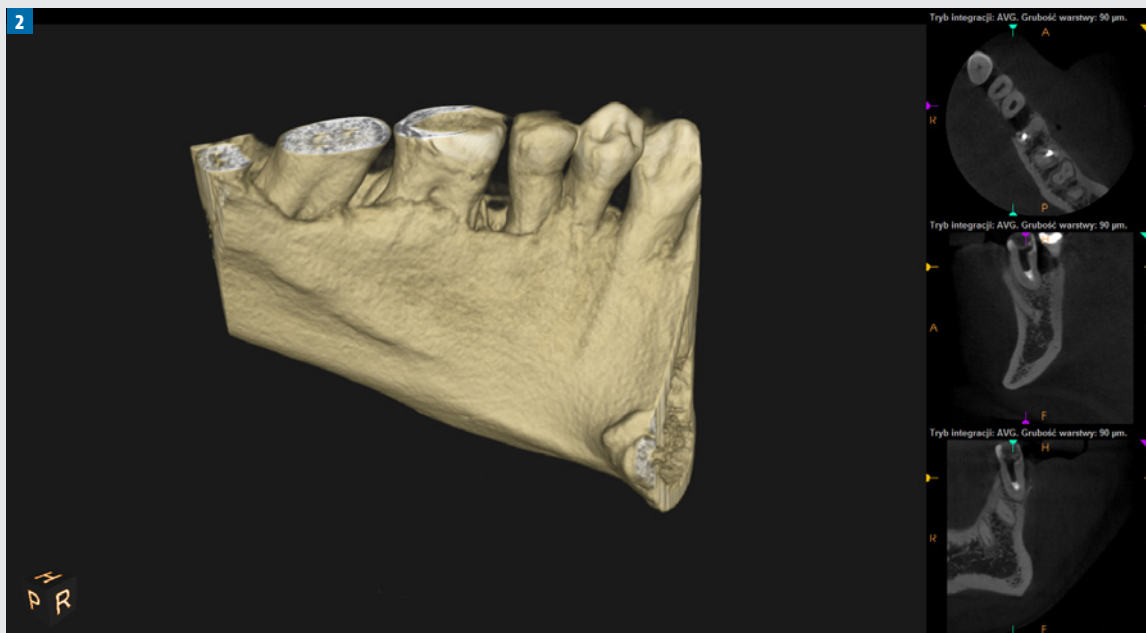
SŁOWA KLUCZOWE: higienistka stomatologiczna, choroby przyzębia

SUMMARY: To achieve the goal of a complete cure of the patient, you need a group of people cooperating, in which each specialized in their field. Often we use the help of implantologist, orthodontist or periodontologist, but still in very few cases, patients get the ongoing care of a hygienist. This is worrying because a team of doctor and hygienist action is the most effective fight against periodontal disease. This article aims to realize the important role played in the team by dental hygienist.

KEYWORDS: dental hygienist, periodontal disease



Ryc. 1. Rekonstrukcja pantomograficzna ujawnia zakres poziomego niszczenia kości, natomiast nie dostarcza precyzyjnych informacji na temat morfologii pionowych ubytków kostnych



Ryc. 2. Trójwymiarowa wizualizacja badanego obszaru pozwala na dokładną ocenę ubytków kości

wu na stan przyzębia, przedstawienia etiologii choroby i konsekwencji niepodjęcia leczenia (1).

Niestety w większości gabinetów rola higienistki nadal nie jest doceniana, a to właśnie jej zadaniem powinno być przygotowanie pacjenta do leczenia (7). Jeśli chodzi o pacjenta periodontologicznego, to jej rola nabiera jeszcze większego znaczenia. Higienistka jest osobistym trenerem pacjenta. Współpracuje z pacjentem, uczy go prawidłowej higieny, nieustannie motywuje. Rzetelna praca higienistki jest jednym z najbardziej skutecznych sposobów uzyskania przewidywalnych wyników leczenia periodontologicznego (1, 7).

Podczas pierwszego spotkania na podstawie analizy zdjęć pantomograficznych oraz badania wewnątrz-

ustnego higienistka wyznacza liczbę oraz częstotliwość wizyt. Zostają przeprowadzone pomiary kieszeni patologicznych oraz oznaczone wskaźniki API oraz PBI. Następnie przeprowadza zabieg usunięcia złogów kamienia nad- i podziąsłowego. Jeżeli stan dziąseł na to pozwala, wykonuje również piaskowanie koron oraz dokładne polerowanie. W trakcie zabiegu dokładnie analizuje stan zębów oraz dobiera odpowiednie akcesoria do domowej higieny oraz odpowiednią metodę szczotkowania (ryc. 3). Usunięcie złogów u pacjenta periodontologicznego może wymagać więcej niż jednej wizyty. Mogą to być dwie wizyty lub przy dużej ilości złogów – nawet cztery. Ostatnim etapem każdego spotkania jest dokładny instruktaż higieny jamy ustnej (ryc. 4). Najlepiej, jeżeli jest ▶



Ryc. 3. Istnieje szeroka gama produktów do higieny jamy ustnej. Ważne, aby zostały one indywidualnie dopasowane do potrzeb pacjenta

► on przeprowadzony w ustach pacjenta i uzupełniony jest ćwiczeniami przed lustrem.

Często spotykanym błędem jest pominięcie tej decydującej o skuteczności leczenia części terapii i przejście od razu do fazy korekcyjnej, czyli do wykonywania zabiegów chirurgicznych lub leczenia protetycznego. Lekarz rezygnuje wówczas z obserwacji reakcji przyzębia na poszczególne zabiegi wykonywane w obszarze naddziąsłowym

oraz na niechirurgiczne leczenie poddziąsłowe. Pracuje wówczas z zupełnie nieprzygotowanym pacjentem w zakresie higieny jamy ustnej, z wyjściowymi parametrami stanu zapalnego i destrukcji tkanek przyzębia. Jest to oczywisty błąd w sztuce (6). Zdecydowana większość zapaleń dziąseł ustępuje całkowicie po wdrożeniu fazy higienizacyjnej, a w celu uzyskania trwałej remisji najczęstszej periodontopatii, jaką jest przewlekłe zapalenie przyzębia, często zupełnie wystarczające jest niechirurgiczne leczenie periodontologiczne (8).

Niechirurgiczne leczenie zapalenia przyzębia może być niewystarczające w przypadkach rozległej destrukcji tkanki kostnej oraz wtórnego przemieszczenia zębów. W celu odbudowy ubytków kości wyrostka zębodołowego i odnowy przyczepu łącznotkankowego konieczne jest rozważenie regeneracji tkanek przyzębia. Celami zabiegów chirurgicznych mogą być także uzyskanie dostępu do powierzchni korzeni zębów, umożliwienie kontroli płytki nazębnej poprzez np. spłycenie głębokości kieszonek lub korektę uwarunkowań anatomicznych, poprawa warunków topograficznych w obszarze śluzówkowo-dziąsłowym oraz poprawa estetyki (4, 8). Współczesnym wymogiem leczenia periodontologicznego jest najdalej idąca personalizacja postępowania, uwzględniająca profil pacjenta oraz jego oczekiwania (2). Dlatego każdy zabieg, jego cel oraz możliwy wynik powinny być dokładnie omówione przez lekarza.



Ryc. 4. Instruktaż higieny jamy ustnej może być przeprowadzony w ustach pacjenta lub na modelu

Po wstępnym leczeniu periodontologicznym pacjent wchodzi w okres leczenia podtrzymującego. Jest to systematyczne postępowanie profilaktyczne dążące do utrzymania wyników leczenia (4). Zazwyczaj powinna prowadzić je higienistka. Dzięki systematycznym zabiegom oczyszczania płytki nazębnej i kontroli stanu przyzębia istnieje duża szansa na zatrzymanie postępu choroby. Każda wizyta powinna zakończyć się rozmową z pacjentem na temat aktualnego stanu dziąseł, przyzębia i stopnia utrzymania higieny jamy ustnej. W razie potrzeby należy powtórzyć instruktaż jamy ustnej, a nawet przećwiczyć z pacjentem oczyszczanie powierzchni, na których zalega płytka. Częstość wizyt kontrolnych jest ustalana indywidualnie dla każdego pacjenta w zależności od stanu higieny jamy ustnej oraz zaawansowania stanu chorobowego. Wizyty u higienistki ustala się początkowo raz na 3 miesiące. Odstępy mogą być zwiększane, ale tylko w wyniku zdecydowanie dobrej higieny. Jednym z najważniejszych elementów spotkania jest motywowanie pacjenta do pełnej współpracy podczas dożywotniej fazy podtrzymującej (1). Pamiętajmy, że pacjent periodontologiczny nigdy nie jest uznawany za wyleczonego.

Leczenie chorób przyzębia nie jest łatwe. Sukces w leczeniu zależy od zaangażowania i zmotywowania pacjenta do walki z chorobą. Dlatego to właśnie komunikacja

z pacjentem jest najprawdopodobniej najważniejszym etapem postępowania. Nawet wizyty w odstępie trzech miesięcy nie dadzą należytego efektu, jeżeli pacjent nie będzie dbał o higienę jamy ustnej. ■

Piśmiennictwo

1. Turani D., Bisset S.M., Preshaw P.M.: *Techniques for effective management of periodontitis*, „Dental Update”, 2013, 40, 181-184, 187-190, 193.
2. Pietruska M., Cholewa M., Duraj E., Skurska A., Dolińska E., Pietruski J., Waszkiewicz-Sewastianik E.: *Ocena kliniczna i radiologiczna leczenia chirurgicznego zlokalizowanego agresywnego zapalenia przyzębia*. „Magazyn Stomatologiczny”, 2013, 23, 44-50.
3. Górski B., Górska R.: *Tomografia komputerowa wiązką stożkową jako użyteczne narzędzie w periodontologii*. „Nowa Stomatologia”, 2012, 4, 161-164.
4. Banach J., Dembowska E., Górska R., Jańczuk Z., Konopka T., Szymańska J., Ziętek M.: *Praktyczna periodontologia kliniczna*. Kwintesencja, Warszawa 2004.
5. Różyło-Kalinowska I., Różyło T.: *Tomografia wolumetryczna w praktyce stomatologicznej*. Czelej, Lublin 2011.
6. Konopka T., Ziętek M.: *Błędy w kompleksowym leczeniu zapaleń przyzębia*. „Czasopismo Stomatologiczne”, 2005, 58 (11), 779-785.
7. Jurczyński W.: *Rola higienistek stomatologicznych w leczeniu zapaleń przyzębia*. „Medycyna praktyczna – stomatologia”, 2013, 4, 82-84.
8. Wnukiewicz J., Konopka T.: *Chirurgiczne leczenie chorób przyzębia*. „Twój Przegląd Stomatologiczny”, 2008, 7-8, 11-17.

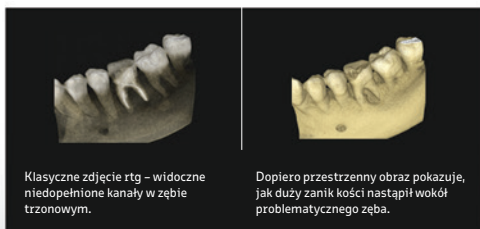
reklama

SPECJALISTYCZNE BADANIA TOMOGRAFICZNE CBCT

Wykonujemy tomografię wycinkową zębów do leczenia:

- ENDODONTYCZNEGO
- USUNIĘCIA ZĘBÓW ZATRZYMANÝCH
- TORBIELI
- IMPLANTACJI

Możliwość wykonywania rzeczywistych pomiarów 1:1.



Klasyczne zdjęcie rtg – widoczne niedopelnione kanały w zębie trzonowym.

Dopiero przestrzenny obraz pokazuje, jak duży zanik kości nastąpił wokół problematycznego zęba.

3Dtomo
PRACOWNIA TOMOGRAFII
STOMATOLOGICZNEJ I LARYNGOLOGICZNEJ



Katowice ul. Św. Jacka 14
poniedziałek i czwartek: 9:00-18:00
wtorek i środa: 9:00-17:00
piątek: 9:00-15:00
Tel. 669 669 532
www.3dtomo.pl