

1. ПОСТАОКА ЗА ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТОТ ОД АСПЕКТ НА ОРАЛНА ХИГИЕНА

- 1.1Орална хигиена:** Постапки за згрижување на пациентот
- 1.2Прибирање на податоци
- 1.3Утврдување на оралната хигиена
- 1.4План на терапија
- 1.5Примена
- 1.6Резултати
- 1.7Социјални, економски и културни согледувања**

2. ИСТОРИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

2.1 . Анамнеза

2.1.1. Лични податоци

2.1.2. Социјална анамнеза

2.1.3. Главни тегоби

2.1.4. Историја на сгашната болест

2.1.5. Медицинска анамнеза

2.1.6.Фамилијарна анмнеза

2.1.7. Забна анамнеза

2.2. Табела 1: Формулар за забна анамнеза

2.3. Табела 2:Формулар за медицинска анамнеза

2.4. Табела 3: Интервју за медицинска анамнеза

2.5. Табела 4

3. ЕТИОЛОГИЈА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

3.1. Примарна етиологија-бактерии и нивни продукти

3.1.1.Бактериски фактори

3.1.2. Супрагингивален плак

3.1.3. Формирање на супрагингивален дентален плак

3.1.4. Субгингивален плак

3.1.5. Механизми на бактериско дејство

3.2. Локални дополнителни ризик фактори за пародонтална болест

3.2.1. Забен камен

3.2.2. Материја алба и дебрис

3.2.3. Анатомски фактори

3.2.4. Јатрогени фактори

3.2.5. Ортодонтски надоместоци

3.2.6. Траума при четкање

3.2.7. Лоши навики

3.2.8. Импакција на храна

3.2.9. Хемиска повреда

3.2.10. Пигментации на забите

3.2.11. Оклузија

3.3. Системски ризик фактори за пародонтопатија

4. ГИНГИВАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА

4.1. Плак асоциран гингивит

4.2. Гингивит асоциран со лекови

4.3. Гингивални заболувања асоциирани со ендокриниот систем

4.3.1. Гравидарен гингивит

4.3.2. Гингивит асоциран со орални контрацептиви

4.3.3. Пубертетски гингивит

4.4. Гингивални заболувања во склоп на некои системски состојби
(мукокутани заболувања)

5. ИНДЕКСИ НА ОРАЛНА ХИГИЕНА

5.1 Критериуми за избор

5.1.1. Едноставност за употреба

5.1.2. Брз за изведување и практичен

5.1.3. Сензитивност на методата

5.1.4. Валидност на методата

5.2. Визуелизација на денталниот плак

5.3.1. O`Leary, Drake, Naylor, или плак контрола запис

5.3.1.1. Методологија на одредување

5.3.1.2. Пример за калкулација

5.3.2. Плак индекс по Sillnes и Loe :

5.3.2.1. Пример за калкулација:

5.3.3 Индекс за одредување на денталниот плак (симплифициран ОХИ индекс по Green Vermilion)

5.3.4 Плак индекс po Turesky-Gilmore-Glikman (модификација на Quigley-Hein плак индекс)

5.3.4.1 Пример за калкулација

5.3.5 Апроксималем плак индекс

6. ИНДЕКСИ НА ЗАБЕН КАМЕН

6.1 Симплифициран калкулус индекс како дел од ОХИ индексот (Green-Vermillion 1967).

6.1.1 Пример за калкулација за вкупниот ОХИ индекс

6.2 Volpe Manhold калкулус индекс

6.3 Miller-ов калкулус индекс

7. ОДРЖУВАЊЕ НА ОРАЛНАТА ХИГИЕНА ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ

7.1 Што е орална хигиена спроведена во домашни услови?

7.2 Механичка плак контрола

7.3 Избор на четкичка за заби

7.4 Видови на четкички

7.5 Одржување на четкичките за заби

7.6 Електрични четкички за заби

7.7 Ефикасност од употребата на електричните четкички за заби

7.7.1 Препораки за употреба на електричните четкички за заби

8. ТЕХНИКИ НА ЧЕТКАЊЕ НА ЗАБИТЕ

8.1 Хоризонтална метода

8.2 Циркуларна или Fones-ова метода

8.3 Техника на полукружни движења или рол метода

8.4 Bass-ова вибрациона техника

8.5 Модифицирана Bass-ова техника

8.6 Gotlib-Orban-Kirrler-ова метода

8.7 Вертикална метода

8.8 Stillman-ова метода

8.9 Charter –ова метода

8.10 Модифицирана Stillman-ова метода

8.11. Честота на четкањето на забите

8.12. Последици од неправилно четкање на забите и неправилен избор на четкичка

9. ПОМОШНИ СРЕДСТВА ЗА ОДРЖУВАЊЕ НА ОРАЛНАТА ХИГИЕНА (ГРИЖА ЗА ИНТЕРДЕНТАЛНИТЕ ПРОСТОРИ)

9.1 Видови на гингивални простори

9.2 Видови на помошни средства за одржување на оралната хигиена во интерденталните простори

9.3. Дентален конец и дентална трака

9.4. Интердентални четкички

- 9.5. Интердентални стимулатори со гумен врв (интердентални гумички)
- 9.6. Дрвени чепкалки
- 9.7. Електрични интердентални апарати за отстранување на денталниот плак
- 9.8. Останати средства кои можат да се применат за отстранување на интерденталниот плак
- 9.9. Грижа за јазикот
- 9.10. Последици од неправилна примена на помошните средства
- 9.11. Совети на пациентот

10.ОРАЛНА ИРИГАЦИЈА

- 10.1 Апарати за орална иригација
- 10.2 Ефикасност од употребата на оралните иригатори
- 10.3 Индикации
- 10.4 Мерки на претпазливост
- 10.5 Иригација или четкање на забите?

11. ПРЕЧУСТВИТЕЛНОСТ НА ЗАБИТЕ (ХИПЕРСЕНЗИТИВИТЕТ)

- 11.1 Флуориди:
 - 11.1.1 Амбуланско лекување
 - 11.1.2 За домашна употреба
 - 11.2 Материјали за реставрација

12. ФАРМАКОЛОШКИ ПРЕПАРАТИ ВО ОДРЖУВАЊЕТО НА ОРАЛНАТА ХИГИЕНА

- 12.1 Класификација на препаратите за одржување на орална хигиена
 - 12.1.1 Chlorhexidine-gluconate
 - 12.1.1.1. Индикации за примена
 - 12.1.1.2. Начин на примена
 - 12.1.1.3. Несакани последици
 - 12.1.2 Сангуинарине
 - 12.1.3. Фенолни препарати
 - 12.1.4. Кватерни амониумски препарати
 - 12.1.5. Пероксиди и перборати
 - 12.1.6. Јодни препарати
 - 12.1.7. Флуориди
- 12.2. Раствори кои се користат како средства пред четкање на забите
- 12.3. Раствори за испирање без алкохол
- 12.4. Пасти за заби
 - 12.4.1. Составни делови на пастите за заби
 - 12.4.2. Забни пасти со флуор
 - 12.4.3. Забни пасти со калај флуорид

- 12.4.4. Забни пасти што содржат триклосан
- 12.4.5. Забни пасти со натриум бикарбонат/водород пероксид
- 12.4.6. Забни пасти за спречување на создавањето на забен камен
- 12.5. Водички за испирање кај пречувителноста на забите
- 12.6. Забни пасти кои содржат сангвинарија
- 12.7. Други видови забни пасти

13. ОРТОДОНТСКИ ПАЦИЕНТИ

- 13.1 Едукација и комуникација
- 13.2 Инструкции за миење на заби
- 13.3 Инструкции за забен конец
- 13.4 Декалцификација
- 13.5 Гингивална инфламација
- 13.6 Ортодонтски третман
- 13.7 Диета

14.ЧИСТЕЊЕ НА НАДВОРЕШНИ ОБОЕНИ НАСЛАГИ

- 14.1.Преносен полирер
- 14.2.Машинско полирање
- 14.3.Полирање со воздух и прашок
- 14.4. Постапка на полирање на забите со гумичка
 - 14.4.1.Клиничка техника и постапки при полирање на имплантите со гумичка
- 14.5. Аеросоли
 - 14.5.1.Клиничка постапка на воздушно полирање
 - 14.5.2. Одржување на средствата за воздушно полирање
 - 14.5.3. Медицински состојби

15.МАШИНСКИ ИНСТРУМЕНТИ ЗА ОТСТРАНУВАЊЕ ЦВРСТИ

ЗАБНИ НАСЛАГИ

- 15.1.Ефикасност на ултразвучните инструменти
- 15.2. Ограничувања
- 15.3 Механизам на дејство

- 15.4. Различни характеристики на машинските ултразвучни апарати
- 15.5. Примероци од машински ултразвучни продолжетоци и врвови-завршетоци
- 15.6. Стерилизација и чување на ултразвучните продолжетоци
- 15.7. Клинички препораки
- 15.8. Клиничка техника

16 ПАЦИЕНТИ СО ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

- 16.1. ПАЦИЕНТИ НА ВОЗРАСТ ОД ПРЕАДОЛЕСЦЕНЦИЈА ДО ПОСТМЕНОПАУЗА
 - 16.1.1. ПУБЕРТЕТ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА
 - 16.1.1.1. КАРАКТЕРИСТИКИ НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА
 - 16.1.1.2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА КАКО ЗДРАВСТВЕНО ЗАШТИТНА МЕРКА
 - 16.1.2. МЕНОПАУЗА И КЛИМАКТЕРИУМ
 - 16.1.2.1. ОРАЛНИ НАОДИ
 - 16.1.2.2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА
- 16.2. МЕНСТРАЛЕН ЦИКЛУС
- 16.3. ГЕРОНТОЛОШКИ ПАЦИЕНТ
 - 16.3.1. ОРАЛНИ НАОДИ КАЈ СТАРЕЕЊЕТО
 - 16.3.1.1. МЕКИ ТКИВА
 - 16.3.1.2. ЗАБИ
 - 16.3.1.3. ПАРОДОНЦИУМ
 - Б. 16.3.2. ЛИЧНИ ФАКТОРИ
 - В. 16.3.3 ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ГРИЖА
 - Г. 16.3.4. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНТИВЕН ТРЕТМАН
 - Д. 16.3.5. КОНТРОЛА НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ
- V.16.4 ПРУЖАЊЕ ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИ СО ИНВАЛИДИТЕТ
 - 16.4.1. А. СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА И ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ЗАШТИТА
 - 16.4.2.Б. КЛИНИЧКИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТОТ
 - 16.4.3.В. ПЛАН ЗА ОРАЛНО ХИГИЕНСКО ЛЕКУВАЊЕ
 - 16.4.4.Д. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА БОЛЕСТИТЕ
 - 16.4.5.Ѓ. ОТСТРАНУВАЊЕ НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ
- VI.16.5 ПАЦИЕНТ СО ЕПИЛЕПСИЈА
 - А16.5.1. ТИПОВИ НА НАПАДИ
 - Б. 16.5.2. ЕТИОЛОГИЈА НА НАПАДИТЕ
 - Г.16.5.3. ОРАЛНИ НАОДИ
 - Д. 16.5.4. ЕФЕКТИ ОД НЕЗГОДИТЕ ЗА ВРЕМЕ НА НАПАДИТЕ
 - Ѓ. 16.5.5. ОРАЛНА ХИГИЕНСКА НЕГА

1.16.5.5.1 План за лекување: инструментација

2.16.5.5.2. План за лекување: превенција

E16.5.6. УРГЕНТНА НЕГА

17. ПРОМОЦИЈА НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

17.1 Што е здравје?

17.2 Промоција на оралното здравје

17.3 ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЛЕТО

17.4 УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЛЕТО (ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЛЕТО)

17.5 ЗДРАВСТВЕНО ОБРАЗОВАНИЕ

17.5.1 Превентивни служби и дејности

17.5.2 Превентивна здравствена едукација

17.5.3 Превентивна здравствена заштита

17.5.4 Здравствена едукација за превентивна здравствена заштита

17.5.5 Позитивна здравствена едукација

17.5.6 Позитивна здравствена заштита

17.5.7 Здравствена едукација во корист на позитивната здравствена заштита

17.5.8 Поширока улога на промоцијата на денталното здравје

18. ПЛАНИРАЊЕ НА ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМИ

18.1 Целни групи

18.2 Значењето на правилната порака

18.3 Тековни пораки во стоматолошката здравствена едукација

18.4 Планирање на програми за промоцијата на оралното здравје

18.4.1 1фаза на проценка на потребите на целната група

18.4.2 2фаза Планирање на програмот

18.4.3 3фаза Имплементација на едукативниот програм

18.4.4 фаза ефективност на здравствената стоматолошка

едукација(евалуација на спроведената програма)

18.4.5 Сопствена евалуација

18.4.6. заклучоци

Постапки за згрижување на пациентот од аспект на орална хигиена

Орална хигиена: Последователни постапки за згрижување на пациентот

Примената на орално-хигиенското згрижување на пациентот треба да се разбере како комплексен процес ,кој во себе вклучува неколку последователни фази преку кои се утврдува основниот план со кој треба да се согледаат и задоволат потребите на секој пациент посебно. Постапката на орално-хигиенското згрижување е постапка која вклучува 5 фази :

1. приирање на податоци;
2. утврдување на оралната хигиена;
3. план на терапија;
4. примена или имплементација
5. резултати.

1. Приирање на податоци

Претставува збир на соодветните информации кои се однесуваат на пациентот, вклучувајќи ги и медицинската/стоматолошката историја, виталните параметри, екстраоралниот и интраоралниот преглед, пародонталниот и забниот преглед, рентгенските снимки, индексите и проценката на ризикот (на пр. пушењето, системските болести).

Во проценката на историјата на пациентот клучни се симптомите, кои претставуваат абнормалности доживеани од страна на пациентот. Информациите добиени со испитување на состојбата, кои ги дознаваме од пациентот се наречени субјективен наод. Освен тоа, во клиничкото испитување, клучни се знаците, кои претставуваат абнормалности согледани од лекарот. Информациите добиени со испитување на пациентот и неговата состојба, што ги врши лекарот се наречени објективен наод.

Приирањето на податоци започнува со разговор за медицинската/стома-толошката историја, проследено со интра/екстраорален преглед, преглед на реставрациите, гингивалниот преглед, пародонталниот преглед, проценка на оралната хигиена, рентгенографијата и дополнителните дијагностички лабараториски испитувања, доколку е потребно.

2. Ушердување на оралната хигиена

Откако ќе се утврди објективниот и субјективниот наод, следува преглед и анализа на информациите. Проценката на оралната хигиена се разликува од стоматолошката дијагноза, додека стоматолошката дијагноза им дава имиња на заболувањата, со проценката на оралната хигиена се препознаваат постоечките и можните реакции на пациентот на текот на заболувањето. *Целта на дијагностицирањето на оралната хигиена е да ѝ фокусира планирањето за грижата за оралното здравје на пациентот, проблемите или состојбите кои се поврзани со интервенции во оралната хигиена.* На пример, пациент може да има воспалена гингива, но без наод на губиток на коска на рентген снимка. Стоматологот ќе постави дијагноза на гингивит, додека *од аспект на оралната хигиена се фокусираме на обучување на пациентот за постапбите и предностите од правилната плак контрола за намалување на супрагингивалната акумулација на плак.* Исто така треба да се разбере потребата за уништување на патогените бактерии, така што побенефитна микрофлора ќе ги насели забните/мекоткивните простори.

По дијагностицирањето на заболувањето, лекарот треба да ја открие причината, за да може да се утврди планот на терапија, со што ќе се отстрани или контролира состојбата. Треба да се препознаат причините за развој на одредена состојба со цел да се превземат мерки за надминување или ублажување на истата.

3. План на терапија

Под поимот план на терапија се подразбира формирање на правилни цели и терапевтски стратегии за да се обезбеди оптимално орално здравје. Планот на терапија го вклучува и развојот на напишаниот

план на терапија за посебните потреби на пациентот, засновани на објективниот и субјективниот наод и проценките. Во планот треба да се вклучат и алтернативните решенија кои може да се применат наместо идеалниот план, доколку пациентот е со ло-шо здравје, доколку пациентот е незадоволен или мотивиран да го следи идеалниот план, или доколку пациентот не може да си ја дозволи идеалната тера-пија. На пациентот мора да му се претстави планот на терапија и јасно да се согласи пред да се започне со било каква терапија. Мора да одреди соодветни-от редослед на терапевските фази. Текот на терапијата вклучува познавање на различни дисциплини блиски до оралната хигиена, вклучително и науките за однесувањето, фармакологијата, анатомијата и физиологијата, хемијата и микробиологијата. Неопходни се критичкото размислување и умешноста за донесување на правилни одлуки за постигнување ефективни и ефикасни услуги.

Во текот на планот за грижа на оралното здравје мора да се одредат и *целта* или *крајниот резултат*. Целта е точно дефинирана замисла со која прецизно се утврдува причината за примена на одредени постапки Индивидуалниот план, исто така ги вклучува *интервенции* неопходни да се утврдат целите за грижа на здравјето на пациентот. Интервенциите се постапки изведени со цел да му помогнат на пациентот да ги оствари посакуваните резултати. На пример, да речеме дека стоматолошката дијагноза е гравидарен гингивит. Од орално-хигиенски аспект се работи за гингивално воспаление поврзано со зголемените хормонални нивоа и несоодветната домашна нега на забите и гингивата од страна на пациентките. Целите на орално-хигиенската терапија се да се намали нивото на плак преку орално-хигиенски совети и учење на пациентите за влијанието на плакот и хормоните врз целокупното орално здравје. Орално-хигиенските интервенции го спречуваат создавањето на плакот со механички дебридмент.

4. Примена

Откако на пациентот ќе му се покаже планот на терапија и тој ќе се согласи со него, се започнува со терапијата. Оваа фаза на примена вклучува (1) припрема на ординацијата за пациентот; (2) примена на правилни постапки за контрола на стерилноста; (3) изведување на постапките на периодонтален дебридмент; (4) спроведување на постапките за контрола на болката; (5) примена на хемотерапевтици; (6) вршење на терапија со флуориди; (7) вршење на коронарно полирање; (8) учење на пациентот за правилната грижа за забните протези; (9) учење на пациентот за правилната грижа и одржување на реставрациите (пломбите); (10) обезбедување на пациентот со здравствено образование и превентивни совети; (11) совети за исхраната и (12) правилно документирање на постапката.

5. Резултати

Резултатите, како етапа од терапијата го проучуваат возвратниот ефект од делотворноста на терапијата и постапките. Оваа фаза следи

откако ќе се заврши терапијата, кога пациентот ќе доаѓе на следната посета и кога повторно ќе се направи проценка на оралната хигиена

Социјални, економски и културни согледувања

Од моментот кога пациентот ќе влезе во ординацијата треба да се согледа како комплексна личност , па оттука неопходно е да се согледаат одредени параметри, како што се нејзината или неговата здравствена подлога, здравствена доверба, културна подлога, социјалната или економската подлога, образовна подлога и исходот поврзан со работата. Овие фактори играат важна улога кога се одредува режимот на домашната грижа на личноста што дава резултати.

Прегледот на стоматолошката и медицинската историја на пациентот од аспект на социјалната и економската грижа обезбедува увид од аспект на можноста за дополнителни стоматолошки контролни режими на домашна грижа. Често, факторите како довербата на луѓето за улогата што треба да ја играат во грижата за нивното здравје и влијанието на нивните лоши навики врз причинување на заболувањето на пародонтот и забите ќе влијае врз нивната желба за одржување на оралното здравје пред да се примени друга поопсечна стоматолошка грижа. Исцрпниот разговор со пациентот е пресуден за извлекување на информацијата, наместо безговорната форма на медицинска историја преку анкетен лист, често направена без проверка на овие фактори.

Документацијата е составен дел од постапката за одржување на оралната хигиена: особено е важна добрата документација во формирање на мапата на пациентот.

Литература

DeGowin, R.L. 1994. *DeGowin's diagnostic examination*, 3-4. New York: McGraw-Hill.

Chapter: The Dental Hygiene Process of Care pp. 1-19. Editors are Muller-Joseph, L. and M. Petersen. 1995. The dental hygiene process of care. In *Dental hygiene process: Diagnosis and care planning*. Albany, NY: Delmar Publishers.

1. ИСТОРИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

1.1 Анамнеза

- 1.1.1. Лични податоци
- 1.1.2. Социјална анамнеза
- 1.1.3. Главни тегоби
- 1.1.4. Историја на сгашната болест
- 1.1.5. Медицинска анамнеза
- 1.1.6. Фамилијарна анамнеза
- 1.1.7. Забна анамнеза

1.2. Табела 1: Формулар за забна анамнеза

1.3. Табела 2: Формулар за медицинска анамнеза

1.4. Табела 3: Интервју за медицинска анамнеза

1.5. Табела 4

2. ЕТИОЛОГИЈА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

2.1. Примарна етиологија-бактерии и нивни продукти

- 2.1.1. Бактериски фактори
- 2.1.2. Супрагингивален плак
- 2.1.3. Формирање на супрагингивален дентален плак
- 2.1.4. Субгингивален плак
- 2.1.5. Механизми на бактериско дејство

2.2. Локални дополнителни ризик фактори за пародонтална болест

- 2.2.1. Забен камен
- 2.2.2. Материја алба и дебрис
- 2.2.3. Анатомски фактори
- 2.2.4. Јатрогени фактори
- 2.2.5. Ортодонтски надоместоци
- 2.2.6. Траума при четкање
- 2.2.7. Лоши навики
- 2.2.8.

Импакција на храна

2.2.9. Хемиска повреда

2.2.10. Пигментации на забите

2.2.11. Оклузија

2.3. Системски ризик фактори за пародонтопатија

3. ГИНГИВАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА

3.1. Плак асоциран гингивит

3.2. Гингивит асоциран со лекови

3.3. Гингивални заболувања асоцирани со ендокриниот систем

3.3.1. Гравидарен гингивит

3.3.2. Гингивит асоциран со орални контрацептиви

3.3.3. Пубертетски гингивит

**3.4. Гингивални заболувања во скlop на некои системски состојби
(мукоутани заболувања)**

4. ЧИСТЕЊЕ НА НАДВОРЕШНИ ОБОЕНИ НАСЛАГИ

4.1. Преносен полирер

4.2. Машинско полирање

4.3. Полирање со воздух и прашок

4.4. Постапка на полирање на забите со гумичка

4.4.1. Клиничка техника и постапки при полирање на имплантите со гумичка

4.5. Аеросоли

4.5.1. Клиничка постапка на воздушно полирање

4.5.2. Одржување на средствата за воздушно полирање

4.5.3. Медицински состојби

5. МАШИНСКИ ИНСТРУМЕНТИ ЗА ОТСТРАНУВАЊЕ ЦВРСТИ ЗАБНИ НАСЛАГИ

5.1. Ефикасност на ултразвучните инструменти

5.2. Ограничувања

5.3 Механизам на дејство

5.4. Различни карактеристики на машинските ултразвучни апарати

5.5. Примероци од машински ултразвучни продолжетоци и врвови-завршетоци

5.6. Стерилизација и чување на ултразвучниците продолжетоци

5.7.Клинички препораки

5.8.Клиничка техника

ЗАШТИТА ОД КОПИРАЊЕ

1. ИСТОРИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

При првата посета на пациентот треба да се соберат сите субјективни податоци, кои претставуваат причина за неговото доаѓање во ординацијата. Комплетната дентална / медицинска историја е одесенцијално значење за оваа иницијална евалуација. Терапевтот станува партнер на пациентот во процесот на унапредување на здравствената заштита. Анамнезата (интервјуто) на пациентот за неговата/нејзината историја е составена од: лични податоци, социјален статус, главни тегоби, историја на сегашната болест, медицинска историја, фамилијарна историја и дентална историја. Секупните дијагностички информации кои се добиваат преку ова интервју, даваат база за компарација во иднина, за да може да се евалуира прогресот на болеста, ефикасноста на третманот, и појавата на нови наоди. Затоа, земањето на анамнеза од пациентот е задолжителен прв чекор во процесот на третмани.

1.1 Аnamнеза

Земањето анамнеза, која е толку важна за успешно комплетирање на денталната и медицинската историја, бара високо ниво на комуникација помеѓу пациентот и терапевтот. Ако е правилно земена, анамнезата помага за воспоставување на пријателски и доверлив однос помеѓу пациентот и терапевтот. Земањето на анамнезата може да се направи со помош на ПРАШАЛНИК или ИНТЕРВЈУ со пациентот, или со комбинација на двете. Најпрактичен и најуспешен метод за проценка на здравствениот статус на пациентот е комбинација од прашалник и интервју. За време на интервјуто, прашањата со описни одговори, од типот на "Какви промени или подобрувања чувствувате од Вашата последна посета?" или "Што Ве мачи во устата?" Ви овозможуваат да добиете многу информации за пациентот. Ако добро се воспостави пријателскиот однос, пациентот ќе се чувствува многу покомотно и како ќе се развива интервјуто, така тој/таа сами ќе почнат да даваат сè повеќе информации.

Прашањата со описан одговор им се полесни на пациентите. Но сепак, прашањата кои бараат конкретен одговор се исто така неопходни, како на пр. "Кога последен пат сте посетиле стоматолог?" Овој тип на прашања не не му одземаат многу време на пациентот, всушност можат да се одговорат со една реченица.

1.1.1. Лични податоци

Анамнезата задолжително се почнува со поставување на прашања во врска со идентитетот на пациентот. Овој личен профил се состои од името, возраста, адресата, занимањето и телефонскиот број на пациентот. Некои од овие информации се потребни за идентификација, бидејќи возраста и полот можат да бидат корисни за класификација на пародонталната болест. Документирањето на името, адресата и телефонскиот број на матичниот лекар на пациентот можат да бидат корисни ако е потребна консултација.

1.1.2. Социјална анамнеза

Социјалната анамнеза ги вклучува: професијата на пациентот, начинот на живот, брачната состојба, диети и употреба на алкохол и цигари. Навики како пушење на цигари или употреба на тутун треба да се нотираат заради тоа што тие се потенцијален ризичен фактор за пародонталната болест.

Пушењето на цигари се објаснува со кутии / години, што се детерминира преку мултилицирање на бројот на испушени кутии на цигари на ден по бројот на години колку пациентот пушел. Документирањето на количината на испушени кутии во текот на една година, дава подобро разбирање на вкупната изложеност на никотин на индивидуата во текот на целиот нејзин живот.

Начинот на живот на пациентот, вклучувајќи ја фамилијарната и социјалната структура, неговите ставови и однесување, се дел од социјалната анамнеза. Социјалните перцепции, приоритети, изложеноста на стрес, идеите за естетика на пациентот овозможуваат решенија во согласност со денталната здравствена заштита.

Терапевтот може да работи кон промена на ставовите и однесувањето на пациентот, преку разбирање на разликите во културата и образованието и очекувањата на пациентот.

1.1.3.Главни тегоби

Следен чекор во земањето на анамнезата, е да се праша пациентот да ни ја каже неговата/нејзината главна тегоба. Пациентот треба да ни каже со свои зборови зошто му е потребен третман. Откривањето на главните тегоби помага во идентификацијата на тековната болест. Симптомите на пародонталната болест вклучуваат притисок во гингивата или во вилицата или чувство на чешкање на гингивата. Знаци на пародонтална болест се крварење, лош здив и/или расклатеност на забите. Благодарение на незабележливата и прогресивна природа на оваа болест, многу од пациентите немаат поим дека всушност имаат проблем. Ако главните тегоби вклучуваат нешто друго освен пародонтална болест, тогаш тоа треба да се идентификува и лекува пред да биде воспоставен било каков друг забен третман.

1.1.4.Историја на сгашната болест

Во овој дел од анамнезата терапевтот се информира за почетокот на главните тегоби. Терапевтот треба да праша колку долго е присутен проблемот на пациентот, дали имал претходни третмани, и дали овој проблем се појавувал и порано. На пр. ако главната тегоба на пациентот е "крварење од гингивата" терапевтот треба да праша кога започнало крварењето, дали било спонтано или провоцирано, да ја утврди локализацијата на крварењето и неговото времетраење.

1.1.5.Медицинска анамнеза

Статусот на општото здравје на пациентот во моментот и во минатото, т.н. медицинска анамнеза, треба да биде следната област на испрашување. За оваа цел можат да послужат прашалник, интервју или пак комбинација од нив. Понекогаш дури и едноставен телефонски повик може да даде информации за потенцијалните медицински проблеми уште пред првата посета на пациентот. Пишаниот прашалник овозможува база

за третманот, додека пак интервјуто дава две можности, личен контакт со пациентот и информации кои се подробни објаснувања на состојбата. Важно е пациентот да се сослушува од близу и да се има вистински интерес за тоа што е кажано со цел да се добие вистинска, јасна и прецизна слика за медицинската историја (анамнеза) на пациентот. Дозволувајќи му на пациентот да ги опише симптомите или тегобите на долго, го охрабруваме и ја зголемуваме неговата доверба, но неопходно е да се регистрираат само релевантните факти и детали.

Интервјуто треба да заврши со конкретни прашања и со дискусија на детали од анамнезата. Пред да заврши интервјуто, терапевтот треба уште еднаш да го погледне формуларот за да се осигура дека сите регистрирани податоци се комплетни и подробни, да не е случајно нешто испуштено. Многу пациенти не ја разбираат терминологијата што се користи во формуларите поради јазични проблеми или заради различната културна и образовна подготвеност.

Има многу и различни стандардни формулари за медицинска анамнеза. Тие варираат по должина, содржина и форматот зависно од барањата на условите за кои се дизајнирани. Американската стоматолошка организација (АДА) има дизајнирано Formular за медицинска анамнеза и Интервју за медицинска анамнеза генерално познати како компрехесив (таб. 2 и таб. 3). Овој формулар треба да се пополни при првата посета а, да се разгледува при секоја следна посета. Сите прашања на формуларот треба да се одговорат, а некои позитивни одговори можат да се одбележат со црвено, така што при повторна посета лесно можат да се забележат и пак да се разгледаат.

Медиценската анамнеза вклучува датум на последниот преглед на пациентот, преглед на органските системи, за да се откријат било какви медицински состојби кои пациентот може да ги има. Се утврдува и листата на на лекарства, ако пациентот евентуално е под некоја терапија. Овие формулари помагаат во препознавање на болести кои се во врска со одделни системи во организмот. Дури тогаш можат да се поставуваат прашања за специфична болест, вклучувајќи го и времетраењето на

болеста. Голем број од стоматолошките пациенти имаат општи заболувања кои можат да влијаат врз клиничките терапевтски одлуки.

Прашањата кои се однесуваат на тековната употреба на лекови и алергијата на лекови се круцијални бидејќи одговорот може да има директен ефект врз било кој стоматолошки третман. Треба да бидат евидентирани и препишаните и лековите кои пациентот сам си ги зема. Името, дозата и индикациите треба исто така да бидат заведени во формуларот. Терапевтот треба особено да обрне внимание на било која потенцијална интеракција лек-лек или лек-храна. Несаканите ефекти на некои лекови можат да бидат извор на стоматолошки проблеми. На пр. антидепресивни и антихипертензивни лекови можат да предизвикаат ксеростомија (сува уста). Апсорпцијата на некои антибиотици во цревата, на пример тетрациклините, е продолжена во присуство на храна и продукти кои содржат калциум(млекото и други млечни производи).

Понекогаш е ноипходна и консултација со матичниот лекар на пациентот. Доколку пациентот не ги знае имињата на лековите, треба да го замолиме да ги донесе опаковките од лековите при следната посета. Ако пациентот постојано прима лекарства против дијабетес или хипертензија, многу е важно да се праша дали пациентот ги примил истите како што се препишани и тој ден кога дошол на стоматолог. Во такви случаи и дозата и фреквенцијата на примање на лекарствата треба да се внесат во формуларот. Понекогаш пациентите можат да заборават да земат лек против висок притисок и да дојдат со неконтролиран крвен притисок. Тогаш терапевтот треба да го консултира матичниот лекар на пациентот.

Медицинската анамнеза може да открие други состојби кои можат да имаат влијание врз пародонталното здравје или третман, како што се diabetes melitus, leukemia, SIDA. Ако се сомневаме дека пациентот е медицински компромитиран, индицирана е консултација со неговиот лекар, а пред почетокот на третманот пациентот треба да приложи писмено одобрување од него.

Инфективниот ендокардитис е во одредена смисла и стоматолошка грижа. Инфективниот ендокардитис е инфекција на ткивото(ендокардот)

што го обложува срцето од внатрешната страна, што може да резултира во оштетување на срцевите валвули. Било која стоматолошка процедура која може да предизвика крварење, може да овозможи влез на бактериите во крвотокот и да предизвика бактериемија. Пред започување на било каков стоматолошки третман кој може да предизвика крварење, кај пациенти сомнителни за развивање на инфективен ендокардитис, треба да биде дадена соодветна антибиотска заштита. Американската асоцијација за срцеви заболувања препорачува профилактичен антибиотски режим за таквите пациенти. Бидејќи специфичните препораки варираат во зависност од индивидуалната состојба на пациентот, терапевтот треба да соработува со лекарот на пациентот за да ја одредат соодветната премедикација. Одговорноста е на терапевтот да ги испита сусспектните пациенти и тоа со земање на комплетна здравствена анамнеза(историја).

Формуларот за медицинска анамнеза е легален документ кој овозможува да се добие профил за здравјето на пациентот во дадениот момент и во минатото. Откако медицинската анамнеза е завршена, документот мора да биде означен со датум и потписан од пациентот и стоматологот. Секоја идна посета треба да биде означена со датум на формуларот. Пациентот треба повторно да ги погледне внесените податоци и да ги потпише. Нов формулар треба да се пополнува еднаш годишно. За пополнување на формуларот треба да се користи мастило што не може да се отстрани, по можност црно (бидејќи подобро се копира). Ако пациентот е малолетен, формуларот треба да го датумира и потпише родител или легален старател.

1.1.6. Фамилијарна анмнеза

Фамилијарната анамнеза се состои од сегашни или минати медицински болести на членовите на фамилијата на пациентот. Ваквото досие може да помогне во идентификацијата на болестите во фамилијата кои се ризични фактори за забни / пародонтални болести, како што се дијабетесот и исхемичната болест на срцето.

1.1.7. Забна анамнеза

Забната анамнеза вклучува минати и сегашни забни третмани, минати проблеми со забите, орални навики, нутрициски профил, и орален хигиенски статус. Овие информации се собираат по пат на пишан формулар или интервју со пациентот. Има многубројни формулари за забна анамнеза, секој е креиран за да се вклопи во условите и барањата на дадената ординација или клиника. Табела 1 е еден вид на формулар за забна анамнеза.

Минатата забна анамнеза често овозможува преглед на претходните искуства од стоматолошките третмани, пријатни или непријатни, во сите области на стоматологијата, вклучувајќи ги оралната хирургија, Терапевтијата, реставративната стоматологија со ендодонција и ортодонција. Искуствата со локална анестезија треба да се забележат.

Нутрицискиот или диеталниот профил на пациентот е од помош на лекарот за да препознае про-кариес диета. За време на интервјуто терапевтот може да сугерира начини на кои пациентот може да го промени својот диететски режим за да промовира подобро дентално здравје.

Минатата дентална анамнеза исто така дава информации за ставот на пациентот кон вредностите на денталното здравје. Пародонтолошката историја може да биде сигнификантна. На пр. пациентот треба да се праша дали претходно му биле правени пародонтални оперативни зафати (убеди се дека на пациентот му е јасно што значи тој поим). Пациентот може да одговори дека имал пародонтални операции два пати минатата година. Од понатамошното испрашување може да стане јасно дека пациентот ја посетил ординацијата уште само еднаш, по оперативните зафати. Оваа информација укажува дека се работи за пациент кој е неодговорен и не се грижи за сопствената орална хигиена и посетите на стоматолог.

Пациентот се прашува и за специфичните орално-хигиенски режими, вклучувајќи ги и средствата за орална хигиена. Се прашува и каква четка за заби користи (мека, средна или цврста), забен конец и средства за плакнење на устата. Честотата на употребата на овие средства

треба да се документира, како и согласноста со препорачаниот број на посети за зачувување на пародонциумот.

1.2.Табела 1: Формулар за забна анамнеза

1. Датум на последен стоматолошки преглед
2. Причина за посетата
3. Датум на последна РТГ снимка
4. Дали имате болка во устата?
5. Дали имате тешкотии при цвакање на храна?
6. Дали Ви се втиснува храна помеѓу забите?
7. Дали некогаш сте имале сериозни проблеми поврзани со било каков стоматолошки третман (болка, лошо искуство)?
8. Дали Ви крварат непцата(гингивата) кога ги четките забите?
9. Колку често си ги четките забите?
10. Какви други средства употребувате (з.конец, чистачи за мостови, гумички)?
11. Дали живеете во област со флуорирана вода?
12. Дали користите некои од следниве средства дома:

Да Не

- a. Флуорирана паста за заби
- b. Флуорири течност за плакнење / гел
- c. Други антимикробни средства Описете _____

13. Дали некогаш сте имале нешто од следниве интервенции(ако некој поим не Ви е јасен прашајте го стоматологот да Ви објасни)

Да Не

- a. Пародонтален третман или операција
- b. Ортодонтски третман
- c. Екстракција
- d. Ендодонтски третман
- e. Дентални имплантати ако да, кога_____
ако да, објасни_____

14. Дали некогаш сте имале било каков тип на реакција на:

Да Не

- a. Локална анестезија
- b. Латекс од ракавици ако да, кога_____

15. Како се чувствувате во врска со Вашите заби?

16. Дали имате навика на:

Да Не

- а. Шкрипње со забите
- б. Грицкње на образите или усните
- ц. Дишење на уста
- д. Цицање палец
- е. Грицкање нокти или други предмети
- ф. Пушење

17. Дали употребувате нешто од следниве работи:

Количина на ден Колку години Кога сте

престанале

- а. Цигари
- б. Пури
- ц. Луле
- д. Џвакање тутун
- е. Вшмркување

18. Кои мерки за престанување на пушењето сте ги пробале? Кога?

1.3.Табела 2:

ФОРМУЛАР ЗА МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА

Датум _____

Име _____ Тел. број дома _____

Адреса _____ Тел. број на раб. _____

Град _____ Пош. број _____ Држава _____

Занимање _____ Социјално осигурување _____

Дата на раѓање _____ Пол: м ж Висина _____

Тежина _____

Брачна состојба: сам/а _____ во брак _____ Име на
сопруг/а _____ Најблизок роднини
тел. бр. _____

Ако го пополнувате овој формулар за друга особа, во која врска сте со
неа?

Пополнето од

За следниве прашања, заокружете *да* или *не*, според тоа кое Ви одговара. Вашите одговори се само за наша евиденција и се доверливи. Ве молиме запишете дека за време на Вашата прва посета Ви биле поставени и прашања за одговорите во овој прашалник. На крајот има и додатни прашања во врска со Вашето здравје.

1. Дали сте добри со здравјето?
2. Дали има промени во Вашето општо здравје во текот на минатата година?
3. Мојот последен преглед на лекар беше на _____
4. Дали сте во моментот под лекарски третман?
5. Името и адресата на мојот лекар се _____

6. Дали сте имале некоја потешка болест, операција или сте лежеле во болница во последниве 5 години?
7. Дали употребувате лекови, вклучително и оние што не се препишуваат?
8. Дали имате или сте имале некои од следниве болести или проблеми?
 - a. Оштетување на срцевите залистоци или вештачки срц. залистоци, вклучително срцев шум или ревматска болест на срцето
 - b. Кардиоваскуларни болести (проблеми со срцето, срцеви напади, ангина, коронарна инсуфицијација, коронарна оклузија, висок крвен притисок, атеросклероза, излив)
 1. Дали имате болка во градите при напор?
 2. Дали некогаш сте имале недостаток од здив при лесни вежби или при лежење?
 3. Дали Ви отекуваат зглобовите?
 4. Дали имате вродени срцеви маани?
 5. Дали имате срцев пеис-мейкер?
 - c. Алергии
 - d. Проблеми со синуси
 - e. Астма или поленска треска
 - f. Онесвестувања или епилептични напади
 - g. Долготраен пролив или губење во тежина во последно време
 - h. Шеќерна болест
 - i. Хепатитис, жолтица или болести на хепарот
 - j. СИДА или инфицираност со ХИВ
 - k. Поблеми со тироидната жлезда
 - l. Проблеми со дишењето, емфизем, бронхитис и др.
 - m. Артритис или болни, отечени зглобови

- н. Чир на желудник или зголемено лачење на стомачна киселина
 - о. Проблеми со бубрези
 - п. Туберкулоза
 - љ. Долготрајно кашлање или искашлување на крв
 - р. Долготрајна отеченост на вратните жлезди
 - с. Низок крвен притисок
 - т. Сексуално преносливи болести
 - у. Епилепсија или други невролошки болести
 - в. Проблеми со менталното здравје
 - њ. Малигни болести
 - ц. Проблеми со имунолошкиот (одбрамбениот) систем
9. Дали сте имале ненормални крварења?
- а. Дали некогаш сте побарале трансфузија на крв?
10. Дали имате некакви проблеми со кrvта или анемија?
11. Дали имате или некогаш сте имале било каков третман на тумор или израсток?
12. Дали сте алергични или реагирате на некои од следниве работи
- а. Локални анестетици
 - б. Пеницилин или други антибиотици
 - ц. Сулфо-лекови
 - д. Барбитурати, седативи или апчиња за спиење
 - е. Аспирин
 - ф. Иодин
 - г. Кодеин или други наркотици
 - х. Други
-

13. Дали сте имале сериозни проблеми поврзани со некој стоматолошки третман?

Ако сте имале, објаснете

14. Дали сте имале некоја болест, состојба или проблем кој не е наведен во овој формулар, а за кој сметате дека треба да го знаеме?

Ако да, објаснете

15. Дали носите контактни леќи?

16. Дали носите мобилни забни конструкции?

ЖЕНИ

- 17. Дали сте бремена?
- 18. Дали имате проблеми во врска со менструалниот циклус?
- 19. Дали сте доилка?
- 20. Дали употребувате контрацептивни лекови?

ГЛАВНИ

ТЕГОБИ

Потврдувам дека го прочитав и разбрав горенаведеното, и потврдувам дека по своја волја ги одговорив прашањата на овој прашалник. Се обврзувам да не ги ставам на одговорност ни стоматологот ниту било кој друг од мед. персонал за евентуалните грешки што можеби сум ги направил/а при пополнување на овој формулар.

Потпис на пациентот

=====

=====

Да се пополни од стоматологот

Коментари за интервјуто со пациентот во врска со неговата медицинска анамнеза _____

Сигнификантни наоди од прашалникот или усното интервју

Забелешки за раководењето на денталниот третман

Датум
стоматологот

Потпис

на

=====

Дополнувања на медицинската анамнеза

Датум Коментари
 Потпис

1.4. Табела 3:

ИНТЕРВЈУ ЗА МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА

Прв дел (*да се пополнни од пациентот или родицел/сопругата*)

Датум _____

Име _____ Тел. број дома _____

Адреса _____

Тел. број на раб. _____

Град _____

Пош. број _____

Држава _____

Занимање _____

Социјално осигурување _____

Дата на раѓање _____

Пол: м ж Висина _____

Тежина _____

Брачна состојба: сам/а _____ во брак _____ Име на
сопруг/а _____ Најблизок роднини
т.б. _____

Ако го пополнувате овој формулар за друга особа, во која врска сте со
неа?

Пополнето од _____

Втор дел (*да се пополнни од стоматолог*)

A. ГЛАВНИ ТЕГОБИ

==

B. ЗАБНА АНАМНЕЗА

Честота на посети на стоматолог

Видови на добиени третмани

Проблеми при минатиот третман

Датум на последниот РТГ на заби

=====

=====
В. МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА

Дали сте или сте имале медицински третман во последните 12 месеци?

Последен пат на лекар _____ Со која цел?

Лекар

Нег. тел. бр. _____

Дали имате алергии или сте на нешто преосетливи?

Дали примате некакви лекови во моментов?

За жени: Дали примате контрацептивни таблети?

_____ Дали сте бремена? _____

Дали сте забележале промени во менструалниот циклус? _____

=====

====

Г. ФАМИЛИЈАРНА АНАМНЕЗА

(дали имате членови на фамилијата кои ги имале овие или други болести?)

Диабетес _____ Висок крвен притисок

_____ Срцеви проблеми _____ Епил.
напади _____

=====

====

Ц. СОЦИЈАЛНА АНАМНЕЗА

Пушење _____ Алкохол _____ Друго

=====

ПРЕГЛЕД НА СИСТЕМИ

1. Кожа

Чешање _____

Црвенило_____

Ранички _____

Пигментации _____

Помалку или немање на влакна на кожата_____

2. Екстремитети

Варикозни вени _____

Отечени, болни зглобови _____

Мускулна слабост, болка _____

Деформитети на коска, фрактури _____

Вештачки зглобови _____

3. Очи

Заматување на видот _____

Двојно гледање _____

Паднат очен капак _____

Глауком _____

4. Уво, нос и грло

Увоболка_____

Губење на слухот _____

Чести крварења од нос _____

Синузитис _____

Често воспалување на грлото _____

Зарипнатост _____

5. Респираторен систем

Кашлање, крв во испливокот _____

Емфизем, бронхитис _____

Гушење, астма _____

Туберкулоза, изложеност на _____

6. Срце

Недостаток на здив _____

Болка, прикисок во градите _____

Отечување на зглобовите _____

Висок/низок крвен притисок _____

Ревматска грозница, шарлах _____

Срцев шум, напад _____

Вештачки валвули/пейс меикер _____

7. Гастроинтестиум

Тешко голтање _____

Абдоминална болка, чир _____

Хепатитис, жолтица _____

Болести на хепар _____

8. Гениталии

Тешко, болно мокрење _____

Крв во урина _____

Неконтролирано уринирање _____

Инфекции на бутбезите _____

Сексуално преносливи болести _____

9. Ендокрин систем

Проблеми со тироидата _____

Промени во тежината _____

Диабетес _____

Неподнослива жед _____

10. Хематопоеза

Лесно крварење, незапирливо крвар---

Долготрајна лимфаденопатија _____

ГБПД недостаток _____

Анемија _____

СИДА, ХИВ инфекција _____

Леукемија, проблем со имуниот систем_

Проблеми со слезената _____

11. Неврологија

Чести главоболки _____

Поспаност, онесвестување _____

Епилепсија, тип _____

Неуритис, неуралгија _____

Парестезија, вкочанетост _____

Парализи _____

12. Психијатрија

Нервозност _____

Иритабилност _____

Депресија, тешка загриженост _____

Нервен слом_____

13. Израсток или тумор

Радиографија/хемотерапија _____

Потврдувам дека го прочитав и разбрав горенаведеното, и потврдувам дека по своја волја ги одговорив прашањата на овој прашалник. Се обврзувам да не ги ставам на одговорност ни стоматологот ниту било кој друг од мед. персонал за евентуалните грешки што можеби сум ги направил/а при пополнување на овој формулар.

Потпис на пациентот

Да се пополни од стоматологот

Коментари за интервјуто со пациентот во врска со неговата медицинска анамнеза _____

Сигнификантни наоди од прашалникот или усното интервју

Забелешки за раководењето на денталниот третман

Датум
стоматологот

Потпис на

Дополнувања на медицинската анамнеза

Датум Коментари
Потпис

1.5.ТАБЕЛА 4:

ПРАШАЊЕ	ПРИЧИНА ЗА ПРАШАЊЕТО	ПЛАН НА ТРЕТМАН
Датум	За да се има податок кога била првата посета за евидентирање на самата ординација, за досие на пациентот, за осигурувањето;	/
Име и презиме Адреса Телефон (дома и на работа) Социјално осигурување		/
Занимање	За да се откријат евентуални етиолошки фактори поврзани со општото здравје на пациентот За детерминирање на образовниот статус на пациентот	/
Датум на раѓање	За детерминирање на возраста на пациентот од легални причини, за договорање на термините, состојби во устата поврзани со возраста	Согласност или потпис од родител или старател Закажување на состаноци
Висина и тежина	Неопходни за правилно дозирање на лековите Промена во тежината може да укаже на скриена болест	Совети за подобра исхрана
Име на сопружник или близок	За досието	/

роднина и нивни тел. броеви

"Дали сте здрави?"

"Дали сте осетиле промени во здравјето во текот на последнава година?"

Последен преглед на лекар

Податоци за тој лекар

Дали сте во некаков лекарски третман?
Дали сте биле хоспитализирани во последниве 5 дни?

Препишани и непрепишани лекови што ги користите

Ревматска болест на срцето или срцев шум
Оштетени срцеви залистоци или вештачки срцеви залистоци

Кардиоваскуларни болести (проблеми со срцето, срцев напад, ангина, коронарна инсуфициенција, коронарна оклузија, висок крвен притисок, атеросклероза, излив)

За итни случаи

За да се добие субјективно мислење за проблемите и медицинските состојби на пациентот

За да се види колку често му е потребна мед. помош
За да се открие медицинскиот проблем на пациентот

За да се информираат дали има некаков мед. проблем
За да се контактира лекарот по потреба

За идентификација на лековите кои би можеле да ја засегнат усната празнина
За откривање на лек-лек или лек-храна интеракции

Ифективен ендокардитис

За да се издвојат пациентите што примаат антикоагулантна терапија или аспирин
Хиперплазија на гингивата од блокатори на калциум
Ксеростомија предизвикана од лекови
Пародонтална болест

Ако има значителни промени во здравјето на пациентот, можеби ќе треба да се консултира нег/нејз. лекар

Потреби од премедикација
Медицинска консултација

/

За да се утврди дали се потребни модификации при орален третман

Неопходна премедикација пред третманот

Минимален стрес и пократки сеанси.
Можна е и премедикација
Употреба на вазоконстриктори при локалната анестезија ?

		Саливарна супституција
Пеис-меикер на срцето	Датум на инсерција на пеис-меикерот	Медицинска консултација
Алергија на лекови	Идентификација на алергенот(на пр. антибиотик) Со лековите, треба да се биде сигурен дали тоа е вистинска алергија или несакано дејство на лекот (на пр. наузеа при кодеин не е алергија туку несакан ефект)	Да се избегнуваат алергени Итна прва помош при алергија
Проблеми со синусите	Главоболки или непријатност во максилата, вклучувајќи ги и забите	Рентгеносошки наод за да се детерминира положбата на синусот при пародонтолошка операција
Астма или поленска треска	Тешкотии при дишењето/опструкција на дишните патишта Алергиска анамнеза Кога бил последниот напад?	Локални анестетици што содржат сулфити се контраиндицирани кај астматичари Аспирин, барбитурати и наркотици се контраиндицирани кај астматичари Да се има инхалант на помошна масичка
Онесвестувања	Анамнеза на висок крвен притисок Страв и анксиозност	Да се консултира лекарот Минимален стрес Позиција на стом. стол
Перзистираща дијареа или губење на тежина	Откривање на скриени состојби кои приизвикуваат такви знаци и симптоми	Медицинска консултација за хронични состојби

Диабетес мелитус

Зголемена подложност кон пародонтална болест
Време во денот кога се закажува третманот
Земање на храна и лекови во одредено време
Помала отпорност на инфекции и можни орални улцери
Намален заздравувачки одговор

Хепатитис, жолтица и др. болести на хепарот

Детерминирање на хепатитис
Проблеми со крварење
Пореметување на метаболизмот на лекови
Лабораториски наоди
Вакцинација на медицинскиот персонал со вакцина против хепатитис Б (ХБВ)

СИДА

Идентификација на недијагностицирани случаи низ наодите на медицинската анамнеза и/или хронични знаци и симптоми.
Неопходни се лабораториски резултати кај сите дијагностицирани пациенти пред стом. третман.
Да се изврши преглед на усната празнина за да се идентификуваат нови лезии и знаци кои би укажале

Бара чести одржувачки сеанси
Оптимална хигиена

Минимализирање на траума на ткивото
Медицинска консултација при недијагностицирани а, сомнителни состојби
Да се има при рака шеќер во некаква форма во случај на реакција на инсулин
Профилактична антибиотска заштита е потребна при неконтролиран диабетес

Одложување на третманот кај пациенти со активна болест

Нутрициски и режим на орална хигиена

Профилактичната антибиотска терапија е индицирана кај тешко имуно-супримираните пациенти, при хируршки и други инвазивни третмани.

Контраиндицирана е употребата на пустер и ултразвучни инструменти

	на прогресија на болеста	
Проблеми со тироидната жлезда	Откривање на типот на тироидното заболување и терапија Да се следи крвниот притисок	Избегнување на еpineфрин при третман на неконтролиран хипертироидизам
Респираторни проблеми (емфизема, бронхитис)	Пациентот треба да има медицински инхалатор при секоја посета на стоматолог Позиција на стом. стол Пушење	Контраиндицирана е употребата на ултразвук и абразиви кои се распрскуваат со воздух.
Артритис и болни, отечени зглобови	Засегнатост на ТМЗ Можно е продолжено време на крварење кај оние пациенти кои земаат аспирин и нестероидни анти-инфламаторни лекови	Кратки посети Позиција на стом. стол Време на закажување Можна е антибиотска премедикација кај протези на зглобовите
Стомачен чир или хиперацидитет	Лекови кои ги прима Регулирање на стресот	Контраиндицирани се аспирин и ибупрофен
Проблеми со бубрезите	Детерминирање на типот на болеста на бубрезите и тековна терапија Третман од дијализа Трансплантацija на бубрег Носител на хепатитис Анемија Хипертензија Предиспонираност на инфекции и слабо зараснување Намалена толеранција на стрес	Антибиотска премедикација Надгледување на крвниот притисок Тенденција за крварење ако е анемичен/а

Туберкулоза	Воспоставување на активен или пасивен статус на болеста Траење на болеста	Одложување на третманот кај болни со активна болест Контраиндицирани се употребата на звучни и ултразвучни апарати, абразиви кои се распрскауваат со воздух како и натриум оксид и оксидни аналгетици Можна е употреба на високо ефективна маска
Перзистирачка кашлица која предизвикува крвав искашлок	Туберкулоза Карцином Пушење Емфизем Гастроинтестинални состојби	Медицинска консултација Компромитирана респирација Позиција на стом. стол
Перзистирачки отечени жлезди на вратот	Имуносупресивни болести Инфективни или респираторни болести на горните респираторни патишта	Консултација со лекар
Низок крвен притисок	Следење на крвниот притисок Диететски и режим на исхрана Режим на вежбање Зашеметеност или главоболка	Позиција на стом. стол Ограничена толеранција на стрес

Сексуално-преносливи
болести

Идентификација на орални лезии
Реинфекција

Епилепсија и други
невролошки болести

Зголемување на гингивата предизвикано
од лекарствата
Епизоди на напад
Синкопа
Итна помош при напад

Проблеми со ментално
здравје

Можно е лековите да предизвикаат
несакани дејства како поспаност,
ксеростомија
Зголемена појава на пародонтопатија
и кариес

Канцер

Историја на болеста за типот, терапија,
метастази и статусот на ремисии
Несакани дејства од зрачење на главата и
вратот врз оралната празнина (кариес,

Медицинска консултација
Во активен стадиум на болеста,
дентален третман се спроведува само во итни случаи
Контраиндицирана е употребата на распрскувачки
абразиви и ултразвучни инструменти

Оптимална орална хигиена
Минимален дентален стрес
Седација
Лековите можат да го направат пациентот
поспан и поспоро да мисли
Медицинска консултација
Несакани ефекти од антиконвулзивната терапија
(крварење од гингива, ксеростомија, гингивална
хиперплазија...)

Медицинска консултација
Планот на третмани мора да бидат координиран со
психијатарот
Минимализирање на стресот
Нитро оксид - кислород аналгезија е
контраиндицирана

Оптимална орална хигиена
Замена за плуннка кај ксеростомија
Медицинска консултација
Лабораториски тестови (крвна слика) пред

	<p>ксеростомија)</p> <p>Компромитирано заздравување</p> <p>Третман и згрижување на сите дентални болести пред почеток на терапијата</p> <p>на малигни тумори</p> <p>Орални лезии и инфекции</p>	<p>дентален третман</p> <p>Флуоридна терапија при зголемена инциденција</p> <p>кариес и хиперсензитивност</p> <p>Можна е и антибиотска премедикација при</p> <p>антиканцер хемотерапија</p> <p>Превенција од понатамошни дентални зрачења</p> <p>Палиативен третман на сите орални лезии</p> <p>Плакнење на устата со хлорхексидин за контрола на плак и кандидијаза</p>
Ненормални квартрења	<p>Да се поврзе со претходниот стом. третман</p> <p>Употреба на антикоагуланси</p> <p>Откривање хепатитис, ХИВ инфекција, проблеми со бубрезите, трансплантации, крвни дискразии итн.</p>	<p>Можни лабораториски тестови</p> <p>Избегнување на аспирин, средства кои содржат аспирин и нестероидни антиинфламаторни лекови</p> <p>Медицинска консултација</p>
Анемија	<p>Идентификација на типот на анемија и лекарствата што се користени</p> <p>Идентификација на орални лезии и симптоми поврзани со болеста</p>	<p>Избегнување на општа анестезија кај тешки анемии</p> <p>Палиативен третман на сите орални лезии</p> <p>Одложено зараснување на рани</p> <p>Лабораториски тестови</p> <p>Одржување на оптимална орална хигиена и чести посети на стоматолог</p>
Третман на тумор во ракт	<p>Бениген или малиген?</p> <p>Каков третман бил даден?</p> <p>Локација, опис и траење на туморот или израстокот</p>	<p>Подложен на инфекции и/или на квартрење</p> <p>Медицинска консултација</p> <p>Конзервативен третман ако постои малигнитет</p>

Жени:

Бременост

Згриженост

Контрацептивни лекови

Во кое тримесечие на бременоста се наоѓа?
Некакви компликации во врска
со бременоста
Гингивитис под влијание на хормони
Покачување на крвниот притисок
Некои антибиотици можат да интерферираат
со контрацептивните лекови

Проблеми со крварење од гингивата

Позиција на стом. стол

Конзервативни третмани за време на прв. тримесечие

Избегнување на x - зраци

ЗАШТИТА ОД КОПИРАЊЕ

Литература

1. Дарбс М. Е, Њалсх М.М.1995.Дентал хсгиене тхеорс анд працтице, 249-280.Пхоладелпхия: Н.Б.Саундерс
2. Јоллс Д.Е.1994. Евалуатион оф тхе медицал хисторс. Дент.Цлин.Нортх Ам. 38(3):361-380
3. Литтле Д.Е, Фалаце Д.А. 1997. Дентал менагемент оф тхе медицаллс цомпромисед патиент, 4th ед. 79-102. Ст. Лоус: Мосбс-Seap Book
4. МцДаниел Т.Ф, Миллер Д, Јонес Р, Давис М.1995. Ассесинг патиент юиллингнесс то хеалт хисторс информацион. J. Am. Dent. Assoc. 126:375-379
5. Нефф Б. 1997. Орал хеалтх анд системиц дисеасе. Аццес. 11(3) 29-34
6. Пеацоецк М.Е. Царсон Р.Е. 1995. Фрељуенцс оф селф-репортед медицал цондитионс ин периодонтал патиентс. J. Periodontol. 66:1004-1007
7. Њилкенс Е.М. 1994. Цлинициал працтице оф тхе дентал хсгиенист, 7th ед. 93-101.Пхиладелпхия:Леа анд Фебигер

2. ЕТИОЛОГИЈА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

Инфламаторната пародонтална болест не е самостоен ентитет и не е причинета од единствена причина. Испитувањата на голем број на ризик фактори не покажааа директна врска со пародонталната болест. Каузална врска, на пародонталната болест и денталниот плак, е воспоставена со помош на лонгитудинални студии. Со воспоставувањето на каузалната врска, се овозможува и превенирањето на заболувањето.

Факторите коишто се вклучуваат во етиологијата на пародонтопатијата се:

1. локални етилошки фактори
2. системски предиспонирачки фактори
3. отпорност на домаќинот

2.1. Примарна етиологија-бактерии и нивни продукти

Иницијацијата и прогресијата на инфламаторната пародонтална болест, се резултат на акумулацијата на денталниот плак во зоната на гингивалниот сulkus. Денталниот плак е густа, неминерализирана материја, составена од бројни бактериски колонии. Освен бактерии во плакот се присутни и некои вируси и габички.

Ткивните промени зависат од интеракцијата помеѓу микроорганизмите од плакот и одбраната на домаќинот. Бројни локални фактори можат да ја поттикнат акумулацијата на плакот, а општите фактори можат да го модифицираат одговорот на домаќинот кон бактериите од плакот. Како и да е, ако денталниот плак се отстрани и не се дозволи негова акумулација, тогаш ќе се сочувва гингивалното здравје, без оглед на другите фактори.

2.1.1. Бактериски фактори

Денталниот плак е најважниот ризик фактор за иницијација и прогресија на пародонталната болест. Лое и сор.. (1965) ја утврдиле каузалната врска помеѓу плакот и гингивалната инфламација. Во овој

класичен експериментален модел биле вклучени испитаници со совершено здрава гингива и минимално присуство на плак. Процедурата траела 21 ден, кога испитаниците не одржувале орална хигиена, пришто се зголемила акумулацијата на плакот и се појавил гингивит. Понатаму со примена на добра орална хигиена, се елиминирал плакот а со тоа и гингивалната инфламација. Голем број на други студии укажуваат на позитивната корелација помеѓу акумулацијата на плакот и гингивалната инфламација.

Денталниот плак има карактеристики на биофилм. Се дефинира како матрикс на затворени бактериски популации поврзани едни со други. Во биофилмот бактериите комуницираат помеѓу себе, а нивниот опстанок зависи од pH на средината, кислородниот притисок и од присуството на специфични нутритивни фактори.

Околу 500 видови на бактерии се присутни во оралната празнина, но само околу дваесет (10%) се поврзуваат со патогенезата на пародонталната болест. Критериуми коишто треба да ги исполнуваат бактериите, за да бидат поврзани со етологијата на пародонтопатијата, се следните:

1. Да бидат присутни во голем број кај напредната пародонтална лезија а во релативно мал број кај здрав пародонт или ненапредната пародонтална лезија.
2. По елиминирање на бактериите да настане клиничко заздравување на пародонталните ткива.
3. Да се присутни пред да настанат клинички видливи промени на ткивото.
4. Да ја менуваат реакцијата на ткивото.
5. Да предизвикуваат заболување и во експериментални услови.

Типовите на микроорганизми пронајдени во плакот варираат кај различни индивидуи и на различни места во устата. Во зависност од локализацијата, во однос на гингивата, денталниот плак може да се идентификува како супра и субгингивален.

2.1.2. Супрагингивален плак

Кога забот еруптира тој има органски обвивка од емајловата кутикула. Таа рано се губи поради абразија или дигестија од бактериите. По неколку секунди откако саливата ќе дојде во контакт со природниот заб, се формира прекривка од саливарни гликопротеини на забот како аморфна, леплива, цврста мембрана. Се смета дека пеликулата е ацелуларна и во неа не се неопходни бактерии за нејзино формирање. Пеликулата го овозможува колонизирањето на бактериите на забните површини, па затоа учествува во формирањето на плакот. Пеликулата е формирана од гликопротеини кои селективно се врзуваат за забот и не сите присутни бактерии во саливата можат да се прицврстат за пеликулата.

Пеликулата може да се формира на површината на забот како површинска пеликула или може да атхерира во вид на прстовидни проекции во милионите нерамнини на емајлот или полињата на деминерализација. Оваа пеликула е наречена подповршинска пеликула.

Слика бр.1 Супрагингивален плак и калкулус

Може да биде отстранета во текот на профилаксата, но пеликулата повторно почнува да се создава во тек на неколку минути, а нејзиното комплетно формирање е по 2 часа. Бактериите атхерираат врз забната површина преку молекули наречени адхезини, лоцирани на бактериската клеточна површина. Атхезините, кои се протеини и имаат афинитет да се поврзат за специфичните јагленохидратни структури во гликопротеините на пеликулата, се наречени лектини.

2.1.3. Формирање на супрагингивален дентален плак

Формирањето на плакот започнува со атхерирање на бактериите во пеликулата. Пеликулата служи како извор на хранливи состојки за бактериите. Во текот на метаболизмот на саливарните протеини се ослободуваат пептиди и аминокиселини, кои се неопходни за опстанокот на бактериите во плакот.

Првата фаза на колонизацијата трае 1-2 дена, без примена на техники за отстранување на плакот.

Последователно во супрагингивалниот плак се насељуваат: форми на коки, кратки стапчести форми, поголеми стапчести форми и потоа подвижни форми вклучувајќи ги и спирохетите. Најголем број од овие бактерии се грам позитивни аероби(живеат во комплетно кислородна средина). Но повеќето аеробни бактерии не преживуваат само во комплетно кислородна средина, туку почесто се сметаат за факултативни, живеејќи со или без кислород.

Потоа се зголемува бројот на грам негативни микроорганизми, а се појавуваат и повеќе подвижни форми. Супрагингивалниот плак обично се детектира со визуелизација, со или без соодветни раствори за детекција. Микроорганизмите се насељуваат како индивидуални колонии, а се прошируваат латерално и надолжно и формираат паралелни, палисадни слоеви на бактерии. Првите колонии на бактерии се грам позитивни коки и кратки стапчести форми, вклучувајќи ги Стр.мутанс и Стр.сангуис.

Втората фаза трае 2-4 дена по прекинувањето на оралната хигиена или по оставање на одредени делови без четкање. Раната плакова маса обезбедува база за следната фаза на инфильтрација на бактериски колонии. Следни бактерии кои се насељуваат се грам позитивни стапчести и грам негативни коки. Просторот помеѓу слоевите на првиот плак обезбедува анаеробна околина за колонизација на аероби и факултативни анаероби (кои живеат со или без кислород). Коките се уште доминираат во плакот, уште повеќе филаментозните форми и скудните стапчести форми кои се натпреваруваат за простор.

Екстраклеточниот матриксот кој почнува да се формира околу бактериските колонии, се добива главно од саливата и од гингивалниот флуид. Бактериите можат да создаваат екстрацелуларни полисахариди (јагленихидрати) од сахарозата. Овие гликани, левани и фруктани се значајни за процесот на атхезија на бактериите. Нивната несолубилност го зголемува плаковиот отпор и ја намалува можноста за отстранување на

плакот. Леваните и растворливите гликани се енергетски извор за бактериите.

Од 4-иот до 7-иот ден се одвива третата фаза од создавањето на плакот. Стапчестите, филаментозните и фузобактериите стануваат доминантни и стапуваат во интеракција едни со други. Како што плакот зрее, вибрионите и спирохетите можат да се колонизираат во него. Нов плак може да се создаде врз површината на зрелиот плак или да се шире коронарно од него. Овој нов плак се карактеризира со присуство на коки. Филаментозните облици од плакот служат како врзувачки места за овие нови коки и се формира формација во вид на кочан од пченка. Грам позитивните факултативни филаменти како *Ацтиномицес* видовите се врзуваат со коките како што е *Стр.сангуис*.

Третата фаза од населувањето на бактериите продолжува како што плакот продолжува да зреа во тек на 7-11 ден. Спирохетите продолжуваат да се размножуваат и се појавуваат нови видови како што се вибрионите. На гингивалното ткво се забележуваат првите знаци на инфламација, како резултат на присутниот плак. Овој инфламаторен одговор е лесно променлив со едноставно отстранување на плакот.

2.1.4. Субгингивален плак

Бактериите кои живеат без кислород се вистински или облигатни анаероби. Анаеробните микроорганизми се присутни во длабочините на субгингивалниот плак. Со стареење на плакот, во период од 14-21 ден, вибрионите и спирохетите стануваат превалентни во субгингивалниот плак. Растот, акумулацијата и патогеноста на субгингивалниот плак се под силно влијание на присуството на супрагингивалниот плак. Гингивалната инфламација причинета од супрагингивалниот плак го изменува соодносот помеѓу гингивалниот раб и забот. Зголемувањето на гингивата(едем на гингивата) влијае врз анатомскиот сооднос помеѓу забната површина и гингивалната маргина, дозволувајќи им на бактериите да го заземат субгигивалниот простор и да формираат субгингивален дентален плак.

Овој новоформиран субгингивален простор, кој е заштитен од физиолошките и механичките механизми на орално самочистење го забрзува натамошното бактериско размножување. Микрофлората на субгингивалниот плак генерално е

поанаеробна, со повеќе грам негативни видови и поподвижни форми на микроорганизми. Исто така има многу подвижни организми кои се комплетно неприкрепени за плаковиот матрикс. Овие микроби продуцираат токсини, ензими и метаболни продукти кои причинуваат директна лезија на пародонциумот. Многу поважно е што тие делуваат како антигени а при одговорот на домаќинот на присутниот иританс, се појавува извесна деструкција на пародонталните ткива.

Типови на субгингивален плак

Според локализацијата се разликуваат 3 типа на субгингивален плак:

1. поврзан со забот (припоен)
2. поврзан со ткиво
3. неприпоен субгингивален плак

Неприпоените грам негативни анаеробни микроорганизми се во непосредна близина на епителот и играат важна улога во иницијацијата и прогресијата на пародонталната болест.

Нутрициенси

Хранливите состојки од флуидот во пародонталниот цеб се лесно достапни така да бактериите кои ги користат протеините како енергетски извор се фаворизирани во однос на оние на кои им се потребни јагленихидрати. На пример пронајдените компоненти кои содржат хемин во флуидот го засилуваат растот на *Порпхромонас* и *Превотелла* видовите. Затоа, конечниот сооднос на различните бактерии пронајдени во субгингивалниот предел е збир на мноштво од испреплетени процеси.

Микроорганизми на дентални имплантити

Клиничките студии покажаа дека микрофлората на здрави, стабилни дентални имплантти е слична со онаа на здрави заби, додека имплантите кои се нестабилни и неуспешни имаат бактериска флора слична на онаа кај природните заби со пародонтална болест. Денталниот плак мора да биде отстранет околу имплантите како и кај природните заби.

Други компоненти на плакот

Клетки

Иако бактериите се примарни конституенси на плакот, во него се присутни и други типови на клетки. Епителните клетки се пронајдени речиси секаде во примероците на плакот. Белите крвни клетки, особено полиморфонуклеарните

неутрофили(ПМН), се исто така често присутни во плакот. Црвените крвни клетки се идентификуваат во примероците земени од забните површини непосредно до пародонталните цебови со крвавење при сондирање, индицирајќи нарушување во континуитетот на епителот на цебот.

ТАБЕЛА 1. Бактерии присутни кај пародонтопатија:

Грам позитивни:	Грам негативни:
Факултативни анаероби	Факултативни анаероби
Коки-(Стр.сангуис,митис, саливариус)	Стапчести: Еикенела цорроденс, Цапхноцтостхага специес, Ацтинобацилус ацтиномсцетемцомитанс
Стапчести(Ацтиномсцес,Цорснебацтериум)	
Облигантни анаероби:	Облигантни анаероби:
Коки-(пептострептоцоцкус митис)	Стапчести:порпхромонаас гингивалис,бацтероидес форсстхус, превотела интермедиа, фусобацтериум нуцлеатум
Стапчести(Еубактериум лентум)	Коки : веиллонелла алцалесценс
	Спирохета: трепонема дентицола
Бактерии присутни кај здрав пародонт	Бактерии присутни кај заболен пародонт
Грам позитивни	Грам негативни
Аероби	Анаероби
Неподвижни	Подвижни
Сахаролитични	Асахаролитични
Бактерии сигурно асоциирани со некоја од формите на пародонтопатија	
Ацтинобациллус ацтиномсцетемцомитанс	агресивна(еарлс онсет)пародонтопатија
Порпхромонаас гингивалис, Бацтероидес форсстус	Хронична адултна пародонтопатија

2.1.5. Механизми на бактериско дејство

Различни соеви на бактерии, продуцираат патоген материјал неопходен да причини прогресија на гингивитот во деструктивна пародонтопатија. Кога патогената флора е присутна, микроорганизмите го иницираат деструирањето на пародонталните структури, како со директните токсични ефекти, така и со индиректна активација на домаќиновите клетки.

Директен ефекти

- Цитотоксични агенси

Субгингивалниот неприпоен плак содржи ендотоксини, кои се липополисахариди(ЛПС), или познати како липоолигосахариди(ЛОС).

Липополисахаридите, кои се наоѓаат во клеточниот сид на грам негативните бактерии, можат да иницираат инфламација, да причинат мекоткивна деструкција и да ја стимулираат коскената ресорпција. Ендотоксините се ослободуваат од клеточните сидови при уништување на грам негативните бактерии. ЛОС е пронајден и во некротичниот цемент.

- Ензими

Многу од бактериите присутни во плакот, продуцираат мноштво ензими. Овие ензими се собираат во сулкусот и можат да продрат преку интактен епител во подлабоките ткива. Ензимите го разградуваат сврзнатото ткиво (разградба на колагенот) и врзувачката основна супстанца.

Новите информации кои се однесуваат на разградбата на сврзнатото ткиво се фокусирани на матрикс металопротеиназите(ММП). Оваа група на структурно слични ензими(колагенази, гелатинази и стромелинази) се продуцира од стимулираните клетки на домаќинот. Овие ензими се одговорни за разградба на

колагенот (главна компонента на сврзнатото ткиво), деградација на протеогликаните (дел од основната супстанца) и другите протеини кои го градат сврзнатото ткиво. Освен тоа тие предизвкуваат остеокластна коскена ресорпција.

Индиректни ефекти

- Имунопатолошки механизми

Неколку бактериски антигени причинуваат инфламација во пародонталните ткива со стимулација на имуниот реактивитет. И хуморалниот(базиран на антителата) и клеточно посредуваниот(базиран на лимфоцитите) имун одговор се забележуваат кај пациентите со пародонтална болест. Улогата на имуниот одговор при пародонтопатија не е комплетно јасна, но неоспорно е дека со вклучување на имунопатолошките механизми кај пародонталната болест настапува ткивна деструкција.

Комбинирани механизми

Повеќе механизам се вклучуваат во започнувањето и прогресијата на гингивитот и на пародонтопатијата. Се претпоставува дека бактериските ензими и/или цитотоксичните супстанции пројавуваат директни ефекти врз сулкусното и субсулкусното ткиво и индиректно го иницираат имуниот одговор. Затоа постојат мултиплини механизми на дејствување на денталниот плак.

2.2.Локални дополнителни ризик фактори за пародонтална болест

Многу локални фактори можат да ја зголемат плаковата депозиција и рetenција и да учествуваат во појава на гингивитот и на пародонтопатијата. Овие фактори се дефинирани како "дополнителни", бидејќи тие сами по себе не ја иницираат гингивалната инфламација, туку го поттикнуваат зголемувањето или долгото опстојување на плакот и го отежнуваат неговото отстранување. Познавањето на овие локални ризик фактори може да придонесе стоматологот да предвиди поспецифични активности за плак контрола, да ги охрабрува

пациентите да бараат натамошни корективни дентални третмани и да придонесе за сеопфатна грижа на пациентите со пародонтална болест.

Веројатно најзначаен асоциран локален фактор цврсто поврзан со зголемена веројатност за развој на пародонтопатија, но не директно вклучен во предизвикување на болеста е присуството на веќе постоечка пародонтална болест. Местата претходно зафатени со пародонтална болест се најголемиот ризик за натамошна прогресија на истата. Почеста професионална грижа го намалува ризикот.

2.2.1. Забен камен

Супрагингивалниот забен камен се описива како наслага на минерализирана супстанца на површината на забот. Површината на забниот камен е груба и нерамна а во овие нерамнини се таложи нов дентален плак.

Забниот камен за разлика од денталниот плак, е видлив па предизвикува и естетски проблеми. Естетскиот момент е најчеста причина пациентите да бараат помош, непознавајќи ги штетните последици од неговото присуство. Покрај регистрирањето и отстранувањето на истиот должност на терапевтот е да му укаже на пациентот на штетните последици од неговото присуство како и на корисноста од неговото отстранување.

Слика бр.2 Дейозиши на забен камен

Забниот камен се смета за најважен локален дополнителен фактор. Тој е калцифициран дентален плак, но може да се формира дури и во отсуство на бактерии. Минерализацијата на плакот иницијално се појавува супрагингивално.

Субгингивалниот забен камен се формира поспоро, во потесен простор и цврсто е припоен за коренот, поради што и многу потешко се отстранува. Забниот камен е секогаш покриен со плакот и содржи токсични бактериски продукти.

Субгингивалниот калкулус е често депониран во вдлабнувањата или испакнувањата на коренската површина. Тој е порозен и може да биде резервоар на бактерии и ендотоксин.

2.2.2.Материја алба и дебрис

Материја алба претставува бактериска агрегација со хранителен дебрис, но таа се разликува од плакот по тоа што не е цврсто атхерирана за површината на забот. Нема дефинирана градба како денталниот плак и минимално се вклучува во етиологијата на пародонталната болест, а за разлика од плакот се отстранува лесно со воден спреј или со испирање.

2.2.3.Анатомски фактори

Морфологијата на забот(големина и форма) и позицијата на забите во забниот низ, се фактори кои ја потенцираат плак акумулацијата.

-Морфологија на забот

Палатиналните јамички се присутни кај околу 5-9% од максиларните инцизиви и можат да бидат причина за тесен, длабок пародонтален џеб. Исто така плакот може да се акумулира непречено во длабоката мезијална фисура на горните први премолари. Емајлот во фуркационите предели на коренската површина може да манифестира вратни емајлови проекции или емајлови перли. Овие бразди на емајлот можат да овозможат зголемена плак акумулација.

-Позиција на забите

Позицијата на забите може да влијае врз плак акумулацијата, врз оралната хигиена и терапијата. Повеќето автори кои го испитувале влијанието на збиеноста, искосеноста и ротираноста на забите, утврдиле дека ваквите аномалии на забната позиционираност, водат до зголемена плак акумулација(и поголема ткивна инфламација), особено кај пациенти кои не одржуваат соодветна орална хигиена. Одсуството на контакти помеѓу забите овозможува импакција на храна, која може да предизвика плак индуцирана инфламација.

2.2.4.Јатрогени фактори

-Реставративна стоматологија

Нерамната површина и амалгамите со стапалка, како и композитите, коронките, мостовите и другите типови на реставрации се асоциирани со зголемена гингивална инфламација и пародонтопатија. Субгингивалните реставрации, особено оние со дефектни или предимензионирани рабови, можат да имаат голем ефект врз пародонталното здравје бидејќи предизвикуваат ретенција на плакот во сулкусот или џебот.

Во текот на реставративната стоматологија можат да настанат повреди на гингивата. На пример, голем дел од интерденталната папила може да биде уништен со невнимателна употреба на колчињата во конзервативната стоматологија. Исто така, ретракциониот конец, материјалите за отпечаток и привремените изработки можат да резултираат во иреверзibilни оштетувања на пародонциумот. Фиксните надоместоци мора да бидат така дизајнирани за да може пациентот сам да ги чисти сите површини на реставрациите, вклучувајќи го и пределот на мостот. Од големо значење е и морфологијата на коронката, односна изразеноста на екваторот на коронката. Ако екваторот не е доволно нагласен, при мастикација ќе дојде до втиснување на храната во гингивалниот сулкус. Доколку пак е пренагласен, изоастанува самочистењето а акумулацијата на плакот е поголема. Ако подвижните протетски надоместоци се така конструирани да го притискаат мекото ткиво или пак кукичките прекумерно го оптеретуваат забот, секако дека ќе доведат до пародонтални оштетувања. Во присуство на дентален плак, овие инсулти можат да резултираат во брза и посилна деструкција на пародонталните структури.

2.2.5.Ортодонтски надоместоци

Ортодонтските надоместоци долго се поврзувани со зголеменото плак акумулирање, гингивитот и кариесот. Фиксните апарати, претставуваат одлични ретенциони места за бактериски раст и можат значително да придонесат за прогресија на инфламацијата. Особено внимание е потребно да се посвети на

ортодонтските плак ретенциони предели. Почестите контроли може да бидат индицирани за пациенти со ортодонтски помагала, особено каја возрасните.

2.2.6. Траума при четкање

Може комплетно да ја уништи слободната или припојната гингива и да резултира во голема рецесија. Всушност повредите на гингивата при четкањето се еден од двата најчести фактори кои се поврзани со рецесијата (другиот е позицијата на трајната дентиција).

2.2.7. Лоши навики

Понекогаш пациентите можат постојано да ја гребат гингивата со нокти или со други средства. Овие дејства доведуваат до локализирана инфламација како и до локализирана рецесија. Иако релативно ретко, ваквите навики треба да се земат во предвид ако се забележи изолирана рецесија, а со прегледот неможе да се утврди причината за рецесијата. Измените во локалната анатомија на гингивата (висок припој на френулум и латерални плики како и инсуфициентна зона на припојна гингива) често водат до поголема плак акумулација и инфламација.

2.2.8. Импакција на храна

Е еден од најчестите локални фактори кој може да придонесе за иницијација и прогресија на инфламаторното пародонтално заболување. Ретенцијата на храната води до разградба на храната и хемиска иритација, но обезбедува и одлично хранилиште за бактериите кои можат да го иницираат процесот на заболувањето.

2.2.9. Хемиска повреда

Неправилна локална примена на аспирин, силни раствори за испирање на устата и други лекови, локално аплицирани (вклучувајќи го и кокаинот), можат да резултираат во улцерации на гингивалното ткиво. Повредите од ваква природа се обично минливи, но привремено можат да попречат на плак контролата и да придонесат за пародонтална инфламација.

2.2.10. Пигментации на забите

Претставуваат дисколорации кои се наоѓаат на површината или во внатрешноста на самиот заб. Во зависност од нивното потекло тие можт да бидат егзогени и ендогени. Во зависност од нивната локализација можт да бидат инкорпорирани во цврстите забни ткива или да се наоѓаат на површината на забот.

Егзогените пигментации настануваат од надворешни извори и најчесто се локализирани на надворешната површина на забот. Потекнуваат од хроматогени бактерии, храна или хемиски агенси. За разлика од нив ендогените пигментации се инкорпорирани во забот и неможт да бидат отстранети со полирање.

Видови на пигментации кои се инкорпорирани во забот

Во овој вид на пигментации секогаш спаѓаат ендогените пигментации, бидејќи потекнуваат од самиот заб и затоа се наоѓаат инкорпорирани во забните структури. Најчести примери на овие пигментации се:

1. Авитални(депулпирани заби) каде содржината на пулпата предизвикува дисколорација на дентинот, а истото може да се случи и кога е присутен длабок кариес на забите.
2. Кај постари пациенти, кај кои забите добиваат темно сива боја поради експозиција на дентинот. Имено со возраста емајлот станува се потенок експонирајќи ја на тој начин потемната боја на дентинот.
3. Внесување на поголема количина на флуориди(флуороза). Доклоку внесот на флуориди е зголемен, помеѓу третиот месец од бременоста и осмата година од животот, забите добиваат опалесцентно белузлава или кафеава боја.
4. Употреба на тетрациклини за време на калцификацијата и развојот на забите.

По вториот триместар од бременоста и осмата година од животот не би требало да се примаат тетрациклини. Забележани се дисколорации на забите и кај возрасни при преголема употреба на тетрациклини. Преобоеноста на забите од употребата на тетрациклини е сиво-кафеава.

Слика бр. 3 Пребоеноси на забише од ушошреба на шешициклин

Некои од надворешните пигментации можат да се инкорпорираат во емајлот или во дентинот (амалгамски или никотински).

Видови на надворешни пигментации

Жолтите пигментации најчесто се асоциирани со присуство на дентален плак и можат да се отстранат со отстранување на денталниот плак.

Темно-кафеави до црни пигментации можат да се видат кај луѓе кои многу пијат кафе ли чај, а тие не четкаат доволно за да го отстранат танинот. Овие танини можат да навлезат и во иницијалната пеликула на денталниот плак. Со зголемување на ефикасноста на четкањето како и со промена на постоечката четкичка со потврда и абразивна овие пигментации можат ефикасно да се отстрани.

Слика бр.4 Тутунски пигментации на забише

Тутунските пигментации го пребојуваат забот од темно кафеаво до црно. Тие настануваат како резултат на тутунот: од катранот и од јаглерод моноксидот. Во почетокот се појавуваат на нерамнините на емајлот и во фисурите на забите. Подоцна можат толку многу да се исталожт на површината на забите, така што тие наликуваат како да се премачкани со катран. Тоа најчесто се забележува на лингвалната површина на долните инцизиви. Тутунските пигментации ја прават површината на забот нерамна, поради што денталниот плак полесно се акумулира.

2.2.11. Оклузија

Порано се сметаше дека оклузалната траума е главен фактор во иницијацијата на пародонтопатијата. Неоспорно е докажано дека оклузалната траума не ја иницира гингивалната инфламација или

формирањето на пародонталниот џеб. Оклузалната траума може да ги зголеми степенот и прогресијата на пародонтопатијата, ако плак индуцираната инфламација е едновремено присутна. Во оваа насока, траумата од оклузијата делува како дополнителен локален ризик фактор во присуство на инфламација, но не е сама по себе примарен етиолошки фактор.

2.3. Системски ризик фактори за пародонтопатија

Општото здравје влијае врз отпорноста на пациентот и појавата на пародонтопатијата, но не е докажано ниту едно специфично системско заболување кое предизвикува пародонтопатија во отсуство на локални иритирачки фактори. Всушност присуството на одредени системски состојби може да го интензивира дејството на плакот. Бројни состојби ја модифицираат плак акумулацијата и прогресијата на пародонталната болест. Пародонталната болест веќе не се смета за инфекција кон која сите индивидуи се подеднакво чувствителни. Истражувањата се обидуваат да разграничат зошто некои пациенти се со поголем ризик за деструктивна пародонтопатија. Иако бактериите се основни за развој на ова заболување, објаснувањето само на нивното влијание за појава на деструктивана пародонтопатија е недоволно. Чувствителен домаќин исто така е неопходен, па затоа одбрамбените способности на домаќинот играат значајна улога. Голем број на генетски и стекнати системски состојби овозможуваат одредени индивидуи да бидат ризични за развој на пародонтопатија.

Литература

1. Birkedal-Hansen II. 1993. *Role of matrix metalloproteinases in human periodontal diseases.* J. Periodontol. 64: 474-484.
2. Џостертон Ј.Н. З, Лењандоњски Д, ДеБаеер Д, Цалдњелл Д, Корбер Г. 1994. Биофилмс, тхе цустомизед мицроницхе. J. Бацтериол. 176:2137-2142.
3. Доугласс Ц. 1998. Риск асесмент фор периодонтал дисеасе ин адултс. Орал Царе Репорт 8:1-11.
4. Фине Д. 1995. Цхемицал агентс то превент анд регулате плаљуе девелопмент. Периодонтологс 2000 8:87-107.

5. Хоу Г.Л, Тсаи Ц.Ц. 1993. Релатионсхип бетњеен палато-радицулар гроовес анд лоцлизед периодонтитис. *Ј. Цлин. Периодонтол.* 20:678-682.
6. Листгартен М.А, Maso X.E, Тремблас Р. 1975. Девелопмент оф дентал плаљуе он епоџс ресин цроњнс ин мен. А лигхт анд елецтрон мицроскопие студс. *Ј. Периодонтол.* 46:10-26.
7. Лое Х, Тхеиладе Е, Јенсен С. 1965. Еџпериментал гингивитис ин ман. *Ј. Периодонтол.* 49:117-187.
8. Нењман М. 1998. генетиц енвиromентал, анд бехавиорал инфлуенцес он периодонтал инфециоњс. *Цомпендиум(специјал искуе)* 19: 25-31.
9. Пхилстром Б, МеХугх Б, Олипхант Т. 1983. Цомпарисон оф сургицал анд нонсургицал треатмент оф периодонтал дисеасе. *Ј. Цлин. Периодонтол.* 17: 351-355.
10. Рамс Т, Линкс Ц. 1983. Мицробиологс оф фаилинг дентал имплантс ин хуманс: Елецтрон мицроскопие обсервацијонс. *Ј. Орал Имплантол.* 11: 93-100.

3.ГИНГИВАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА

3.1.Плак асоциран гингивит

Гингивитот причинет од денталниот плак е најчесто пародонтално заболување. Денталниот плак како причина за гингивитот е потврден со Лое- овата класична студија "Експериментален гингивит кај човекот" .

Плак асоцираниот гингивит започнува од гингивалната маргина и може да се прошири на преостанатото гингивално ткиво. Овој гингивит нема да се појави ако не се присутни бактериите и ако составот на стекнатата орална микрофлора не е специфичен. Гингивитот е реверзилен доколку се спроведе отстранување на денталниот плак и соодветно одржување на орална хигиена. Но, ако одржувањето на оралната хигиена е испрекинато и несоодветно, дозволувајќи акумулација на плак, клиничките знаци на акутен гингивит се развиваат за 1-3 недели. Овој класичен модел на индукција на гингивитот е применет во клиничките експерименти за тестирање на антигингивитис оралните раствори за испирање. Бидејќи бактериите, асоциирани со хроничниот, долготраен плак индуциран гингивит, не се многу специфични, од голема важност е клиничкото препознавање на гингивитот. Најраните измени клинички не се видливи, туку само хистолошки. Со развојот на гингивитот, здравата гингива ја менува бојата, формата, конзистенцијата и површинската структура. Плак асоцираниот гингивит, започнува во интерденталната папила и клинички се карактеризира со гингивално црвенило, крварење, оток и гингивална чувствителност. Случувањата при плак индуцираниот гингивит можат да бидат сумирани:

1. поврзан е со неспецифични бактерии (иако одредени типови бактерии се асоциирани со гингивит, состојбата се уште се смета за неспецифично бактериско воспаление)
2. клиничките знаци на инфламација се лимитирани на гингивата
3. промените се реверзибилни (доколку се отстрани плакот)
4. иако бактериите се примарни фактори на ризик, секундарните фактори очигледно ги модифицираат клиничките карактеристики на болеста. Поради тоа произлегуваат и многу субкласификацији на гингивитите.

Терапијата на гингивитот вклучува одржување на соодветна орална хигиена и постојано професионално отстранување на денталниот плак како и на дополнителните фактори кои го фаворизираат создавањето на плакот.

3.2.Гингивит асоциран со лекови

Медикаментозно условен гингивит

Употребата на некои лекови може да предизвика појава на гингивит. Постојат 3 типа на лекови, кои можат да причинат гингивална хиперплазија(зголемување на гингивата).

-Фенитоин (инциденца 50%), кој се употребува за контрола на конвулзивни и болести на одземеност.

-Циклоспорини (инциденца околу 30%), се употребуваат како имуносупресивна терапија или терапија за превенција на отфрлање при трансплантирање.

-Блокатори на калциум, се употребуваат во терапијата на кардиоваскуларни состојби како што се хипертензија, ангине и аритмии. Нифедипин е еден од првите блокатори на калциумот и е најчесто асоциран со гингивална хиперплазија (инциденца околу 15%), но ваква состојба може да се појави при примена на било кој друг лек од оваа класа.

Не постојат специфични бактерии асоцирани со овој тип на гингивит и нема специфични ризик фактори освен лоша орална хигиена и примената на лекови. Базирајќи се на хистолошките и ултраструктурните наоди, медикаментозно условените гингивални измени многу почесто се дефинирани како "гингивален прекумерен раст" или "зголемување", почесто отколку "гингивална хипертрофија (зголемување на волуменот на сврзнатото ткиво) или гингивална хиперплазија (абнормално зголемување во бројот на фибробластите).

Етиологијата на медикаментозно индуцираниот гингивален прекумерен раст не е точно позната. Или има прекумерно продуцирање на колаген од гингивалните фибробласти поради што гингивата изгледа подебела и зголемена, или активноста на колагеназата (го разградува колагенот) е редуцирана. Високо активните фибробласти стануваат чувствителни на овие лекови во присуство на инфламација. Зголемувањето често се појавува 1-3 месеци од почетокот на земање на медикаментот.

Иако количеството на дневно земен лек и должината на земањето можат да бидат поврзани со степенот на зголемувањето бројни истражувања неуспеаа да пронајдат зависност помеѓу овие фактори.

Додека некои клинички студии покажаа дека нивото на плак акумулацијата, влијае на степенот на зголемувањето на гингивата, други покажаа дека иако плак контролата и отстранувањето на локалните иритирачки фактори е од корист за гингивалното здравје, овие мерки самостојно не го превенираат гингивалното зголемување. Понекогаш е тешко да се определи дали зголемената плак акумулација го условува гингивалното зголемување или плак акумулацијата е резултат на неефикасната орална хигиена во присуство на зголемена гингива.

3.3.Гингивални заболувања асоцирани со ендокриниот систем

Нарушениот хормонален баланс го менува одговорот на гингивата кон денталниот плак. Хормонално условениот гингивит се манифестира како гингивит при гравидитет, гингивит при употреба на орални контрацептиви и пубертетски гингивит. Инфламаторниот одговор на гингивата кон плакот може да биде засилен од несоодветно контролираните нивоа на шеќерот во крвта, што резултира во гингивит асоциран со дијабет.

3.3.1.Гравидарен гингивит

Гравидарниот гингивитот е инфламација на гингивата асоцирана со бременоста. Инциденцата на гингивитот во тек на бременоста се движи помеѓу 30-100%. Ефектите на гравидитетот на веќе постоечкиот гингивит, се евидентни во 2-от гестациски месец а најизразени се во 8-от месец, времето на највисоките хормонски нивоа.

Кај гравидни пациентки со здрава гингива, обично не се манифестира гингивитот, но ако гингивитот или пародонтопатијата се веќе присутни, состојбата на заболувањето се интензивира со бременоста. Степенот на гингивална инфламација е поврзан со состојбата на оралната хигиена на пациентката. Интензитетот на гингивитот е поголем кај гравидни отколку кај негравидни жени, но не предизвикува подеструктивна пародонтопатија. Гингивитот се повлекува по

породувањето. Всушност гингивитот во тек на бременоста може да биде превениран или решен со соодветна плак контрола која започнува со раната бременост. Денталниот плак присутен на гингивалната маргина резултира со засилен инфламаторен одговор на гингивата. Ткивната инфламација и зголемувањето на гингивата не е причинето од самата бременост, туку од промените во хормоналните нивоа.

Слика бр. 5 Гравидарен гингивит

Хормоналните измени во бременоста се должат на зголемените нивоа на прогестеронот и естрогенот, кои во завршните гестациски месеци се за 10-30 пати поголеми во споредба со нивните нивоа во текот на нормалниот менструален циклус. Зголемувањето на овие стериоиди, особено на прогестеронот, причинува зголемена премеабилност на крвните садови, во ламина проприя, што резултира во гингивално црвенило, едем и зголемена количина на гингивален флуид. Субгингивалниот раст на **Превотелла интермедиа** е засилен, поради што оваа бактерија се поврзува со гравидарниот гингивит. Субгингивалниот раст на **Превотелла интермедиа** исто така се регистрира и кај пубертетскиот гингивит.

Клинички, се презентира со безболни израстоци, налик на печурки кои се прикрепени за базата на гингивалната маргина. Тие ќе се повлечат или комплетно ќе исчезнат по породувањето. Гравидарен гингивит не е синоним за гравидарен тумор. Гравидарен тумор е ненеопластичен, пиоген грнулом, кој се појавува кај гравидни пациентки. Тој произлегува од аналогна форма на неактивен тумор и е стимулиран во текот на бременоста.

Слика бр. 6 Гравидарен шумор

3.3.2.Гингивит асоциран со орални контрацептиви

Етиологијата на гингивалната инфламација индуцирана од орални контрацептиви е слична со онаа при бременост, бидејќи употребените лекови содржат комбинација на естроген и прогестерон, кои симулираат бременост. Затоа,

истоветни гингивални измени кои се забележуваат во тек на бременоста се видени и при примена на орални контрацептиви.

3.3.3.Пубертетски гингивит

Во тек на пубертет, силното зголемување во нивото на стероидните хормони, често може да причини гингивален одговор, кој е сличен со она што е описано кај гравидарниот гингивит. Во согласност со зголемувањето на хормоните, инциденцата и интензитетот на гингивитот кајadolесцентите се под влијание на бројни фактори, вклучувајќи го нивото на плакот, кариесот, дишењето на уста, тескобата и ерупцијата на забите. Разграничувачки наод помеѓу плак индуцираниот гингивит и пубертетскиот гингивит е развојот на гингивалната инфламација во присуство на мало количество на плак. Извонредна орална хигиена е терапија на избор.

3.4.Гингивални заболувања во скlop на некои системски состојби (мукоутани заболувања)

1. Мукоутаните болести се лезии кои ги инволвираат мукоznите мембрани вклучувајќи ја устата и/или кожата. Оралните манифестации на мукоутаните болести можат да бидат присутни при ерозивен лихен планус, пемфигоид, булозен пемфигоид и пемфигус вулгарис. Повеќе зрели жени од мажи се заболени од овие болести. Оралните лезии можат да ги вклучат сите делови на гингивата и другите мукоznи мембрани на оралната празнина. Промените на гингивата можат да се манифестира како десквамативен гингивит, кој се карактеризира со десквамација или лупење на епителот, оставајќи црвени болни површини на сврзнатоткиво. Не се идентификувани специфични бактерии. Причините за овие мукоутани болести се мултифакторни, додека некои од болестите се во основа автоимуни, при што антителата ги напаѓаат и уништуваат сопствените ткива. Adds B, McElroy D, Espe H, Campbell H, Daries P. 1982. Рисицк фаџторс ин пхенстоин-индуцед гингивал овергроњтх. J. Periodontol. 54:373-377.
2. Амар С, Цхунг к. 1994.Инфлуенце оф хуморал вариатион он тхе периодонтиум ин ъномен. Periodontologs2000 6:79-87.
3. Ангелопулос А, Гоаз П. 1972. Инциденце оф дипхензлхсдантоин гингивал хиперпласиа. Орал Сург. Орал Мед. Орал Патх. 34: 898-906.

4. Барелас С, Тхомасон М, Идле Р, Сесмоур Р. 1992. Тхе идциденце анд северитс оф нифедипине-индуцед гингивал овергроњтх. *Ж. Цлин. Периодонтол.* 19:311-314.
5. Броњн Р, Беавер Н, Боттомелес Н. 1991. Он тхе меџханисмс оф друг-индуцед гингивал xsперпласиа. *Ж. Орал Патхол. Мед.* 20: 201-209.
6. Цохен Д, Схапиро Ј, Фриедман Л, Ксле Г, Франклин С. 1971. А лонгитудинал ивесигатион оф тхе периодонтал цхангес дуринг pregnанцс анд фифтеен монтхс постпартум. *Ж. Периодонтол.* 42: 653-657
7. Донгари А, МицДонелл Х, Ланглаис Р. 1993. Друг-индуцед гингивал овергроњтх. *Ж. Орал Сург. Орал Мед. Орал Патхол.* 76:543-548.
8. Халлмон Н, Россманн Ј. 1999. Тхе роле оф другс ин тхе патхогенесис оф гингивал овергроњтх. *Ж. Периодонтологс* 2000 21:176-196.
9. Хасселл Т, Хафти А. Друг-индуцед гингивал овергроњтх: Олд проблем, нењ проблем. *Црит. Рев. Орал Патхол. Мед.* 2:103-137.
10. Хафти А, Есхенаур А, Хасселл Т, Стоне Ц. 1994. Гингивал овергроњтх ин цсцлоспорине А треатед мултипле сцлеросис патиентс. *Ж. Периодонтол.* 65:744-749.
11. Лое Х, Тхеиладе Е, Јенсен С. 1965. Еçperimentал гингивитис ин ман. *Ж. Периодонтол.* 49:117-187.
12. Moore L. B. et al. 1987. Бацтериологс оф гингивитис. *Ж. Дент. Рес.* 66:989-995.
13. Нисхикања С, Тада Х, et al. Нифедипине-индуцед гингивал xsперпласиа: А цлинициал анд ин витро студс. *Ж. Периодонтол.* 62:30-35.
14. Паге Р. 1985. Орал хеалтх статус ин тхе Унитет Статес. Преваленце оф инфламматорс периодонтал дисеасес. *Ж. Дент. Едуц.* 49:354-364.

15. Реес Т.Д. 1998. Другс анд орал дисордерс. Периодонтологс 2000 18:21-36.
16. Сесмоур Р, Яцобс Д. 1992. Цсцлоспорин анд тхе гингивал тиссуес. J. Цлин. Периодонтол. 19:1-11.
17. Сесмоур Р, Смитх Д. 1991. Тхе еффект оф а плалье центрол программе он тхе инциденце анд северитс оф цсцлоспорин-индуцед гингивал џангес. J. Цлин. Периодонтол. 18:107-110.
18. Силнесс J, Лоë ИИ. 1963. периодонтал дисеасе ин pregnанцс. Ацта Одонтол. Сцанд. 21:533-551.
19. Сteinберг С.Ц, Steinberg A.Д. 1982. Пхенстоин-индуцед гингивал овергроњтх ин северелс ретардед џилдрен. J. Периодонтол. 53:429-433.
20. Сузуки J.Б. 1988. Диагносис анд классификацион оф периодонтал дисеасес. Дент. Цлин. Нортх Америца 32:195-216.
21. Тхомасон J. M, ет алт. 1995. Иатрогениц гингивал овергроњтх ин цардиац трансплантион. J. периодонтол. 66:742-746.
22. Йеинберг М, Инслер М, Цампен Р. 1997. Мукоцутанеус феатурес оф аутоимуне блистеринг дисеасес. Орал Сург. Орал мед. Орал Патхол. Орал Радиол. Ендод. 84:517-534.

Индекси на орална хигиена

Индексите претставуваат нумерички израз на состојби кои можат да бидат квантифицирани и кои понатаму можат да бидат употребени за проценка за присуство или отсуство на болест ,тежината на заболувањето, да се употребат за компарација на прогресијата на заболувањето, успешноста на лекувањето, како и за пошироки епидемиолошки студии.

За разлика од субјективните изјави индексите се прецизни нумерички изрази со кои можат да се послужат и други терапевти во кои било услови.

На пример, кога при преглед на пациентот за состојбата на оралната хигиена ќе се послужиме со изрази како присуство на скудна плак акумулација или забен камен или пак значително присуство на дентален плак , во различни временски периоди како од истиот а уште повеќе од друг испитувач можат да бидат различно толкувани, па оттука потребата овие изјави да бидат стандардизирани , за да можат да бидат употребливи во различни ординации и различни земји.

Затоа точното познавање, одредување и правilen избор на индексот се од непобитна важност.

Еднаш одредените индекси треба да послужат за проценка на состојбата , да укажат на недостатоци од одржувањето на оралната хигиена, успехот во терапијата и обученоста на пациентот како и на можноста од прогресија на болеста.

Изборот на одреден индекс кој ќе се користи е значајна одлука , па затоа треба да се познаваат и одредени критериуми кои треба да бидат исполнети .Постојат многу типови на индекси кои стојат на располагање, цели за кои се употребуваат и начини на интерпретација

При изборот на индекс или група на индекси кои ќе се користат треба да се земат во предвид неколку критериуми кои можат да бидат решавачки во одлуката;

Критериуми за избор

1 едноставност за употреба е круцијална компонента кој треба да обезбеди брз и едноставен начин за собирање и бележење на податоците.Изборот на едноставна метода во одредена мера ја гарантира и репродуктивноста на податоците , што значи дека изборот на едноставна метода треба да овозможи добивање на исти

резултати за еден ист пациент кога ќе биде употребена од различни испитувачи или од истиот во различни временски периоди .

2. Брз за изведување и јракшичен

Методот не смее да одзема многу време во ординацијата, ниту пак треба неговата изведба да биде поврзана со скапи средства или многу инструментариум.

3. Сензитивносит на метода

Методата треба да ги детерминира и малите промени . Со неа треба да сме во можност да видиме дали постојат промени , дали заболувањето навистина постои и дали е клинички видливо.

4. Валидносит на метода

Изборот на методата треба да обезбеди точна корелација на добиените резултати и состојбата кај пациентот .Исто така индексот треба да обезбеди точни информации за тоа што ни била почетната цел да измериме или одредиме.

Не постои идеална метода која ќе ги задоволи сите услови , затоа при изборот испитувачот треба да води сметка методата да ги задоволи основните критериуми за кои таа е наменета

Оралната хигиена се одредува со индекси кои го мерат денталниот плак и забниот камен.

Денталниот плак е примарна причина за настанокот како на пародонтопатијата така и на кариесот , па оттука неговото одредување е од исклучителна важност како за проценка за ризикот од настанување на болеста и прогресија на истата , така и во смисла од потребата на превземање на превентивни мерки кај секој пациент посебно

Ваквата значајност на одредувањето на денталниот плак , условила појава на бројни методи за одредување и квантifiцирање на денталниот плак.

Некои од нив се дизајнирани за клиничка секојдневна употреба за да се процени обученоста и мотивацијата на пациентот за одржување на оралната хигиена Помал број од методите дизајнирани се така да со нив се локализира и квантifiцира денталниот плакот ,со цел де се види ефикасноста од професионалното отстранување на денталниот плак , како и бенефитот од употребата на различни фармацевтски продукти. Една од наједноставните методи за регистрирање на количеството на дентален плак кај пациентите е методата предложена од **O'Leary, Drake, Naylor, или йлак контрола зайнс**

Предноста на оваа метода , што ја прави често употребувана ,е тоа што нуди изработка на дијаграм и визуелизација на денталниот плак при што и самиот пациент може да ја види успешноста од одржувањето на оралната хигиена како и местата каде таа е инсуфициентна.

Методологијата на одредување на овој плак индекс пред се налага визуелизација на денталниот плак;

Визуелизација на денталниот йлак

Денталниот плак претставува невидлива со голо око материја која се таложи на природните заби сите протетски надоместоци како и на меките делови во усната празнина.За да може да се отстрани денталниот плак треба да стане видлив .За оваа цел се користат одредени органски бои кои ги пребојуваат баактериските депозити како раствори на метиленско сино,, еозин ,базичен фуксин и бројни други препатрати кои можат да се употребат како раствори со кои пациентот ја плакне устата, раствори кои ги премачкуваме преку забите или таблети кои пациентот ги крши помеѓу забите ., а потоа ја плука таблетата

Слика7 ѕребојување на денталниот йлак со метиленско сино

Наједноставна метода на пребојување е со апликација на метиленско сино на тампон по сите површини на забите по што пациентот ја плакне устата со вода , Површините кои се пребоени сино се површини на кои се наоѓа денталниот плак(слика7)

Методологија на одредувањена индексот ио O'Leary, Drake, Naylor,

Денталниот плак се одредува на сите заби и на сите површини (мезијална дистална, букална и лингвална) во цервикалниот дел на забот . Се прави дијаграм.(слика 8) во кој се затемнуваат полињата каде е забележано пребојувањето. Потоа вкупниот број на пребоени полиња се дели со вкупниот број на испитувани полиња. Добиениот број се множи со сто, како би се добиле проценти . Добиените податоци му се презентираат на пациентот и во соработка со терапевтот се утврдуваат деловите во кои одржувањето на оралната хигиена е недостатно. Цел треба да биде да овој индекс се намали за 10%.

Употребата на овој индекс е ограничена за мотивација на пациентот за одржување на оралната хигиена

Слика 8 дијаграм за бележење на јак акумулацијата ио ио O'Leary

Пример за калкулација

Од прикажаната шема може да се види дека вкупно за горната вилица регистрирани се 34 полиња со плак ,а за долната 36 полиња со плак

Од тута плак индексот ќе изнесува $34+36/\text{вкупниот број на испитувани полиња}$ (100)или $70/100=0.70$

Овој број се множи со 100, па плак индексот за овој пациент изнесува 70%. Доколку при наредната посета одредиме плак индекс помал за 10% сметаме дека сме постигнале успех.

За проценка на успешноста на професионалното отстранување на денталниот плак или пак дејството на одредени фармацевтски продукти се користат цела низа на методи од кои дел се прикажани .

Плак индекс ио Sillnes и Loe :

Се одредува за избрана група на заби(16,12,24,36,32,44)(слика9) .

Слика9 репрезентативна група на заби за одредување на плак индекс по Sillnes и Loe

За секој избран заб за сите четири површини се одредува плак индекс , додека забите кои недостасуваат не се надоместуваат. Количината на дентален плак се одредува со лизгање на сондата по цервикалната поршина на забот . За секоја страна се одредува индекс од 0 до3 . Вредностите се собираат за секој заб и се делат со 4 (бројот на страните за секој заб) така добиените вредности од поедините заби се собираат и се делат со вкупниот број на испитувани заби . Резултат од 0 се оценува како одличен ,додека од 2 до 3 се смета дека оралната хигиена е недостатна и јак индексот е со висок ризик од влошување на состојбата

. .Плак акумулацијата за секоја страна се вреднува со

0 нема јак

1 многу јак адхереншен слој на дентален јак

2- присуство на дентален јак со умерена дебелина

3 големи наслаги на дентален јак кои се наоѓаат како на цервикалната ѕтрешина јака и на маргиналната гингива .

Пример за калкулација:

Пример добиени вредности за забот 16 (од слика) се

букално	2
лингвално	1
мезијално	1
дистално	2

Плак индекс за 16 е $2+1+1+2$ поделено со $4 = 1.5$

Добиените вредности ,на истиот начин , се собираат и се делат со 6

Заб	Вредност
16	1.5
12	1.3
24	1.2
36	1
32	1.6
44	1.3

Плак индексот ќе изнесува $(1.5+1.3+1.2+1+1.6+1.3)/6=1.4$

Сепак , како што може да се види, недостаток на овој индекс е тоа што има доза на субјективност во методологијата ,одзема доста врема и дава увид само во маргиналната акумулација на дентален плак .При изведба на оваа метода денталниот плак не се пребојува туку се одредува со помош на сонда па е апстрактен за пациентот.

Индекс за одредување на денталниот плак (симилифициран OHI индекс џо Green Vermilion)

Овој индекс се користи за епидемиолошки и клинички испитувања се смета дека е субјективен во одредена мера , но како се однесува на група на заби , брз е и практичен за употреба .

За одредување на овој индекс се избира репрезентативна група на заби и тоа 3,8,14,24 и тоа вестибуларните страни ,и лингвалните страни на 19 и 30 Доколку недостасува некој од моларите се избира најблискиот комплетно изникнат молардистално од вториот премолар. Не се пребојуваат забите туку денталниот плак се одредува со сонда Секој заб се дели на хоризонтални третини и тоа гингивална ,средна и инцизална третина . Сондата се движи од инцизално према гингивално . Според зафатеноста на третините од забот се одредува вредност за секој заб Добиените вредности се собираат а збирот се дели со бројот на испитувани заби . Вредности од 0 до 0,6 се оценуваат како добри , додека вредностите од 1,9 до 3 како нездадоволителни.

За секој заб поединечно се одредува индекс од 0 до 3 и тоа

О- нема пигментации или плак

1 -меки наслаги , пигментации и дентален плак присутни на една третина од забот
2 -меки наслаги , пигментации и дентален плак присутни на повеќе од една третина ,а помалку од две третини од забот

3- меки наслаги , пигментации и дентален плак присутни на повеќе од две третини од забот .

Плак индекс юо Turesky-Gilmore-Glikman(модификација на Quigley-Hein плак индекс)

Се одредува на лингвалните и букалните страни на сите заби со исклучок на третите молари. Забите се пребојуваат и се одредува индекс за секој забна површина (слика 10). Добиениот збир се дели со вкупниот број на испитувани површини.

Слика 10 Плак индекс юо юо Turesky-Gilmore-Glikman(модификација на Quigley-Hein плак индекс)

- 0 нема плак
 1 плакот е присутен во многу тенок слој по цервикалната маргина
 2 слој на дентал плак помал или еднаков на 1мм на цервикалната маргина
 3 слој на дентален плак поголем од 1мм но помал од една третина на коронката
 4 - дентален плак присутен на повеќе од една третина ,а помалку од две третини од забот
 5- дентален плак присутен на повеќе од две третини од забот

Пример за калкулација

горна вилица	букално	лингвално
25	2	2
22	1	3
21	3	2
11	0	1
12	0	0
13	1	2
14	1	3
15	2	2
17	5	3
вкупно	15	18

Долна вилица	букално	лингвално
47	4	5
44	3	5
43	2	3
42	2	3
41	2	4
31	2	3
32	0	2
33	0	2
34	0	0
вкупно	15	27

Плак индекс=вкупен број/вкупен број на испитувани страни или за дадениот пример $(15+18)+(15+27))/36=2.1$

Индексот е едноставен за користење, критериумите се прецизно дефинирани и е индекс кој заедно со индексот на **O'Leary, Drake, Naylor** е најчесто користен во клиничката практика и за лонгитудинални испитувања.

Апоксималем плак индекс

Интерденталниот простор е од извонредно значење за развојот и појавата на гингивитите и пародонтопатијата Од овој простор започнува гингивитот па тутка и пародонталните цебови имаат најголема длабочина Најголема акумулација на денталниот плак се забележува токму на овие површини а пациентите постојано наидуваат на потешкотии за негова елиминација Оттука и апоксималниот плак индекс има се поголема примена. Прво денталниот плак се пребојува а потоа се набљудуваат интерденталните простори и тоа во првиот и тртиот виличен квадрант од оралната површина а вториот и четвртиот квадрант од букалната површина. Се бележи само присуство или отсуство на плак . Се собира бројот на позитивни наоди се дели со вкупниот број на заби па потоа се множи со сто Доколку добиене вредност од

100%-70% лоша орална хигиена

70%- 35% умерена орална хигиена

35%-25% добра орална хигиена

25% и помалку одлична орална хигиена

Секако дека цел ни е со мотивацija контроли и едукација на пациентите да постигнеме резултат од 30% па и помалку . Овој скор се смета дека овозможува солидна заштита од кариес и пародонтопатија.

ИНДЕКСИ НА ЗАБЕН КАМЕН

Во клиничката практика нумеричкото исказување на количината на забниот камен не е од толково значење, бидејќи сите настојувања се насочени кон мотивацija на пациентот за отстранување на денталниот плак како во домашни услови така и амбулантно , па контролата на денталниот плак директно ќе влијае врз контролата на забниот камен .

Сепак постојат низа индекси кои го квантифицираат забниот камен и воглавно се користат во епидемиолошки студии. Најпрецизен , а воедно и наједноставен многумина го сметаат *симилифицираниот калкулус индекс* како дел од **ОИ индексот (Green-Vermillion 1967)**

ОИ индексот (Green-Vermillion 1967)

Слика11. рејрезенашивна група на заби за одредување на охи индекс џо green-vermillion

Симплифицираниот ОИ индекс се состои од две компоненти и тоа се одредува плак индекс, кој веќе беше описан ,и индекс на забен камен

За одредување на овој индекс се избира репрезентативна група на заби и тоа 3,8,14,24и тоа вестибуларните страни ,и лингвалните страни на 19 и 30 (слика11)

Доколку недостасува некој од моларите се избира најблискиот комплетно изникнат молардистално од вториот премолар. Секој заб се дели на третини и тоа гингивална ,средна и инцизална третина(слика12) . Сондата се лизга од гингивално кон оклузално. Според зафатеноста на третините од забот се одредува вредност за секој заб. Добиените вредности се собираат а збирот се дели со бројот на испитувани заби .Добиените вредности се собираат со одредените вредности од плак индексот. **Вредносите од 0 до 1,2 се оценуваат како добри , додека вредносите од 3,1 до 6 како незадоволителни.**

Слика12 одредување на плак индекс џо Green-Vermillion

За секој заб поединечно се одредува индекс од 0 до 3 и тоа

О- нема забен камен

1 -забен камен присутен на една третина од забот

2 -забен камен присутен на повеќе од една третина ,а помалку од две третини од забот

3- забен камен присутен на повеќе од две третини од забот .

Пример за калкулација за вкуйниот ОХИ индекс

Плак вредности

	Десен молар		Преден заб		Лев молар		вкуп	
	букал	лингв	лабијал	лабија	бук	лингв	бук	лин
горе	3	-	2	-	3	-	8	0
доле	-	2	-	1	-	2	1	4

Плак индекс=вредности за букалните површини +вредностите за лингвалните површини/ вкупниот број на испитувани површини .

или за дадениот пример

$$\text{Плак индекс} = (9+4)/6 = 2.2$$

Вредности за забен камен

	Десен молар		Преден заб		Лев молар		вкуп	
	букал	лингв	лаб	лаб	бук	лингв	бук	лин
горе	1	-	0	-	1	-	2	0
доле	-	1	-	2	-	2	2	3

Индексот за забен камен се пресметува на истиот начин или за дадениот пример

$$\text{Индекс на забен камен} = (4+3)/6 = 1,2$$

Вкупниот ОХИ индекс ќе изнесува $2,2+1,2=3,4$

Volpe Manhold калкулус индекс

Мерењата се вршат на лингвалната страна на долните инцизиви .со помош на градуирана сонда и тоа се мери од цервикалано до таму до каде се протега забниот камен во коронарен правец. Се мерат три места на самиот заб .вредностите се собираат и се делата со три .така добиените вредности за секој заб посебно се

собираат и се делат со вкупниот број на испитувани заби. Со овој индекс прецизно се утврдува висината и дебелината на забниот камен , меѓутоа е сложен за употреба и непрактичен за амбулантски услови.

Miller-ов калкулус индекс

Се одредува на било кои избрани два квадранти во усната празнина . Се разгледуваат букалните и мезиобукалните страни на зборот. Со овој индекс се одредува присуство или отсуство на забен камен , како и локација субгингивално или супрагингивално .

О нема забен камен

1субгингивален забен камен над работ на гингивата и 1 мм под неа

2 присуство на субгингивални конкретни придржани со забен камен или без него.

Овој индекс е едноставен за употреба но дава сиромашни податоци од кои малку што може да се заклучи.

Од се досега изнесено било можно да се заклучи дека постојат многубројни индекси кои го одредуваат денталниот плак и дел од нив се прикажани. Секој од овие индекси има и своја намена , така методата по **O'Leary, Drake, Naylor** и плак индекс по Turesky-Gilmore-Glickman би требало да послужат за секојдневната практика во ординација , додека останатите се користат во клинички испитувања или испитувања на дејството на одредени фармаколошки препарати .

Литература

- 1 Greene, J . 1967. The oral Hygiene index. Development and uses.
J . Periodontol 38:625-637
- 2 Greene J.and Vermillion.J.1964 The simplified oral hygiene index
J. Am. Dent. Assoc. 68:7-13
- 3 Loe.H The gingival index, the plaque index and the retention index
Systems part 3 J.Periodontol 1967:38:610-616.
- 4 Miller.A..J .Brunelle,J.Carlos, Brown,L.J.Loe,H 1987 Oral health of the U.S. adults.
National findings 1985-1986. Bethesda, MD.U.S Public Health Service,U.S Department of
Public health and health services
- 5 O`Leary,T.J., R Drake , J.Naylor 1972 The plaque control record
J. Periodontol 43(1):38
- 6 SilnessJ., Loe.H 1964 Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral
hygiene and periodontal condition
Acta Odontologica Scandinavica . Scand, 22: 121-135
- 7 Turesky, S.N Gilmore,Glickman I 1970 Reduced plaque formation by the chloromethyl
analogue of vitamine C
J.Periodontol . 41:41-3
- 8 Volpe,AJ H Manhold, S.P.Hazen 1965 In vivo calculus assesment : A method and its
examener reproducibility
J. Periodontol36:292-298

Одржување на оралната хигиена во домашни услови

Мотивацијата , волјата како и обученоста на пациентот самиот да се грижи за оралната хигиена и да го одржува денталниот плак на ниво кое не може да предизвика болест претставуваат најефикасни превентивни мерки за кои нема подобра алтернатива.Употребата на овие превентивни мерки се подеднакво значајни како за лубето со сочувано орално здравје така и за пациентите каде веќе постојат подискретни или посериозни отстапувања во оралното здравје.

Вообичаените превентивни мерки опфаќаат како плак контрола во домашни услови така и професионална грижа преку механичка елиминација на денталниот плак , проценка на успешноста на одржувањето на оралната хигиена едукација и мотивација на пациентот , уоччувањето на слабостите и недостатоците од одржувањето на оралната хигиена детекција на факторите на ризик и состојби кои можат да ја компромитираат оралната хигиена и спроведување со нив како и совети на пациентот како да ги надмине тешкотиите (19).

Што е орална хигиена спроведена во домашни услови?

Овој термин во странската литература е познат и како орална самогрижа или орална физиотерапија .Сите овие синоними се однесуваат на секојдневната грижа на секој поединец да ја спречи појавата како на дентални така и на гингивални заболувања и на тој начин да го задржи своето оптимално орално здравје Крајната цел на овие постапки е елиминација на денталниот плак , а со тоа и елиминација или супресија на штетните микроорганизми . Бидејќи не сите микроорганизми кои го насествуваат денталниот плак се патогени , ниту пак може да се спроведе идеално отстранување на денталниот плак од сите оповршини , пореално би било да се каже дека целта на овие мерки не е елиминација на сите бактерии туку контрола на на микроорганизмите.односно да се постигне што е можно пониско ниво на дентален плак.

Оралната празнина поседува механизми на физиолошко самочистење , Забите со својата поставеност силите на оклузијата , мускулатурата на јазикот и образите актот на мастикација и плунката делуваат на отстранување на денталниот плак и дебрисот . Сите наведени механизми се недоволни, за што е доказ и нивната неуспешност сами за себе да ја спречат појавата на кариес и гингвитиси .Затоа механичката плак контрола е најшироко прифатена метода за превенција на кариесот и пародонтопатијата .

Механичка плак контрола

Механичката плак контрола подразбира редовно отстранување на денталниот плак од забите и околните ткива , како и превенција на негова повторна акумулација(10) . Механичката плак контрола може да се постигне професионално во ординација или од страна на самиот пациент во домашни услови

Денталниот плак е невидлив со голо око ,па се наметнува потребата да еден од првите чекори во едукацијата на пациентот биде визуелизација на денталниот плак.

Пребојувањето на денталниот плак ги покажува само грубите промени во количеството на материјата , без можност да се направи диференцијација помеѓуостатоци од храна и плак нуту покажува присуство или отсуство на микроорганизми .Меѓутоа пребојувањето на денталниот плак се покажала како многу ефикасна метода во едукацијата на пациентите за одржување на оралната хигиена Во продажба , најчесто заедно со пастите за заби се најразлични супстанци за пребојување на денталниот плак во вид на таблети или течности ,по нивната апликација , пациентот треба да ја исплакне устата со вода . Пожелно е заедно со

терапеутот да ги воочи местата каде има најголеми наслаги на дентален плак и потоа да се посоветува пациентот како да ги отстрани Препорачливо е визуелизацијата на денталниот плак пациентот да ја применува и дома пред секое четкање се додека не ја усвои правилната техника на четкање на забите .Иако ваквите визуелни повратни информации за ефикасноста на четкањето се покажале ефикасни, сепак сами посебе се недоволни за одржување на оптимална орална хигиена

Избор на чешкичка за заби

Препораката за правilen избор на чешкичката за заби треба да потекне од терапеутот ,кој од своја страна треба да ги заме во предвид.техниката на четкање која му ја препорачал на пациентот , мотивацијата на пациентот , спецификите на усната празнини и секако цената на чешкичката .

Видови на чешкички

Стандардните чешкички се состојат од дршка и глава на која се поредени влакненца.Во продажба се наоѓаат најразлични видови и дизајни на чешкички .Дршката може да биде конвенционална односно права потоа повиена под агол или двојно да биде повиена, може да биде заглобно поврзана со главата да има лежиште за прстите или да има брановидна дршка ..Главата може да има пламенолика форма , може да биде аголна или заoblена .Величината на главата варира најчесто зависно од возраста за која е наменета па имаме чешкички за бебиња , деца , млади и возрасни.Влакната на чешкичките најчесто се направени од најлон кој покажал одредени предности над природните влакна . пред се тој е потраен не се деформира подолго ја задржува својата цврстина полесно се испира и не задржува во себе бактерии и фунги. Најлонските влакна , за разлика од прородните не попримаат вода не бабрат и не се порозни со можност од создавање на ретенциони места во кои се задржуваат микроорганизми .Цврстината на влакната се класифицира како меки средни и тврди.Најчесто се препорачуваат меките или средните затоа што тврдите влакна можат да предизвикаат гингивална рецесија и абразија на забите Површината на снопчињата исто така варира.најчесто оваа површина е рамна . Според Франдесен и најтемелнотот четкање со овој вид на чешкичка го отстранува денталниот плак од широките површини за околу50%, а Од интерденталните простори овој процент е уште помал

Поновите модели содржат конично заoblени и тесни врвови на влакната пред се за да се избегнат оштетувања на гингивата од острите работи на најлонските влакненца како и поради поголемата можност вака заoblените и стеснети влакненца полесно да навлезат во интерденталните простори и гингивалниот сулкус. И покрај брзиот развој на индустријата за изработка на чешкички на пазарот ретко може да се најде таква каде сите влакненца идеално се заoblени па макар да се работи и за најпознатите светски фирмии.

Постојат и поинакви форми од конвенционалните чешкички, како на пример ,специјални сунѓери кои служат за четкање на забите .Најчесто се употребуваат кај многу мали деца постари луѓе или по поголеми хируршки зафати во усната празнина . Нивната ефикасност не е докрај проучена .Досегашните сознанија зборуваат дека имаат удел во намалување на плак акумулацијата на широките површини на забите . Во изборот на чешкичка треба да се знаат следнива факти

1Услов за правилно одржување на оралнашта хигиена е да се има добра чешкичка

2Главата на чешкичката треба да е долга најмногу3цм, аширока 1цм

3 Дешкашта чешкичка треба да биде значително помала

4 Влакнаенцата треба да се од најлон со заoblени површини

5 Нивната должина треба да е 10 до 12 мм и сите да се со еднаква должина

-ако се покраинки тоѓаш поштешко ќе навлезат во интегралниот простиори

-различната должина на влакната условува различен притисок на тоедини делови, па можни се повреди на гингиваа

6 Влакната на чешкичкаата групирани се во снотови од ио 30 влакна .Снотовите се групирани во три реда од ио 6 до 8 вакви снотови

ваквиот распоред на снотовите густина на влакната овоаможуваат чистење на чешкичкаата без да заостанува паска или храна помеѓу влакната

7 За секојдневна употреба препорачливо е да се користи средно тврда чешкичка каде дебелината на влакната изнесува 0,25мм

Тврдите чешкички имаат дебелина на влакната 0,35мм

Средно тврдите имаат дебелина на влакната 0,25мм

Меките чешкички имаат дебелина на влакната 0,18мм

8 Мека чешкичка се препорачува кај паценти со силна инфламација на гингивата или ио хирушки интервенции во устата се додека не се смири инфламацијата

Одржување на чешкичките за заби

Основната грижа на четкичката за заби е миење по секоја употреба под млаз од топла вода со цел да се исчисти од остатоците на храна и паста , како и од микрорганизмите.Потоа препорачливо е да се истресе за да се отстрани водата и да се остави да се исуши во исправена положба без да се допира до другите четкички за заби . Затворените футроли за четки не се препорачливи затоа што во недостаток од воздух го потикнуваат растот на микроорганизмите Векот на траење на четкичката зависат од квалитетот на влакненцата начинот на употреба ,силата со кое се врши четкањето и техниката која се употребува . По правило деформирањето на четкичката е индикатор дека треба да се купи нова иако некои четкички имат индикатор кој ја менува бојата кога треба да се замени четкичката

1 Секој ќерба да има соиствена чешкичка за заби

Употребата на исиста чешкичка од повеќе луѓе доведува до пренесување на различни бацтерии кои можат да предизвикаат заболувања во устната разнина

2 По секоја употреба чешкичката ќерба да се измие под млада вода

3 Чешкичката ќерба да се суши отворена на воздух за да се спречи развојот на бацтерии

4 Нова чешкичка се кујува ќогаш кога ќе се деформираат влакненците на постоечката

Напомена : пациентите кои се со компромитирано здравје би требало да се советуваат четкичите за заби да ги дезинфекцираат секојдневно, бидејќи се смета дека бацтериската контаминација на четкичите за заби настанува за помалку од еден месец.

Електрични чешкички за заби

Електричните четкички за заби првенствено биле дизајнирани за луѓе со моторни недостатоци и ментално хендикепирани кои не можеле да го изведат четкањето на забите .Овие четкички ги симулирале движењата на мануелното четкање..Новите генерации на електрични четкички сонични и ултрасонични ја прошири нивната употреба и кај пациенти со пародонтопатија и пациенти со дентални импланти.Постојат најразлични видови на електрични четкички за заби со различна поставеност на спроводите ,формата на спроводите како и формата на главата , меѓутоа најголем напредок е посигнат во начинот на движење на главата , па така постојат електрични четкички за заби каде модот на движење се одвива со брзи и кратки удари и комбинација од движења во еден од следните правци реципрочни (горе-доле,внатре-надвор), ротирачки или осцилирачки(вибрациони). Најновите генерации на електричните четкички за заби работи со помош на сонични бранови и ултрасоничен мод на движење. Но сепак и покрај најновите технолошки достигнувања ниедна електрична четкички за заби не е така дизајнирана да може во целост да го отстрани денталниот плак

Ефикасноста од употребата на електричните чешкички за заби

Најголем број на студиите кои ги споредувале ефектите од мануелните и електричните четкички за заби врз отстранувањето на денталниот плак како и врз превенцијата на гингивитите и кариесот не успеале да ја оправдаат употребата на електричните четкички за заби.

Меѓутоа студиите правени од страна на Бадер кој ги употребувал соничните четкички за заби покажале дека тие се поефикасни како во отстранување на денталниот плак

така и во побрзо санирање на инфламацијата. Ваквите студии се малубројни и сеуште на може да се изведат некои заклучоци со сигурност . Електричните четкички за заби со сигурност се покажале поефикасни во отстранувањето на пигментациите од забите.

Препораки за употреба на електричниште чешкички за заби

Кога се препорачува електрична четкичка за заби треба да се познаваат карактеристиките „начинот на работа и формата како и да се направи проценка дали тие ќе одговараат на пациентот . Секако треба да се избегне траума на меките делови . Треба да се земе во предвид заинтересираноста на пациентот како и цената на продуктот **Секако дека јареба да се најласи дека електричниште чешкички за заби јареба да се движаш сйоро јо забиште без никаков притисок. Употреба ја на електричниште чешкички за заби кај пациенти со дентални имплантити е сосем безбедна** . Секако успешноста во редукцијата на плак индексните вредности за секој пациент индивидуално ќе бидат најдобар параметар за оправданоста на употребата на електричните четкички за заби Овој тип на четкички наоѓа своја примена и кај ортодонтски пациенти , мали деца , и хендикепирани луѓе.

Начин на користење на електричните четкички

Постојат генерални препораки за користење на електричните четкички кои треба да се прилагодат према потребите и можностите на пациентот и секако треба внимателно да се прочита упатството од производителот .

--четкичката треба да биде со заoblени имеки влакненца

-во изборот на паста за заби треба да се даде предност на што помалку абразивните пасти

зголемениот број на удари од електричните четкички во комбинација со абразивна паста може да доведе до абразија на забните површини и оштетување на имплантите и протетските надоместоци.

-Пастата се нанесува на четкичката и со неа пред да отпочне четкањето се размачкува на неколку заби за да се одбегне распрскаувањето кога ќе се вклучи четкичката.

Може да се одбере било која техника за четкање на забите при што

секој заб се четка посебно почнувајќи од најдисталните кон антериорните заби, систематично, квадрант по квадрант.

четкичката треба да се придвижува и поместува така да се опфатат сите површини на забите

при четкање на вестибуларните површини На предните заби, со цел да се постигне поголема прегледност , треба да му се препорача на пациентот со слободната рака да ја повлече усничката .

— движењата треба да се бавни а притисокот благ (не смеат да се свиткаат влакненцата на четката под дејство на притисокот)

Во региите каде се поставени импланти, протетски реставрации или каде се оголени забните вратови четкањето треба да се одвива без притисок.

Техники на чешкање на забиште

Со тек на развојот на стоматологијата предложени се огромен број на техники за четкање на забите. Овие методи се класифицирани според правецот на движење на четкичката . Оттука разликуваме :

Хоризонтална метода која можеби е и најчесто употребувана четкичката се поставува под агол од 90 степени со забот а движењата се хоризонтални(сл 13) . За четкање на лингвалните и палатиналните површини на фронталните заби четкичката се поставува вертикално со врвот кон маргиналната гингива а движењата се вертикални . Недостатоци на оваа техника е во тоа што е неефикасна во отстранување на денталниот плак и меките наслаги како во гингивалниот сулкус така и во интерденталните простори ,Користењето на потврда четкичка со оваа метода може да доведе рецесија на гингивата , и абразија на забите па затоа не се препорачува кај возрасни . Методата може да се препорача кај деца со млечна дентиција .

Слика13 хоризонтална метода

Циркуларна или Fones-ова метода

Слика14 Фонес-ова метода

Најчесто се препорачува како прва техника која можат да ја совладаат малите децата поради својата едноставност Четкичката се поставува под агол од 45 степени .Бочните заби се четкаат во оклузија додека предните се доведуваат во /раб на раб/позиција. Забите се четкаат со широки циркуларни движења.Лингвалните и палатиналните површини се четкаат хоризонтално или со помали кружни движења(сл 14) Предноста на оваа метода е што брзо се учи , додека негативна страна е што може да се повреди гингивата и денталниот плак не се отстранува од апраксималните површини . Техника се одбегнува кај луѓе со пародонтопатија и атрофија на гингивата .

Техника на полукружни движења или рол метода

Акцентот кај оваа техника е поставен во чистењето на букалните и лингвалните површини додека запоставен е гингивалниот сулкус .Четкиката се поставува под агол од 45 степени на маргиналната или прикрепената гингива и потоа со кружни движења полека се придвижуваат влакненцата кон оклузално. Овие движења се повторуваат два до три пати за секоја забна површина , па методата бара време , вештина и концентрација.

Сите наведени методи не доведуваат до отстранување на денталниот плак од гингивалниот сулкус . Најпрепорачливи и најупотребувани за возрасната популација , без разлика дали се работи за популација со компромитирано или некомпромитирано орално здравје , се сулкусните методи на четкање на забите
Најпознати сулкусни методи се :

Bass-ова вибрационна техника

Најпозната метода за четкање на забите .Се користи четкичка со тенки влакна . Влакненцата под агол од 45 степени се втиснуваат во гингивалниот сулкус(слика 15)

Слика 15и 15а основни положби на четкичката кај Bass-ова вибрационна техника

.Со нежни вибрации напред назад се дислоцира денталниот плак од сулкусниот простор .Откако меките наслаги ќе се отстранат од неколку заби четкичката се преместува на соседните заби.

Слика 16, 17, 18 бассова мешода

Кај бочните заби четкичката се поставува паралелно со забите .но така да оформува агол од 45 степени. Палатиналните и лингвалните површини на предните заби положбата на четкичката е вертикална , при што врвовите на влакната кои се наоѓаат најблиску до дршката на четкичката треба да продираат во гингивалниот сулкус,а потоа се вршат исти нежни вибрации како и во другите регии. Откако ќе се завршат вестибуларните и оралните страни се преминува кон оклузалните површини .Четкичката се поставува врз оклузалните површини така да влакната навлегуваат во фисурите на забите .Движењата се напред-назад.За секој заб се потребни 10 до 20 движења. Со примена на оваа метода четкичката има вкупно 24 основни положби што ја прави извонедно сложена за совладување , и секако одзема многу време .Недостаток на оваа метода е и тоа што интерпроксималните регии остануваат неопфатени со четкањето. Честа грешка која се прави со примената на оваа метода е таа што влакненцата се поставуваат на гингивата или непосредно до гингивата , ане во гингивалниот сулкус ,при што целата техника губи смисла .

Модифицирана Bass-ова шехника

Модификацијата на оваа техника ја прави најприфатлива за отстранување на денталниот плак . Разликата од основната басова техника е во тоа што се воведуваат и полукружни движења во правец на никнењето на забите Четкањето започнува од горните десни молари вестибуларно до моларите на спротивната страна , потоа се четкаат палатинаните површини по истиот редослед па оклузалните површини. Истата постапка се повторува и за долните заби .

Gotlib-Orban-Kirrer-ова мешода

Ова е значајно поедноставна метода но и помалку ефикасна затоа што не го отстранува денталниот плак од гингивалниот сулкус и лингвалните површини на долните молари

Слика 19 Gotlib-Orban-Kirrer-ова мешода

Положбата на четкичката е паралелна со забите а влакната се под агол од 45 степени кон апикално и лежат на гингивата . Движењата се кон оклузално со енергично свртување кон оклузално За секоја регија се повторуваат движењата по 6 пати. Наеднаш се мијат по 3 ил 4 заби. На истиот начин се четкаат и оралните површини на забите .Палатиналните и лингвални страни на предните заби се четкаат на тој начин што четкичката се поставива паралелно со надолжната осовина на забот .Оклузалните површини се четкаат со комбинација од ротациони и дисто-мезијални движења. Методата е значајно поедноставна од Басовата метода па затоа е и најчесто препорачувана

Вершикална мешода

Слика 20 вершикална мешода

Движењата на четкичката се вршат горе кон -долу и спротивно во оклузија за букалните и лабијалните површини на забите .За палатиналните и лингвалните површини се користат исти движења само што се вршат поединечно за горните и долните заби . Методата не доведува до отстранување на денталниот плак од гингивалниот сулкус , Пациентите најчесто ја користат оваа метода , пред се затоа

што Gotlib-Orban-Kirrer-ова метода е доста сложена за изведба , па движењата најчесто се сведуваат на оваа метода

Stillman-ова метода

Слика 21 и слика 22 стилман метода

Се препорачува кај луѓе кои имаат рецесија на гингивата . Четкичката се поставува под агол од 45 степени врз прикрепената гингива окуло 2мм додека гингивата не побледи .Влакненцата треба да бидат насочени кон апикално . Не поместувајќи ја четкичката од споменатата положба се прави силно завртување кон оклузално .Не поместувајќи ја четкичката се прават во место неколку вибрациони движења ,а потоа со полукружни движења и благи вибрации се се движи четкичката во правец на никнењето на забите . На овој начин се одбегнува рецесијата на гингивата , се подобрува прокрвеноста , но не се отстранува денталниот плак од гингивалниот сулкус.

Charter –ова метода

Слика 23 charterova метода

Индцирана е во оние случаи каде има широко отворени интердентални простори. Првобитната намена на оваа метода била интердентална гингивална масажа. Влакненцата се поставуваат под агол од 45 степени насочени према оклузалните површини , додека со другиот крај ја допираат гингивата Четкичката се потиснува кон гингивата се додека влакната не продрат во интерденталните простори,а потоа следат вибрациони движења . Оваа метода не смее да се применува кога е очувана нормалната конфигурација на гингивата

Модифицирана Stillman-ова метода

Слика24 и 25 модифициран стилман

Четкичката се поставува врз прикрепената гингива и нежно се придвижува полукружно преку вестобуларните површини .Истата постапка се применува и за оралните површини , додека оклузалните површини се четкаат со помош на хоризонтални движења . Се препорачува кај пациенти со здрава гингива . Недостаток на оваа метода е што и покрај извонредната масажа на гингивата сулкусната регија останува недостапна со нејзината примена .

Се наметнува дилемата која техника да им се препорача на пациентите .Најчесто препорачувана во литературата е басовата техника,иако поновите литературни податоци предност и даваат и на модифицираната стилман-ова метода Клиничката пракса покажува дека пациентите сами развиваат свои модификации на одредени техники па поновите ставови го застапуваат мислењето дека

Секоја штедница која доведува до редукција на денталниот плак на сите забни површини и е прифаќлива за пациентот е добра

Честојша на чешкањето на забијте

Четкањето мора да е редовно и да се изведува онолку пати колку треба да се отстрани денталниот плак .Меѓутоа ваквото бање би било далеку од реалните можности на секој пациент .Одредени специфики кај секој пациент можат да влијаат врз одлуката колку често треба да биде четкањето.Постоењето на фактори на ризик , типот на исхраната , брзината на формирање на дентален плак , постоење на заболување како на гингивата и пародонтот така и кариозни лезии ќе ја наметнат потребата од често четкање на забите , па и по најмала консумација на храна . Кај

пациентите каде не е компромитирано оралното здравје миењето наутро и навечер пред спиење е императив , секако препорачливо е е миење и во текот на денот по ручек доколку постојат можности за тоа . кај пациентите со висок ризик треба да се посвети внимание и на времетраењето на четкањето. Одредени испитувања говорат дека пациентите мислат дека четкаат подолго отколку што тоа реално се случува , па просечно време е некаде помеѓу 24 и 60 секунди . Времетраењето на четкање треба да изнесува приближно 3 мин

1 Одржувањето на оралнашта хигиена во домашни услови е императив за очувување на оралното здравје

2 Пациентот треба да се охрабри да самиот си прилагоди техника на чешкање на забиште која ќе одговара на неговите можностии и потреби а воедно ќе овозможи и оптимална влакониште

3 Кај пациентите со веќе присуствувања во устата на разни инсистирани на чешкање на забиште то секое внесување на храна

4 Пациентите со очувано орално здравје би требало да ги чешкаат забиште најмалку два пати дневно

5 Оптимално времетраењето на чешкањето изнесува 3 минути

Последици од неправилно чешкање на забиште и неправилен избор на чешкичка

Најчесто повредите можат да бидат предизвикани од неправилно поставување на четкичката или користење на четкичка со долги и тврди влакна , предозиран притисок при четкањето , користење на иритирачки или абразивни пасти. Или префорсирано четкање. Можат да се јават акутни промени на гингивата во смисла на мали улцери или ерозии кои имаат форма на правецот на минувањето на четкичката или пак ограничени зони на хиперемија . Често се случува да веќе присутните промени во устата како афти или улцери од друго потекло бидат изменети во својот облик како резултат на траума при четкањето на забите . Хроничните промени имаат посериозен карактер , најчести се рецесите на гингивата кога се користи хоризонтална метода за четкање на забите најчесто се јавува на буквалните површини на горните молари премолари и канини(3) Цервикалната абразија на забите настанува по рецесијата на гингивата , затоа што е неопходно да бидат рвекспонирани вратовите на забите Настанува како резултат на користење на тврди четкички и абразивни пасти(26) . Користењето на басовата метода бара голема вештина и внимание , па возможно е да настанат повреди на меките делови . Користењето на електрични четкички за заби по правило не доведува до повреди и оштетувања

При секоја посета неопходен е преглед на меките делови како и забиште за знаци од неправилно чешкање на забиште Што побрзо отстранување и надминување на ваквиште шешотии волку тоусиешна ќе биде соработка на лекарот и пациентот како и одржувањето на оралното здравје

Помошни средсїва за одржување на оралнаќа хигиена (ѓриж за интерденталниште простори)

Со усвојувањето на правилна техника на четкање на забите се смета дека 50% од денталниот плак се отстранува од широките забните површини , додека околу 80% останува неотстранет во интерпроксималните простори .

Најчесто запоставени при одржувањето на оралната хигиена се интерденталните простори. Одржувањето на овие простори зависи од анатомијата на гингивата ,анатомијата на забите како и поставеноста на забите. Помошните средства се неопходни затоа што и покрај најновите дизајни на четкички отстранувањето на денталниот плак во овие делови е инсуфициентно. Пред да се донесе одлука што ќе се употреби од помошните средства треба да се разгледаат следните факти:

- 1 Присуство или отсуство на интердентални папили
- 2 Пореденоста на забите
- 3 Обликот на забите
- 4 Конфигурација на ткивата (гингива)
- 5 Постоење и состојба на дентални реставрации
- 6 Збиеност на контактите помеѓу забите
- 7 Присуство на протетски надоместоци или ортодонтски апликации
- 8 Мотивацијата и заинтересираноста на пациентот
- 9 Ефектите од претходното одржување на оралната хигиена
- 10 Видот и големината на гингивалните простори

Видови на гингивални простори

Војлавном постојат три вида на гингивални простори. Видот на гингивалниот интердентален простор ги одредува и индикациите или контраиндикациите за употребата на одредени помошни средства за одржување на оралната хигиена. Се разликуваат три вида на интердентални простори.

Тип 1 кога интерденталниот простор е наполно исполнет со гингива

Слика 26 Тип 1 интерденталниот простор

Тип 2 кога постои благо или умерено повлекување на гингивата па дел од интерденталниот простор е празен.

Слика 27 Тип 2 на интердентален простор

Тип3кога постои значителен или потполн губиток на интерденталната папила . па интерденталните простори се широко отворени

Слика 28 џиќ 3 на иншерденшални ѹросшори

Во зависност од типот на интерденталниот простор употребуваме и различни видови на помошни средства

Видови на ѹомошни средсїва за одржување на оралнашта хигиена во иншерденшалниште ѹросшори

Досега достапни се ;

Дентален конец

Дентална трака

Интердентални четкички

Интердентални стимулатори

Орални иригатори

Деншален конец и деншална шрака

Во продажба се достапни најразлични видови на дентален конец : премачкани со восок , без восок . плоснати ,заoblени,со различни бои и вкусови и во последно време импрегнирани со флуоридни препарати , сода бикарбона и тетрасодиумпирофосфат.

Уќошребаша на деншален конец е индицирана кај џиќ 1 на деншални ѹросшори како и кај деншални импланти.

Денталниот конец се покажал успешен во 80% одстранување на денталниот плак Восочно превлечените конци се поиздржливи и не се кинат и слојат лесно . но од друга страна се многу ригидни и можеби пациентот ќе наиде на потешкотии при тескоби или многу тесен контакт помеѓу забите за да го внесе конецот во овие простори..Конецот певлен со тефлон обично е попогоден за вакви регии, бидејќи е цврст и лесно навлегува во интерденталните простори. .Обичниот конец е лесен за употреба и лесно се адаптира меѓутоа пациентите често повеќе го употребуваат восочниот конец пред обичниот иако за тоа барем според досегашните студии нема никаква оправдана причина Ефикасноста од употребата во отстранувањето на денталниот плак според досегашните студии не покажале никаква зависност од видот конецот туку првенствано од техниката на употреба.

Во регии каде постои тескоба или дентални реставрации може да биде непрактичен за употреба бидеји најчесто се кине или слои, па затоа во овие регии се препорачува употребата на дентална трака или лента . Покрај веќе споменатите случаи денталната трака се употребува и кај отворени дентални простори или пак за полирање на проксималните забни површини.Конците во боја се препорачливи за употреба бидејќи пациентот е во можност да види што отстранува ,а со тоа се заголемува и мотивацијата .

Во продажба се најразлични модификации на денталните конци .Еден од поновите производи е специфичен тип на конец кој на едниот крај содржи цврст восочен дел кој продолжува во невосочен најлонски дел кој е влакнест. Цврстиот дел овозможува полесна апликација и провлекување на конецот во недостапни делови како под мостовни конструкции и дентални импланти,експонирани фуркации на забите ,ортодонтски прстени и брикети или кај заби со збиен распоред .

Слика29 водач на дентален конец

Слична улога има и водачот на конец , кој има форма на игла за шиење , низ јамката се провлекува конецот во должина од околу 30 цм Водаот се провлекува низ просторот каде сакаме да го аплицираме конецот . Кога конецот ќе биде во положба која е соодветна го прислонуваме на едната апроксимална страна , па потоа на другата .

Слика 30и 31. Начини на ѹосставување на конецот ѹомеѓу ѹрсийши на двејче раце

За полесна употреба на конците , дизајнирани се и посебни држажи на конец . Најчесто се пластични во форма на буквата у . Помеѓу двета краја се затегнува денталниот конец и целиот држач со конецот се втиснува апроксимално помеѓу забите . Препорачлив е за пациентите со ограничена мануелна спретност .

Најчесто денталниот конец се употребува на тој начин , што се извлекува одредена должина и се обвите и затоа помеѓу показалците од двете раце . Така затегнатиот конец се внесува без притисок во интерденталниот простор

Слика32,аилкација на конец во фроншална реѓија

Слика33 аилкација на конец во фроншална реѓија

Слика34 аилкација на конец во моларна реѓија

Слика35 аилкација на конец во џремоларна реѓија

.Конецот се прислонува кон едната површина на забот . Движењата се напред-назад и коронарно . Потоа се извлекува и со нова должина на конецот се навлегува во истиот простор , при што сега се затега кон соседниот заб и постапката се повторува .

Слика36 аилкација на конец во фроншална реѓија

При употребата на денталните конци треба да му се обрне внимание на пациентот да биде претпазлив со нивната употреба . Чести несакани последици се случуваат кога конецот грубо и брзо ќе се извлече кога е поставен под контактната точка .при што настануваат повреди на гингивата . Припојниот епител ,особено ако се работи за здрава гингива ,може да биде оштетен и во оние случаи кога конецот ќе се аплицира со голема сила под гингивата . Пациентот треба да се советува целата процедура да ја изведува систематично опфаќајќи ги сите забни површини почнувајќи од последниот максиларен десен молар и завршувајќи со мандибуларниот последен десен молар .

Совладувањето на техниката на употреба на дентален конец бара време и трпение па пациентите често се обесхрабруваат да ја вклучат во секојдневната рутина за одржување на оралната хигиена .Најчести причини за демотивација на пациентите се недостаток на време , недоволна мануелна спретност и недоволно трпение да се совлада техниката .

Примената на дентален конец е сосем безбедна и кај пациенти со дентални имплант . За оваа намена постојат посебни имплантни конци кои се обвите со најлон . Имплантните конци можат да бидат употребани повеќекратно со тоа што посекоја употреба можат да се измијат ..Имплантниот конец се поставува околу абутментот во вид на јамка во буко-лингвална насока и нажно се потиснува субгингивално се додека не се наиде и на најмал отпор ,а потоа се придвижува напред-назад и кон коронарно . Користењето на конец е препорачливо и кај деца , со тоа што најчесто до 10 година децата не се во можност да ја совладаат техниката , па целата постапка останува обврска на родителите За полесно совладување на децата им се препорачува извлечената должина на конецот да ја свиткаат во вид на јамка и така да ја аплицираат .

Иншерденшални чешкички

Интерденталните четкички, без разлика за кој вид се работи , се користат кај -експонирани фуркации на забите
-Конкавитети на коренскиот дел на забите
-конкавитети на самиот заб (најчесто првиот максиларен премолар)
-тип 2 и тип3 на интердантални гингивални простори
- дисталните површини на крајните молари
-фиксни протетски надоместоци , кариозни заби ,ортодонтски пациенти и пациенти со имплант

сликам37 иншерденшална чейкичка

Четкичките се аплицираат интерпроксимално , без употреба на сила, а потоа се движат во насока надвор-внатре.

Апликацијата на чейкичката не смее да биде форсирана

Воглавно четкичките се направени од жица обвиткана со пластика ,околу која се поредени најлонски влакненца по целата должина .За полесна примена четкичката се поставува на држач . Интерденталните четкички можат да са користат повеќе пати а се заменуваат кога ќе се деформираат влакненцата и четкичката ќе ја изгуби својата функција . Постојат најразлични големини и форми на четкички што овозможува да се одбере онаа која најмногу ќе одговара на потребите на пациентот и согледаната ситуација (така да самата четкичка навлезе во интерденталниот простор без употреба на сила и притисок)

Во специјални ситуации како по хируршки интервенции, импланти и за апликација на медикаменти се применуваат четкички кои се меки и немаат жица , која би можела да ја повреди гингивата.

Жицата на интерденталните четкички во никој случај не смее да ја повредува гингивата или пак да го гребе емаилот или цементот на забот .

Покрај овие четкички постојат и интердентални четкички кои имаат само неколку спончиња на влакненца на самиот врв . Површината може да биде рамна или закосена . Овие четкички се поставени на дршка која може да биде рамна или под агол. Нивната примена е иста како и со останатите интердентални четкички

Иншерденшални стимулатори со гумен врв (иншерденшални гумички)

Интерденталните гумички составени се од дршка на чиј врв се наоѓа флексибилна гумичка .

Овој ший на иншерденшални гумички не смеаш да се употребувааш кај здрава гингива или кај ший 1 иншерденшални гингивални простори

Се препорачуваат за отстранување на плакот кој се наоѓа во нивото на маргиналната гингива , експонирани фуркации, конкавни површини на забите и радиксите како и кај отворени интердентални простори. Врвот на гумичката нежно се потиснува во интерденталните простори и се искосува за агол од 45 степени кон оклузалната површина на забот пратејќи ја контурата на гингивата .

Во одредени случаи може гумичката да се искоси и за 90 степени . Модот на движење е или надвор-внатре или ротациони движења . Појавата на интерденталните гумички и ротационите движења долго време им се припишуваат дејства на зголемена кератинизација и васкуларизација на гингивата , но барем досега не постојат посериозни докази за споменатите ефекти

Древени чейкалки

Древените чепкалки се можеби едно од највообичаените и најчесто употребувани средства од оваа група .Се употребуваат кај тип 2 и тип 3 интердентални гингивални простори . Ефектите од нивната примена се ограничени , бидејќи лингвалните и

субгингивалните регии остануваат недостапни за нив , па примената на некое од останатите средства секогаш има предност над нив .

Доколку и се избере чепкалка тогаш таа треба да има триаголна форма . При апликацијата базата на триаголникот треба да лежи на интерденталната папила . Пред употреба чепкалката треба да биде напотена во плунка .

За полесно ракување со чепкалките дизајнирани се посебни држачи . Најчесто држачите се во вид на рака на чиј врв се наоѓа коничен отвор во кој се поставува чепкалката . На овој начин можат да се опфатат гингивалниот сулкус , коренските конкавитети и фуркации, ортодонтските апликации. Понекогаш овие чепкалки можат да се искористат за апликација на медикаменти, како средства за импрегнација

.Електрични интердентални апарати за отстранување на денталниот плак

Едно од најновите достигнувања во оралната хигиена претставува појавата на електричниот интердентален отстранувач на дентален плак . Апаратот работи на струја и составен е од дршка на чиј врв се наоѓа тенок флексибилен филамент . Филаментот се поставува во интерденталните простори , со вклучување на апаратот, тој прави елиптични движења со честота од околу 100 движења во секунда.

На овој начин ефикасно се разбива и отстранува плакот од интерденталните простори

Се препорачува кај пациенти кои не можат или не сакаат да ја совладаат употребата на денталниот конец .

Според испитувањата на Гордон(примената на овие апарати од страна на пациентите покажала значајна редукција на плак , и гингивалните индексни вредности еднаква и подобра во однос на пациентите кои применувале дентален конец.

Во продажба се наоѓаат и електрични интердентални четкички, сонични филаменти и конци.

Осиганати средства кои можат да се применат за отстранување на интерденталниот плак

За отстранување на денталниот плак од интерденталните простори можат да бидат употребени и најразлични средства , како волнен конец . Волнениот конец се применува кај тип 3 интердентални простори за отстранување на денталниот плак од дисталните и мезијалните површини, импланти и дисталните површини на последните молари Меѓутоа волнениот конец често се случува да ја повреди или иритира гингивата , па оттука најчесто се препорачува примената на памучен или најлонски конец .Било кој конец да се употреби потребната должина изнесува 30 цм , а начинот на примена е истоветен како и кај фабричкиот дентален конец .

Кај пошироко отворени простори или постоење на дијастеми може да се примени повеќеслојно свиткана газа во вид на подолга лента . Се применува исто како и денталната трака

Исто така можат да биде употребана и жица обвиткана со памук или мека тканица најчесто кал фуркации од 4 степен , крајни заби во лакот , малпонирани заби , и кај пациенти со изразена коскена ресорбција При користењето жицата не смее да ја оштетува гингивата или пак цементот на забот.

Грижа за јазикот

За отстранување на наслагите на јазикот ои можат да бидат од бактериско потекло , остатоци од храна или како последица од пушчењето се користи мека четкичка која се поставива на најпостериорните делови од јазикот и се влече кон апексот на јазикот.

Последици од нејравилна примена на помошниоте средства

Доколку неправилно се користат конецот и интерденталните четкички можат да предизвикаат повреди на гингивата од типот на ерозии , улцерации, посекотини и други повреди .

При користењето на конецот истиот не смее да се аплицира длабоко гингивалниот сулкус или пародонтален цеб . Доколку ова се случува секојдневно тогаш клетките од коронарните делови на припојниот епител постојано се изложени на оштетувања по кои заздравуваат , за да при наредната употреба на конецот бидат повторно оштетени(28)

Интерденталните четкички не смеат да се користат кај здрава гингива или на места каде се очувани интерденталните папили.

ЗАШТИТА ОД КОПИРАЊЕ

Совети на пациентот

Неодржувањето или неадекватното одржување на оралната хигиена е клучен фактор во појавата како на пародонталните заболувања така и на денталниот кариес . Најчести причини за неодржувањето на оралната хигиена се недоволната информираност , слаба заинтересираност , недостаток на волја и мотивација,неадекватна техника на четкање и недоволна упорност и систематичност во изведувањето.

Предложените мерки за одржување на оралната хигиена треба да бидат индивидуални во согласност со потребите и можностите на пациентот Секогаш не е едноставно да се променат долгогодишните навики на пациентот па затоа попрактично е „доколку постои можност ,тие да се модифицираат за да се постигне максимална елиминација на денталниот плак .

Една од првите цели во усвојување на добра техника на четкање е пациентот систематично да ги четка забите почнувајќи од последниот горен десен молар и завркувајќи со долнот последен десен молар .

Денталниот конец пациентите го користат најчесто пред четкањето, иако може да се користи и по четкањето. Пациентите најдуваат на тешкотии во совладувањето ана техниката на употребата на денталниот конец , затоа техниката треба стрпливо и во повеќе наврати да се објаснува .., се додека пациентот на ја усвои во целост.

Воведувањето на повеќе средства за одржување на оралната хигиена наднаш може да биде збунувачко за пациентот и да влијае на негова демотивација , затоа средствата се воведуваат едно по едно и пациентот постепено да ја совладува нивната примена .Во првата посета и наредните неколку посети доволно е пациентот да ја совлада техниката на четкање на забите ,а потоа да се премине на помошните средства.

Сите фактори кои ја зголемуваат плак акумулацијата (неполирани пломби,стапалки на пломбите,нерамнини на забите И протетските надоместоци) мора да бидат отстранети пре да бараме од пациентот да одржува добра орална хигиена .

Пациентите со хиперпластични промени на гингивата , треба почесто да се следат со контролни прегледи. . Кај овие пациенти треба поупорно да се инсистира на одржување на оралната хигиена , бидејќи кај нив постојат т.н . псеудоцебови од кои потешко се отстранува денталниот плак .Редукцијата на денталниот плак кај овие пациенти се покажала како многу ефикасна во намалувањето на клиничките параметри на заболувањето.

Одржувањето на оралната хигиена кај пациенти со пародонтопатија е од исклучителна важност како во санирањето на заболувањето така и во одржувањето на ремисиите.

Посебен третман изнудуваат хируршките интервенции. Пациентите треба да бидат внимателни околу хируршкиот завој , но не смее да се запостави оралната хигиена ,затоа што ќе се компромитира постоперативниот тек. Кај овие пациенти се препорачува примена на меки четкички , да го избегуваат хируршкиот завој , а да ги четкаат слободните делови од забите над завојот , како и останатите заби .Сулкусните техники на четкање се контраиндицирани како и примената на интердентални помошни средства се додека комплетно не зарасне раната , потоа пациентот се враќа на својата поранешна рутина .

Кај пациенти со пародонтопатија се препорачува користење наинтердентални четкички доколку постојат отворени интердентални простори.

Орална иригација

Оралната иригација за прв пат била применета во 1960 год. , како дополнителна постапка на четкањето и денталните конци. Иницијалните студии покажувале дека

механичкото дејство на млазот вода не отстранува поголемо количество на плак , тукју само лесно прикрепени материји и остатоци од храна Меѓутоа натамошните студии покажале сигнификантно намалување на индексните вредности за забниот камен , гингиворагија и гингивит.при употреба на орална иригација

Дриско го препорачува користењето на орална иригација за неспецифично намалување на бактериите и нивните продукти.

Со иригацијата се отстрануваат неприцврстените или лабаво прицврстените микрорганизми во субгингивалните регии. Согледувајќи ги досегашните позанавања за патогенезата на пародонтопатијата и дејствувањето на ендотоксините , како и податокот дека најголеми количества на ендотоксин се најдени неадхерентниот слободен субгингивален плак оралнат иригација завзема значајно место во одржувањето на оралната хигиена и намалување на ризикот од појавата или прогресијата на пародонтопатијата .

Супрагингивалната иригација ги отстранува и разредува микроорганизмите коронарно од гингивата Субгингивалната иригација ја редуцира микрофлората во гингивалниот суклкус или пародонтален џеб намалувајќи го на тој начин нивнотоштетно дејство

Со ќимените на оралната иригација не може да се отстрани адхерентниот плак , забниот камен и штетните на заби.

Апарати за орална иригација.

Апаратите за иригација се воглавно електрични апарати кои млазот на вода или медикамент го исфрлаат во пулсационен мод,. Ваквите пулсации овозможуваат две зони на хидрокинетичко дејство . Зона на удар во регијата каде средството доаѓа во директен контакт со забната површина и зона на распрснување со помош на која средството се дистрибуира и субгингивално.

Слика 38 орална иригација

Пулсациониот мод на работа има предност над континуираниот млаз на вода затоа што овозможува наизменична компресиона и декомпресиона фаза , кои се покажале поефикасни во отстранување на плакот и микроорганизмите .Продуктите кои не работат на овој начин или се рачни се покажале со послаба ефикасност .

Различно дизајнираните продолжетоци овозможуваат и директна субгингивална апликација на млазот на водата .Испитувањата покажале дека млазот на вода или медикамент навлегува и до 90% од длабочината на џебот ,кај пародонтални џебови не подлабоки од 6мм..

Апликацијата на стандардните продолжетоци за иригација се изведува под агол од 90 степени на надолжната осовина на забот . Продолжетокот се позиционира интерпроксимално така да млазот на вода или медикамент минува нешто над гингивата .Потоа продолжетокот се поместува на соседниот интерпроксимален простор . Времетрењето е 5-6 секунди по простор.

Јачината на млазот се регулира , со тоа што се советува пациентот да почне со најмалата јачина и постепено да ја зголемува до онаа јачина која нему му се чини најпогодна или пак доколку се работи за пародонтопатија или воспалителен процес до онаа јачина која нема да ја иритира гингивата .

Користењето на стандардните апарати на среден притисок покажале продор на млазот од 44 до 71% во длабочината на џебот како и редукција на субгингивалната микрофлора

Ефикасноста од употребата на оралните иригатори

Сите досегашни студии ја потврдуваат ефикасноста од користењето на оралните иригатори , секако со напомена дека забниот камен и субгингивалните конкременти

треба да бидат во целост отстранети затоа што го попречуваат продорот на млазот вода .

Индикации

И покрај сите докажани ефекти на иригацијата таа не мора да бидат неопходни кај сите пациенти ,иако Chavez потврдил и дополнителни ефекти од иригацијата кај пациенти со добра орална хигиена

Се препорачува кај пациенти каде употребата на четкање и помошни средства не ги даваат посакуваните резултати во спречување на прогресија на болеста или редукција на плак индексните вредности.

Исто така се употребува за депонирање на антимикробни средства субгингивално во подлабоките пародонтални џевови.

Пациентите со протетски надоместоци , ортодонтски пациенти и пациенти кои имаат импланти се исто така група каде е индицирана оралната иригација . Оралната иригација има предност пред испирањето со различни водички поготово кај пациентите со дентални импланти.

Најдобри резултати се постигнуваат кај плак предизвиканите гингивити ,одредени предности има кај пациенти во раните стадиуми на пародонтопатијата

Недвојбени ефекти има како дополнително средство во одржувањето на оралната хигиена заедно со четкањето и денталниот конец , па не постојат причини да на се препорача.

Мерки на претпазливост

Генерално користењето на апаратите за орална иригација е безбедна за домашна употреба , доколку се обучи пациентот за правилна примена .

Кога постојат абцеси, улцерации , ерозии во устата не смеат да се употребува оралната иригација , се додека не настане комплетна санација на промените

Во оштесувањето на билото какви податоци како оралната иригација може да влијае кај срцеви болни употребата кај овие пациенти треба да се одбегнува

Иригација или чешкање на забите?

И покрај различните мислења останува ставот дека иригацијата не е замена ниту за четкањето нитупак за денталниот конец Меѓутоа кога на конвенционалните методи ќе се додаде и иригацијата се постигнуваат значително подобри резултати Меѓутоа оралната иригација дава подобри резултати од обичното испирање

Пречустливост на забите (хиперсензитивитет)

Една од најчестите причини за недоволно или воопшто неодржување на оралната хигиена е пречустливостта на забите . Механичкото преминување со четкичката преку забите користењето на пасти И самото плакнење со вода предизвикува болки во забите ,Овие болни сензации лесно можат да го наведат пациентот да се откаже од одржувањето на оралната хигиена . Од друга страна зголемената плак акумулација придонесува за уште поголема чувствителност.

Затоа неопходно е да се открие чувствителната зона и да се превземат постапки за намалување или отстранување на чувствителноста , а потоа да се инсистира на одржување на оралната хигиена .

Откривањето на чувствителните зони е тешко и најчесто самото четкање на забите е основен начин да се откријат ваквите места .

Постојат повеќе начини да се справиме со чувствителноста на забите , а кој начин ќе се одбере зависи од степенот на изразаност на чувствителноста иод претходно применетите третмани.

При третманот на пречустливоста се препорачуваат следниве постапки:

-Откривање на местата на пречувителност со помош на вода или пустер. Пречувителноста се одредува со степени од 0 до 3 и се забележува во картонот на пациентот

-Се препорачува примена на паста или желе , која содржи некое од средствата за десензибилизација . Пациентот се инструира да четка 2 пати дневно по 1 минута во тек на 4 до 6 недели.

-Посебно внимание се обрнува на техниката на четкање за да не се влоши ситуацијата.

-Препораки за исхрана . Цитрусните овошја и киселата храна треба да се одбегнуваат или доколку пациентот инсистира на нивно зенање треба да се советува по оброкт да ја исплакне устата со раствор од сода бикарбона за да се неутрализираат киселините

-доколку при наредната посета чувствителноста ја нема , пациентот треба да продолжи со пастата која претходно ја користел. Доколку не се случи тоа и чувствителноста и понатаму перзистира се повторува истата постапка.Ако и по оваа серија нема соодветни резултати се преминува на амбулантско лекување .

За домашна употреба се препорачуваат:

Калиев нитрат и препарати кои содржат флуор. Овие препарати можат да бидат во форма на пести, желе, раствори и води за испирање

Пести Можат да бидат во форма на паста за четкање или во вид на гел или желе. Пастите се препорачуваат кога поголем број на заби се пречувителни И кога постои блага чувствителност без поголем губиток на забната супстанца .. Колку подолго средството е во контакт со забната поврчина толку И ефектот е поголем , па затоа се препорачуваат почести употреби . Може, во одредени случаи, да се примени и директна апликација на концентриран раствор на местото на чувствителност со помош на тампони.

Флуориди:

Најдобри резултати се постигнуваат со 0.4% раствор секојдневно , до исчезнување на на чувствителноста . Недостаток е тоа што остава потребување на гингивата и забите и прави естетски проблеми .Пигментациите кои настануваат инкорпорирани се во дентинот или емаилот и тешко се отстрануваат.

Амбулантско лекување

Доколку домашниот третман е неуспешен , тогаш се применуваат мерки за амбулантско лекување на пречувителноста .Во овие случаи најчесто се користат ферооксалати и флуориди различни бондови и глас јономери.

Оксалати .

Најчесто се во форма на кисели раствори . Делуваат преку блокирање на дентинските каналчиња кога ќе се аплицираат на експониран дентин. Често се случува пациентите да ги исчеткаат оксалатите од забите .. па затоа им се препорачува внимателно и полесно четкање во регите каде се аплицирани оксалатите

Флуориди

Најчесто употребувани во клиничката пракса . При нивана апликација се формира мек грануларен покривач на дентинскиот слој кој не се отстранува механички, па така се затвараат дентинските каналчиња на флуоридот може да се користи како паста и тоа (33% натриумфлуорид, 33% каолин, 33% глицерин) Најдобри ефекти се постигнуваат за 7 до 14 дена , а потоа постапката се повторува

Најдобри резултати се добиваат кога флуоридите се даваат преку електрофореза.Ефектите од ваквиот третман траат 3 до 4 месеци.

Машеријали за ресаврација

Нивната употреба е ограничена и невообичаена во клиничката пракса

Често при обработка на полнења од втора класа гингивалната стапалка се обработува со дијамантски борери , при што постои можност да се отворат дентинските

каналчиња. Доколку чувствителноста е локализирана наеден или два заба тогаш може да се употребат глас јономери

Литература

- 1 American Academy of periodontology. 1995. Position paper: The role of supra- and sub-gingival irrigation: I. The treatment of periodontal diseases. Chicago: Committee on Research, Sciece and Therapy.
- 2 Bader, H.J. 1992. Review of currently available battery operated toothbrushes. *Com-pend. Contin. Educ. Dent.* 13:1163-1169.
- 3 Björn, A.L.U. andersson, and A. Olsson. 1981. Gingival recession in 15-year-old pupils. *Swed. Dent. J.* 5:141-146.
- 4 Broun, R., and S. Ciancio. 1992. Subgingival dilivery by an oral irrigation device. *Periodontol.* 63:469-472.
- 5 Chaves,E.S et al 1994 Mechanizams of irrigation effekts on gingivitis *J Periodontol*65:1016-1021
- 6 Ciancio, S.G. 1990. Powered oral irrigation and control of gingivitis. *Biol. Ther. Dent.* 5:21-24.
- 7 Ciancio, S.G., O. Shilby, G.A. Farber. 1992. Clinical evacuation of the effect of two tyres of dental floss on plaque and gingival health. *Clin. Prevent. Dent.* 14: 14-18.
- 8 Cobb, C.M., R.L. Rodgers, and W.J. Killoy. 1988. Ultrastructural examination of human periodontal pockets following the use of an oral irrigation device in vivo. *Periodontol.* 59:155-163.
- 9 Daly, C., G. Seymour, and J. Kieser. 1980. Bacterial endotoxin: A role in chronic inflammatory periodontal disease? *J. Oral Pthol.* 9:1-15.
- 10 Darby, M., and M. Walsh. 1994. *Dental hygiene theory and practice.* 37. Philadelphia: W.B. Saunders.
- 11 Dellerman, P.A., T.J. Hughes, and T.A. Burkett. 1994. A comparative evaluation of the percent acceptable end-round bristles in the Crest Complete, the Improved Crest Comple-te and the Oral-B Advantage toothbrushes. *J. Clin. Dent.* 5:74-81.
- 12 Drisko, C.H. 1996. Non-surgical pocket therapy: Pharmacotherapeutics. *Ann. Periodon-tol.* 1:491-566.
- 13 Eakle, W.S., C. Ford, and R.L. Boyd. 1986. Depth of penetration in periodontal pockets with oral irrigation. *J. Clin. Periodontol.* 13:39-44.
- 14 Felo, A., O., Shibly, S.G. Ciancio, F.R. Lauciello, and A. Ho. 1997. Effects of subgingi-val chlorhexidine irrigation on peri-implantmaintenance. *Am. J. Dent.* 10:107-110.
- 15 Flemming, T.F., M.G. Newman, F.M. Doherty, E. Grossman, A.H. Mechkel, and M.B. Bakdash. 1990. Supragingival irrigation with 0.06% chlorhexidine in naturally occurring gingivitis: I. Six-month clinical observations. *J. Periodontol.* 61:112-117.
- 16 Frandsen, A. 1986. Mechanical oral hygiene practices. In *Dental plaque control meas-ures and oral hygiene practices.* ed. II Löe and D.V. Kleinman. 93-116. Oxford. England: IRL Press.

- 17 Gordon, J.M., J.A. Frascella, and R.C. Reardon. 1996. A clinical study of the safety and efficacy of a level electric interdenal cleaning device. *J. Clin. Dent.* 7:70-73.
- 18 Grossman, E., M. Cronin, W. Dembling, and H. Proskin. 1996. A comparative study of extrinsic tooth stain removal with two electronic toothbrushes and a manual brush. *Am. J. Dent.* 9:25-29.
- 19 Hancock, E.B. 1996. Prevention. *Ann. Periodontol.* 1:223-249.
- 20 Lefkof, M.H., F.M. Beck, and J.E. Horton. 1995. The effectiveness of the disposable tooth cleansing device on plaque. *J. Periodontol.* 66:218-221.
- 21 Lobene, R.R. 1969. The effect of a pulsed water pressure cleansing device on oral health. *J. Periodontol.* 40:51-54.
- 22 Lobene, R.R., and P.M. Soparkar. 1970. The effect of a pulsating water pressure device on gingivitis, plaque and calculus. In Program and Abstracts of the 48th General Meeting International Association for Dental Research, March 1970.
- 23 Moran, J.M., and M. Addy. 1995. A comparative study of stain removal with two electric toothbrushes and a manual brush. *J. Clin. Dent.* 6:188-193.
- 24 Newman, M., M. Cattabriga, D. Etienne, et al. 1994. Effectiveness of adjunctive irrigation in early periodontitis: Multicenter evaluation. *J. Periodontol.* 65:224-229.
- 25 Rounds, M.C., and T.S.I. Tilliss. 1999. Personal oral hygiene: Auxiliary measures to complement toothbrushing. In *Primary preventive dentistry*, ed. N.O. Harris, and F. Garcia-Godoy. 125-154. Norwalk. CT. Appleton & Lange.
- 26 Sangnes, G. 1976. Traumatization of teeth and gingiva related to habitual tooth cleaning procedures. *J. Clin. Periodontol.* 3:94-103.
- 27 Van Dyke, T., S. Offenbacher, B. Pihlstrom, M. Putt, and C. Trummel. 1999. What is gingivitis? Current understanding of prevention, treatment, measurement, pathogenesis and relation to periodontitis. *J. Int. Acad. Periodontol.* 1:3-10.
- 28 Waerhaug, J. 1981. Healing of the dentoepithelial junction following the use of dental floss. *J. Clin. Periodontol.* 8:144-150.
- 29 Санкелл, С.Л., анд У.П. Сацер. 1999. Тоотхбрусхинг анд тоотхбрусхинг течниљуес. Ин *При-марс превентиве дентистрс*. Ед. Н.О. Харрис, анд Ф. Гарциа-Годоз, Норњалк, ЦТ.

Фармаколошки йрејараши во одржувањето на оралнашта хигиена

Во одржувањето на оралната хигиена ,било во домашни услови или доколку денталниот плак се отстранува во ординација ,покрај основните средства се користат и различни фармаколошки препарати кои најчесто имаат антимикробни својства.

Antimikrobnite sredstva vo idealen slu~aj bi trebalo da ja inhibiraat kolonizacijata na mikroorganizmitite na zabnite povr{inii i da go onevozmo`at sozdavaweto na dentalniot plak . Isto taka od ovie preparati se o~ekuva da go eliminiraat ili namalat {tetnoto dejstvo na ve}e postoe~kiot dentalen plak .Me|utoa ovie sredstva imaat pogolema mo`nost da go preveniraat sozdavaweto na dentalniot plak otkolku da go namalat dejstvoto na ve}e postoe~kiot .

Za da bidat efikasni ovie preparati treba da poseduvaat dve osnovni svojstva .

Uspe{nosta vo deluvaweto zavisi od dol`inata na vremeto za koe sredstvoto e vo kontakt so zonata na dejstvo i kolku uspe{no mo`e sredstvoto da prodre vo posakuvanata regija

Najzna~ajno svojstvo na sredstvata e mo`nosta da se prikrepat za oralnite ili zabni povr{ini i takva vrzani da deluvat prolongirano vo zadr`uvaj}i ja pritoa svojata aktivna firma

Efikasno sredstvo podrazbira sposobnost da se zadr`i vo posakuvanata regija {to podolgo zadr`uvaj}i gi svoite terapeutski efekti . Idealno bi bilo koga preparatite lesno 1 bi se povrzuvalce za regijata i bi imale prolongirano dejstvo od nekolku ~asa .

^esto vo klni~kata praksa ovoj nedostatok na preparatite se nadomestuva so po~esta primena ,{to od druga strana go zgolemuva rizikot od nesakani dejstva koi tie gi imaat.

Klasifikacija na preparatite za odr`uvawe na oralna higiena

Preparatite za oralna higiena se delat na preparati od prva generacija i preparati od vtori generacija

Preparatite od prva generacija imaat zna~ajno pokratko prolongirano dejstvo i ograni~eni terapeutski mo`nosti vo redukcija na dentalniot plak . Ovie preparati se naj~esto fenolni preparati , amoniumski peroksidi i herbalni ekstrakti. Preparatite od vtorata generacija imaat antibakteriski mo`nosti so prolongirano dejstvo . Preparat od vtorata generacija e **chlorhexidine gluconate**, koj dosega e edinstven preparat so doka~ani dejstva vo prevencijata i kontrolata na akumulacijata na dentalniot plak kako i nastanokot nagingivitite.

Najgolem broj na preparati sodr`at alkohol kako dodatok za vokus ili nosa~ na aktivnata komponenta .Postojat razli~ni podatoci vo vrska so ~estata upotreba na alkoholnite preparati i incidencata na oralni karcinomi Giancone na{ol povrzanost , dodeka Win, Blot, Mctay na{le povrzanost pome|u ~estata upotreba na alkoholnite preparati i karcinomite vo oralnata praznina .

Chlorhexidine-gluconate

Pretstavuva pozitivno naelektrizirana molekula (katjon). Primarno bil koristen kako antisepeti~na krema za rani i lokalna predoperativna podgotovka . Vo 1970 Loe ja uo~uva negovata sposobnost da ja inhibira kolonizacijata i formiraweto na dentalniot plak

Vakvite soznanija vo 1986 god pridonesuvaat za {irokata primena na **chlorhexidine-gluconate** vo stomatologijata

Mehanizmot na dejstvo se bazira vrz pozitivniot polne` na molekulot .Molekulot na **Chlorhexidine-gluconate** biva privle~en od negativno naelektriziranite molekuli na bakteriskata obvivka. So vrzuvaweto na bakteriskata obvivka predizvikuva disruptcija na membranata i posledovatelna liza na bakterijata . Pozitivniot polne` na molekulata ovozmo`uva i povrzuwawe za dentalnata pelikula so {to se onevozmo`uva bakteriska konolizacija na istata

So ispirawe so **Chlorhexidine-gluconate** okolu 30% se vrzuva na oralnite tkiva i zabite a ima prolongirano dejstvo od okolu 8 do 12 ~asa

Indikaci~ za primena

- 1 Pred, za vreme ,i po parodontolo{ki tretman
- 2 Postoperativno, koga e ograni~ena primenata na sredstvata za odr`uvawe na oralnata higiena i ~etkaweto na zabite kako i za podobro i pobrzo zarasnuvawe na postoperativnata rana

3 Vo ordinacijata ,ispiraweto so Chlorhexidine-gluconate pred proceduri pri koi se rasprskuva voda (ultrazvuk, turbina, rabota so aerosoli) poka`lo deka zna~itelno ja namaluva kontaminacijata na ordinacijata , terapeutot kako i samiot pacient

4 Kaj pacienti koi primaat hemoterapija

5 Kaj periimplantnata bolest

Na~in na primena

Se koristi dva pati dnevno po 30 sekundi . Pozitivniot polne` na molekulot na Chlorhexidine-gluconate mo`e da se povrze so negativno naelektriziranite molekuli na nekoi od pastite za zabi (posebno tie koi sodr`at fluor ili lauryl sulphate)so {to mo`e da se inaktiviraat negovite terapevtski efekti . Zatoa koristeweto na Chlorhexidine-gluconate se preporu~uva 30 minuti pred ili po ~etkaweto na zabite . Od ovie pri~ini Chlorhexidine-gluconate ne e sostaven del na pastite za zabi

Nesakani posledici

Chlorhexidine-gluconate ne se resorbira niz oralnata sluznica nitu niz gastrointestinalniot trakt , pa primenata, duri i da se progolta del, e relativno bezbedena . Nesakanite dejstva se voglavno od lokalen karakter kako povr{inski pigmentacii (^olti i kafeavi)na zabite i jazikot koi lesno se otsrtanuваат . Dolgotrajnata primena na Chlorhexidine-gluconate naj~esto doveduva do promena na vokusot ili ulceracii na oralnata sluznica .

Sanguinarine

Pretstavuva ekstrat od korenot na (**Sanguinaria canadensis**)pokraj ova sodr`i i cink hlorid, koj go zgolemuva antiplak dejstvoto . Deluva na toj na~in {to go namaluva prikrepuvaweto na mikroorganizmita za dentalnata pelikula . Efektite od ovoj preparat se ograni~eni . Dodavaweto na ovoj preparat vo pastite za zabi poka`ala pogolema efikasnost nasproti primenata na samiot preparat .

Fenolni preparati

Naj~esto se vo proda`ba kombinacii od fenoli so esencijalni masti kako timol, eukaptol, mentol, mentol salicilat vo alkoholen rastvor. Nezavisno od kombinacijata site deluваат na o{tuvawe na bakteriskata membrana. Preparatot nema prolongirano dejstvo i efektite zavisat od vremeto na kontakt so povr{inata na koja deluva . Se primenuva kaj pacient so minimalna plak akumulacija dva pati dnevno vo traewe od 30 sekundi . Nesakani dejstva pri podolgovatna upotreba se gor~liv vokus vo ustata pe~ewe i `arewe.

Kvaterni ammoniumski preparati

Imaat pozitiven polne`, sli~no kako Chlorhexidine-gluconate ,so toa {to prolongiranoto dejstvo im e zana~ajno pokratko i iznesuva okolu 3~asa Deluваат na toj na~in {to ja zgolemuvaat permeabilnosta na bakteriskata membrana predizvikuvaj}i liza na bakterijata Klini~kite dejstva i na~in na primena se identi~ni so Chlorhexidine-gluconate so toa {to Chlorhexidine-gluconate e superioren vo odnos na ovie preparati

Peroksidi i perborati

Prvi~no bile upotrebuvani kaj ulcerozni promeni i perikoroniti . Hidrogen peroksidot osloboduva nascenten kislород i peni so {to polesno se otstranuваат labavo vrzanite i slobodnite materii za zabite Antimikrobnoto dejstvo e naso~eno kon anaerobite , koi vo prisustvo na oslobodeniot kislород ne mo`at da opstanat . Pogolemi antiplak efekti od primenat na hidrogen peroksidot dosega ne se doka`ani .So najnovite soznanija bezbednata primena na hidrogen peroksidot dovedena e vo pra{awe . Dolgata primena doveduva do

iritacii na gingivata i odlo`eno zazdravuvawe na tkivoto . Eksperimentalnite studii izvedeni vrz eksperimentalni `ivotni go obvinuvaat hidrogenperoksid kako kokarcinogen faktor Me|utoa racionalnata primena vo koncentracii pomali od 3% se smeta za sosem bezbedna

Jodni preparati

Imaat antibakterisko i antisepti~no dejstvo . ^esto se upotrebuvaat vo kombinacija so hidrogen peroksid kako subgingivalen irigant za redukcija na gram negativnata flora . Se smeta deka ima dodatni antibakteriski svojstva koga se koristi kako dopolnitelna merka na ~etkaweto na zabite . Primenat na jodnite preparati se odbegnuva zatoa {to gi prebojuva zabite , ko`ata porcelanskite koronki.

Fluoridi

Primarno se koristat vo karies profilaksta za redukcija na demineralizacijata i za podobruvawe na remineralizacijata na zabite tkiva Dosega nivnite dejstva vo spre~uvawe na kariesot na korenskite povr{ini kako i nivnata uloga vo prevencijata na plak akumulacijata se mnogupati potvrdeni

Kalajniot fluorid ima antimikrobeni svojstva i u~estvuva vo kontrolata na plak akumulacijata . Deluva preku formirawe na tenok molekulski sloj vrz zabnata pov{ina so {to ja spre~uva kolonizacijata na dentalnata pelikula . Isto taka se primenuva vo lekuwaweto na dentalnata pre~ustvitelnost. Nesakani efekti se prebojuvawe na zabite

Rastvori koi se koristat kako sredstva pred ~etkawete na zabite

Ovie rastvori sodr`at natrium laril sulfat koj deluva kako detregent , koi pomagaat plakot da se napravi porastresit , za polesno da se otstrani . Studiite poka`ale ograni~eni efekti od koristeweto na ovie preparati ili ednakvi so samoto plaknewe so voda na zabite

Rastvori za ispirawe bez alkohol

Najgolemiot broj na prethodno spomenatite preparati sodr`at alkohol vo vid na etil alkohol ili denaturiran alkohol . Alkoholot mo`e da predizvika su{ewe na ustata pa zatoa se proizvedeni niza na preparati koi ne sodr`at alkohol

Indikacii za primena na ovie preparati se

- 1 vo tek na bremenost
- 2 pacienti koi zemaat medikamenti koi doveduvaat do su{ewe na ustata
- 3 pacienti koi primaat metronidazol
- 4 lekuvani alkoholi~ari
- 5 Pacienti koi go odbegnuvaat vnesuvaweto na alkohol

Пасти за заби

Пастите за заби можат да бидат во вид на забен прашок, паста или гел, кој се користи заедно со четкичка за заби за да се отстрани плакот, материја алба и надворешната пребоеност на забите. Иако механичката акција при четкањето и чистењето на забите со конец е главен начин на отстранување на плакот, пастите за заби ја потпомагаат постапката на одржување на оралната хигиена.

Денес, пастите за заби се сметаат и како козметичко и како терапевт-ско средство. Козметички, тие вршат чистење и полирање на

забите, отстра-нување на надворешната пребоеност на забите и освежување на усната праз-нина. Се вложуваат напори да се постигнат и дополнителни придобивки од примената на пастите за заби, со вклучување на материји кои ќе имаат и терапевтско дејство. Тоа вклучува намалување на кариесот, контрола на гингивитот, плакот и калцифицираните наслаги; како и намалување на забната преосетливост.

Главниот недостиг на пастите за заби како терапевтски средства е неможноста да се контролира честотата на примена, вредноста или видот на пастата за заби што ја применува пациентот. Изборот на паста за заби најчесто се темели на козметичките квалитети, како што се вкусот, составот, изгледот и многу малку и на нејзината терапевтска вредност. Терапеутот мора да биде во тек со новините во производите и да биде способен да пред-ложи пести за заби кои ќе обезбедат придобивки во оралното здравје, за да го привлечат вниманието на пациентот за постојана примена. Пастите за заби треба да бидат хемиски стабилни, делоторни и нетоксични.

Составни делови на пастите за заби

Pastite vo sebe содржат базни компоненти со активна состојка за из-браната примена. Активната состојка го врши терапевтското дејство и тоа е да содржи fluoridi за спречување на kariesot, kalium nitrat или stronci-um hlorid за десензibilизација (намалување или прекин на забната оштета), natrium pirofosfat за намалување на крвите наслаги или triklo-san за спречување на акумулација на плакот и воспаление на gingivata. Најновите формулации на пести за заби имаат вклучено комбинација на овие активни состојки за да се добијат најдобриите benefiti за пациентот. Воби-аената паста за заби покрај вода (15 до 50%) содржи и abraziv (20 до 60%). Abrazivите ги истат или полираат површините на заботите првите и ги отпорни на повторна акумулација на бактерии. Praćacite и пастите содржат abrazivi како {то се siliciumovi oksidi, talk, hidrat на alumini-

um oksid и natrium bikarbonat. Во основа, фабриките забни праћачи се по-abrazivni od пастите. Abrazivите најчесто не го оставуваат емайлот, но тоа е да го заматат sjajot на забот. Poradi тоа средството за полирање е вклучено во многу забни пести, во вид на abraziven сitem.. Иако abrazivите тоа е да дovedат до оставување на забите, другите фактори, како {то се navikite за ~etkawe, вклучувајќи ги и методот, притисокот, насоката и ~estotata на ~etkawe и острите влакна на ~etki-kite за заби тоа е да дovedат до оставување на забите во пределот на вратот. Овој предел е повеќе склон кон abrazija, бидејќи emailot е околу 20 пати потврда отколку dentinot или cementot Nema vistinska промена за примената на забни пести со поголема abrazivnost или полирачки ефект отколку {то е потребно за да се отстранат наслагите, вклучително и preboenosta на забите.

Polniteli (20 до 40%) се подлоги во кои средствата се вградени за да го спречат стврдувањето на забните пести кога се изложени на воздух. Најчести polniteli се glicerinot, sorbitolot, manitolot и polietilen gliko-lot. Surfaktantite (1 до 2%) deluваат како detergenti и ~estuvuвајќи ги по-новето, намалувајќи ги површините на нанопартиците и отстранувајќи ги наслагите од површината на забите. Natrium lauril sulfat е најчесто употребуван detergent. Vrzuva~i (1 до 2%; производите на целулоза, гумите, alginatite) го спречуваат одвојувањето на крвите од тените делови во забните пести, одржувајќи ги крвстината, густината и обезбедувајќи им стабилноста. Gelovite содржат

pove}e vrzuva~ za da mu dadat na proizvodot pote~na konzistencija. Ko-rigensite za vokus i zasladuva~ite gi prikrivaat sostojkite so lo{ vokus i na pastata i davaat prijaten vokus. Tuka se vbrojuvaat neophodnite masla (peper-mint, cimet i wintergreen /severno-amerikansko mirizlivо rastenie/) i nat-rium saharin. Boite (1%) se dodavaat na zabnite pasti za da ja zgolemat pri-vle~nosta bez da gi prebojat ili obezbojat zabite ili drugite tkiva vo usta-ta ili da pri~inat {teta pri nivnoto progoltuvawe.

Zabni pasti so fluor

Zabnite pasti se naj{iroko upotreben na~in na li~na primena na fluoridite. Prepore~ani i za decata i za vozrasnite zabnite pasti so flu-or mo`at da go namalat kariesot za 20 do 30% koga pravilno se primenuvaat dvapati dnevno. Zabnite pasti so fluor, koi za prvpat bile primeneti vo ‘50-te, sodr`ele kalaj fluorid kako sredstvo protiv karies. Dene{nite zab-ni pasti so fluor sodr`at natrium fluorid (0.24%) ili natrium monofluo-rofosfat (0.76%). Antikariogenoto dejstvo na ovie dve fluoridni sredstva i ponatamu se ispitiva. Iako nekoi ispituvawa uka~uvaat deka nema zna~itelna statisti~ka ili klini~ka razlika me|u ovie dve fluoridni sredstva, se poka`a deka terapeutskite prednosti na fluoridite zavisat od dozata. Kako i da e, zabnite pasti so natrium fluorid se ~ini deka }e se zadr`at po-dolgo, koga }e se sporedat so zabnite pasti koi sodr`at natrium monofluo-rofosfat, pa ottamu klini~ki mo`e da bide i podelotvorna. Preporakite za primena na gelovite so fluor vklu~uvaat naprednat karies, pacienti podlo`ni na karies, karies na korenite, ortodontskite napravi, preosetlivosta na dentinot i pacientite podlo`ni na terapija so zra~ewe. Otkoga 95% od zabnite pasti sodr`at fluoridi izminative decenii i klini~ki se poka`a korisnosta. Golem broj ispituvawa go ispitivaat vlijanieto na terapijata so fluoridi vrz razvojot na zabnata fluoroza. Zabnite pasti se utvrdeni kako pri~ina za zgolemenata stапka na blagata fluoroza na emailot. Poradi toa, malite deca treba da bidat nadgleduvani pti ~etkaweto na zabite za da ne dojde do nesakano goltawe na zabnite pasti.

Mehanizmot na antikariozniot efekt na fluoridite vrz kariesot na korenite na zabite ne e sosema razjasnet. Gelovite so fluoridi mo`at da imaat korisno dejstvo vo spre~uvawe na kariesot na izlo`enite povr{ini od korenite na zabite. Na primer, primenata na prepi{aniot gel za doma{-na upotreba e 1.1% natrium fluorid. Ovoj gel treba da seprimenuva sekoj-dnevno posle voobi~evite postapki za doma{na gri`a. Gelot mo`e da se na-nese so ~etkawe na povr{inite na korenot na zabite vo tek na 1 minuta ili so upotreba na individualna ili la`ica za ednokratna upotreba vo traewe od 4 minuti.

Klini~kite ispituvawa poka`aa deka dnevната upotreba na pastite so fluoridi go namaluvaat kariesot na povr{inite od korenite na zabite za pove}e od 65%.

Potrebni se dopolnitelni ispituvawa za utvrduvawe na vis-tinskata uloga na fluoridite vo prevencija na kariesot na korenite. Poradi toa zabnite pasti so fluor prvenstveno se prepore~uvaat poradi nivnite antikariozni efekti.

Zabni pasti so kalaj fluorid

Na po~etokot, pred da se primenat natrium fluoridot i monofluoro-fosfatot, vo zabnite pasti se upotrebuval kalajniot fluorid. Kalajniot fluorid povtorno se primenuva poradi negovoto dejstvo vrz parodon-talnoto zdravje. Kalajniot fluorid vo koncentracii pogolemi od 0.3% e naj-{iroko prou~en fluorid vo kontrola na plakot i vospalenie na gingivata. Klini~kite ispituvawa poka`uvaat razli~ni rezultati.

Primeneti dvapati dnevno, zabnite pasti so fluor se povrzuvaat so namaluvaweto na gingivalnoto vospalenie i gingivalnoto krvarewe kaj 33.4 i 20.5%. Od druga strana, koga }e se sporedat so zabnite pasti so natrium fluorid, kalaj fluoridot ne poka`uva pozna~itelna delotvornost vrz supragingivalniot plak. Zabnite pasti so kalajniot fluorid se delotvorni vo tek na 5 ~asa, sporedeni so identi~ni zabni pasti bez kalaj fluorid.

Vo osnova, vo {telnite dejstva se vbrojuva nadvore{nata preboenost na zabite predizvikana od kalajnite molekuli i gor~liviot, metalen vkus. Najnovite zabni pasti sodr`at korigensi za vkus, koi go podobruvaat vokusot. Otstanuvaweto na preboenosta predizvikana od kalajniot fluorid ne e pote{ka otkolku otstranuvaweto na preboenosta pri~ineta od drugite pri- meneti sostojki. Kalajniot fluorid se sre}ava kako gel za ~etkawe, zabna vodi~ka i pasta za zabi.

Zabni pasti {to sodr`at triklosan

Triklosanot e u{te eden vid na terapevtski pasti. Triklosanot e fenol, koj ima osobini za spre~uvawe na sozdavaweto na plakot i razvoj na gingivitot. Toa e antibakterisko sredstvo so {irok spektar na dejstvo vrz Gram pozitivnите i Gram negativnите bakterии. Se upotrebuva kako anibakterisko sredstvo vo sapunite, dezodorantite i kozmeti~kite preparati kako i pastite za zabi

Naj~esto pastite za zabi sodr`at 0.3% triklosan i 2.0% polivinilmetileter maleinska kiselina (PVM/MA), koja ja zgolemuva negovata retencija (viskoznost) za tvrdite i mekite oralni povr{ini i go spre~uvaat sozdavaweto na zaben kamen. Triklosanot se povrzuva za plakot spre~uvaj{i ja kolonizacujata na bakteriite za pove}e od 12 ~asa po ~etkaweto na zabite. Triklosanot vlijae vrz kvalitetot na postoe~kiot plak i povtorniot razvoj na plakot. Koga }e se sporedi so drugite zabni pasti triklosanot e delotvoren kako i zabnite pasti so kalaj fluorid i natrium fluorid vo spre~uvawe na razvojot na plakot. Pokraj toa, se smeta dekaovoj produkt isto taka ima vlijanie na spre~uvawe na razvojot na karies. Ne se otkrieni drugi nesakani efekti, {to zna~i deka e sigurna oralnата primena. Anion-skite sredstva, koi isto taka se prisutni vo najgolem del od pastite za zabi, ne ja menuvaat nivnata antibakteriska delotvornost.

Zabni pasti so natrium bikarbonat/vodorod peroksid

Natrium bikarbonatot (soda za pe~ivo) mnogu godini se koristela ka-ko sredstvo za ~istewe i e prvoto abrazivno sredstvo vo zabnite pasti. Tera-pevtskите efekti na zabnite pasti so natrium bikarbonat se vo namaluvawe na plakot i vospalenieto na gingivata i otstranuvawe na preboenite nasla-gi od zabite. Mehanizmot na dejstvo e vo o{tetuvaweto na kleto~nata membrana na bakteriite. Duri iako sodata za pe~ivo brzo se raspa|a za vreme na ~etkaweto (zna~i deka ne e

prisatno abrazivnoto dejstvo) таа ја отстранува преboеноста на забите. Друга придобивка од примената на забни pasti со со-да за pe~ivo е nivnото vlijanie vrz namaluваве на neprijatniot zdiv.

Vodorod peroksidot se dodadava vo забните pasti poradi negovata osobina da go spre~uva razvojot na gingivitis. Nekoi proizvoditeli smetaat deka osnovnata namena na забните pasti koi sodr`at vodorod peroksid e da gi pobeduваат забите so obezbojuvave na oboenite naslagi. Drugi pak, smetaat deka vodorod peroksidot ja osve~uваат ustata, poradi nivnата osobina na penewe. Potro{uva~ite ~esto gledaat kon ovie sredstva kako kon "prirodni". Idejata za kombinirawe na natrium bikarbonatot so vodorod peroksidot se temeli na re`imot poddr`an od tehnikata na Keyes. Najgolemiot del забните pasti sodr`at mali koli~ini na vodorod peroksid (<1%) koi ne gi o{tetuvat tkivata.

Tehnikata na Keyes posvetuva golemo vnimanie na konzervativnata terapija na parodontalnite zaboluvawa. Tehnikata na Keyes, prvenstveno razviena od Dr. Paul Keyes vo docni-te '70-ti, se temeli na otkrivawe na bolestite so etapen kontrasten mikro-skop i tretman. Prvata etapa od tretmanot ja vklu~uva mehani~ka terapija, prosledena so lokalna antimikrobna terapija, vo koja pacientot koristi забна pasta koja sodr`i 3% vodorod peroksid, natrium hlorid i natrium bi-karbonat. Isto taka se vr{i oralnoto irigacija vo doma{ni uslovi i vo ordinacijata. Vo poslednata etapa od tretmanot na pacientite im se davaat sistemski antibiotici, kako na primer, tetraciklinite. Ovoj vid tretman se utvrdilo deka ne e podelotvoren otkolku voobi~aenata parodontalna terapija. Osven toa, zabele~ani se sluaina pojava na oralnite ulceracii kako rezultat na kratkotrajnата primena na 3% vodorod peroksid vo kombinacija со rastvori на natrium hlorid.

Nau~nite otkritija за delotvornosta на ovie забни pasti se razli~ni. Utvrdeno е namaluваве на mestata на krvarewe за 52% по 3 mese~en test. Забните pasti koi sodr`at vodorod peroksid mo`at da go namalat sozdava-weto na plakot i razvojot na gingivitot, no potreben e vozmo~nosta od niven pristap do nedostapnite strani za da go postignat terapevtskoto dejstvo. Koga }e se primeni so sulkusna ~etka i interproksimalnite ~epkaki, natrium bikarbo-natot/vodorod peroksidot nema delotvornost во namaluваве на mikrobnata flora vo 4 do 7 mm dlabokite xepovi. Ne se poka~ale nikakvi antimikrobni pridobivki vo sporedba со voobi~aenite забни pasti (natrium fluorid, kalaj fluorid) i забните vodi~ki (nezasitenite masla)

Mnogu proizvodi за doma{no belewe на забите како aktivna sostojka sodr`at 0.75 do 10% vodorod peroksid ili 10 do 15% karbamid peroksid. Karbamid peroksidot se razlo~uva na vodorod peroksid. Druga sostojka e ureata koja pomaga во otstranuvawe на plakot. Golemite koncentracii на sloboden kislorod (35%) mo`at da navlezat vo dentinot i toksi~no da ja o{tetat pulpata. O{tetenite i napuknati restavracii blisku do emajlovo-cementniot spoj se glavnite pati{ta na vlez na peroksidite.

Забни паси~и за с~иречување на создавањето на забен камен

Иако забниот камен не е основен причинител за заболување на паро-донтот, тој игра улога во задржувањето на забниот плак. Секој обид на паци-ентите да го намалат забниот камен во домашни услови со помош на методи и примена на превентивни производи го потпомага

унапредувањето на орално-то здравје и козметичкиот изглед. Примената на растворливите пирофосфати во забните пасти претставува хемиско средство за намалување на супрагинги- валниот забен камен. Калциумот и фосфорот од плунката се спречени да се поврзат за матриксот на плакот и да формираат забен камен.

Пирофосфатите го спречуваат зголемувањето на кристалите, особено големите, организирани кристали. Тоа може да ја одолжи минерализацијата на плакот и да го направи попогоден за механичко отстранување. Кога во ор-ганизираниот матрикс ќе се создаде забен камен пирофосфатите стануваат неделотворни. Нивната делотворност е ограничена на новиот супрагингива-лен забен камен. Поради тоа, препораките за примена се земаат во предвид после профилаксата или планирање на чистењето на забниот камен и субгингивалните конкретменти.

Многу истражувања ја докажаа делотворноста на пирофосфатите врз создавањето на забниот камен. Не само што врши намалување на создавањето на забниот камен, туку исто така *се зголемува бројот на месеците во усилувањето на забен камен*. Резултатите после 3 и 6 месеци укажуваат на значи-телно намалување на супрагингивалните наслаги за 35.5 и 45.9%. Инхибиторите на создавањето на забен камен условуваат веќе формираниот забен камен да биде помек и полесен за отстранување. Додавање на кополимер (метоксиетилен и малеинска киселина) за забните пасти со пирофосфат ја зголемува делотворноста против забниот камен.

Покрај делотворноста врз цврстите наслаги забните пасти кои дејствуваат против забниот камен исто така можат да покажат антимикробна активност со уништување или спречување на бактерискиот раст. Утврдено е дека пирофосфатите ја намалуваат надворешната преобеност на забите предиз-викана од хлорхексидинот.

Алергиска реакција и надразнувањето на мукозата (ткивата) се ретки и најверојатно се должи на коригените за вкус, а поретко на пирофосфатите. Надразнувањето на ткивата е во вид на ексфолијација (лупење) на ткивото и осетливост на површините на забот. Пирофосфатите во забните пасти исто така се смета дека дејствуваат взајмно со флуоридните соединенија и се вклучуваат во процесот на реминерализација.. Антиカリогените дејства се слични и кај вообичаените и кај забните пасти наменети за спречување на развојот на забниот камен.

Водички за исчирање кај пречусквишелноста на забише

Гингивалната рецесија како резултат на процесите на заболување (вос-паление и губење на врските), малпозиција на забите, неправилно четкање на забите или периодонтална хирургија можат да доведат до изложување на ден-тинот. Тоа може да доведе до преосетливост во близината на вратниот пре-дел на забот. Најчесто истекувањето на течноста надвор од дентинските ка- налчиња предизвикува непријатност во изложените предели.

Терапијата на дентинската преосетливост се насочува кон затворање на отворените дентински каналчиња за да се спречи преносот на надворешни-те штетни дразби и намалување на интрадентинската нервна надразливост. Терапевтските производи можат да се применуваат професионално или од страна на пациентот. За да се постигнат одлични резултати најчесто од паци-ентите користените производи мора да се користат подолг временски период. Калиум нитратот е делотворен во намалување на чувствителноста на студено и на допир споредени со вообичаените забни пасти. Калиум нитратот дејствува брзо и директно на нервите од пулпата.

Другите состојки на забните пасти вклучуваат двобазен натриум цит-рат и 0.4% калај флуорид. Чувството на боцкање и надворешното пребојување на забите можат да доведат до нездадоволство на пациентот од калајниот флуорид. Примената на овие средства е со помош на забни четкички со меки влакна, четкајќи ги забите најмалку 1 минута и осигурувајќи се дека сите површини се исчисткани и потоа се исплакува.

Калајниот флуорид повеќе не се користи во забните пасти, бидејќи флуоридот не може да се вклучи во составот. На пазарот бил познат како Сенсадсне-СЦја.

Направени се многу мали истражувања за да се процени времетраењето на намалената осетливост по прекинот на примената на водичките за испирање. Делумна осетливоста може да се повтори во рок од 6 до 12 недели, применувајќи ги и другите забни пасти за 6 до 8 недели.

Забни пасти кои содржат сангинарија

Сангинарине-от се користи во водичките за плакнење на устата, а денес исто така се вклучуваат во составот на забните пасти. Биле спроведени дол-готрајни испитувања на влијанието на сангинарија-та врз плакот и воспалението на гингивата и резултатите се различни. Делотворноста против плакот/кариесот е поголема доколку се употреби заедно водичката за плакнење на устата и забната паста, а потоа да се примени само водичката за испирање на устата.

Други видови забни пасти

Забните пасти со лековити билки и вприродните забни пасти за некои пациенти се привлечни за одржување на оралната хигиена. Иако овие производи во литературата се среќава дека се еднакво делотворни како и вообичаените пасти во нивната способност за намалување на плакот и воспалението на гингивата нивната делотворност останува предмет на понатамошни испитувања. Додека овие вприродни забни пасти содржат флуориди, кај пациентите ќе трае антикариозното дејство. На пациентите мора да им се укаже на недостатоците на забните пасти што ги избираат. Но, основната придобивка на некои од овие избрани

пасти е мотивацијата, овие пациенти можат да се поттикнат почесто да ги четкаат забите со забните пасти што ги избрале.

Забните пасти што содржат систем на лактопероксидаза можат да бидат поделоторни за одредени групи на пациенти. Пациентите со ксеростоми-ја беа растоварени од нивните симптоми по 4 недели секојдневна примена на заните пасти или водичките за испирање на устата кои содржат лактопероксидаза.

Заклучок

Антисептиците заслужуваат постојана проценка и нивното значење не треба да се потцени. Денес, најчесто применувани се средствата против плакот или воспаление на гингивата како дополнувањето на вообичаената механичка обработка и домашната грижа за оралното здравје за краткотрајна до средно долга употреба.

Va`en faktor vo delotvornosta na sekoe sredstvo protiv plakot i vospalenieto na gingivata e dovolnoto vreme na dejstvuvawe vrz posakuvanata regija. Sprema toa, najdoka`aniot uspeh na hlorheksidinot se povrzuva so negovata delotvornost vrz mikroflorata (bakteriite) o prolongiranoto aktivno dejstvo, pogolema od bilo koe drugo samostojno dejstvo.

Fluoridite uspe{no ja namaluvaat stапkata na zaben karies. Zabnite pasti koi go spre~uваат sozdavaweto na zabniot kamen davaat estetski efek-ti. Zabnite pasti koi ja namaluvaat zabnata preosetlivost mo`e da pomo-gnat vo ubla`uvaweto na zabnata preosetlivost. Sodata za pe~ivo/vodorod peroksidot i zabnite pasti so sangunaria ne se poka`aa tolku dosledni vo spre~uvawe na sozdavaweto na plakot i vospalenie na gingivata. Triklosa- spre~uvawe na sozdavaweto na plakot i vospalenie na gingivata. Triklosa-not e prvoto hemisko sredstvo primeneto vo zabnite pasti koe e odgovorno za zdravjetoto na parodontot.

Literatura

- 1 Addy, M., and R. Kolai. 1994. Control of supragingival calculus. Scaling and polishing and anticalculus toothpastes: An opinion. *J. Clin. Periodontol.* 21:342-346.
- 2 Addy, M., and R. Wright. 1978. Comparison of the in vivo and in vitro antibacterial properties of providone-iodine and chlorhexidine gluconate mouthrinses. *J. Clin. Periodontol.* 5:198-205.
- 3 Bacca, L. A. M. Leusch, A. C. Lanzalaco, et al. 1997. A comparison of intraoral microbial effects of stabilized fluoride dentifrice, baking soda/hydrogen peroxide dentifrice, conventional NaF dentifrice and essential oil mouthrise. *J. Clin. Dent.* 8:54-61.

- 4 Beiswanger, B. B., P.M. Doyle, and R. D. Jackson. 1995. The clinical effect of dentifrices containing stabilized stannous fluoride on plaque formation and gingivitis: A six month study with an libitum brushing. *J. Clin. Dent.* 6:46-53.
- 5 Binney, A., M. Addy, J. Owens, and J. Faulkner. 1997. A comparison of triclosan and stannous fluoride toothpastes for inhibition of plaque regrowth: A crossover study designed to assess carryover. *J. Clin. Periodontol.* 24(3): 166-170.
- 6 Binney, A., M. Addy, S. McKeowns, and L. Evertat. 1995. The effect of commercially available triclosan-containing toothpaste compared to a sodium-fluoride containing tooth-paste and a chlorhexidine rinse on 4-day plaque regrowth. *J. Clin. Periodontol.* 22(1): 830-834.
- 7 Binney, A., M. Addy, S. McKeowns, and L. Evertat. 1996. The choice of controls in toothpaste studies: The effect of a number of commercially available toothpastes compared to water on a 4-day plaque regrowth. *J. Clin. Periodontol.* 23(5): 456-459.
- 8 Bollmer, B. L. V., O. P. Sturzenberger, V. Vick, and E. Grossman. 1995. Reduction of calculus and Peridex stain with Tarter Control Crest. *J. Clin. Dent.* 6(4): 185-187.
- 9 Brunette, D. M. 1996. Effects of baking soda-containing dentifrices on oral malodor. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 17 (Suppl. 19):22-31.
- 10 Cerra, M. B., and W. J. Killoy. 1982. The effect of sodium bicarbonate and hydrogen per-oxide on the microbial flora of periodontal pockets: A preliminary report. *J. Periodontol.* 53:599-603.
- 11 Ciancio, S. G. 1993. Alcohol in mouthrinse: Lack of association with cancer. *Biol. Ther. Dent.* 9(1):2-3.
- 12 Ciancio, S. G. 1997. Triclosan: A new antigingivitis agent. *Biol. Ther. Dent.* 13:23-26.
- 13 Cummins, D. 1997. Vehicles: How to deliver the goods. *Periodontology 2000* 15:84-99.
- 14 Drake, D. R., B. Grigsby, and D. Drotz-Dieleman. 1994. Growth-inhibitory effect of pyrophosphate on oral bacteria. *Oral. Micro. Immunol.* 9(1):25-28.
- 15 Drake, D. K. Vargas, A. Cardenzana, and R. Srikantha. 1995. Enhanced bacterial activity of Arm and Hammer Dental Care. *Am. J. Dent.* 8(6):308-312.
- 16 Duckworth, R. M., Y. Jones, Nicholson, A. P. Jacobson, and I. G. Chestnutt. 1994. Studies on plaque fluoride after use of F-containing dentifrices. *Adv. Dent. Res.* 8(2):202-207.
- 17 Elworthy, A., J. Greenman, F. M. Doherty, R. G. Newcombe, and M. Addy. 1996. The substantivity of a number of oral hygiene products determined by the duration of effects on salivary bacteria. *J. Periodontol.* 67:572-576.
- 18 Fischman, S. L., G. Kugel, R. B. Truelove, B. J. Nelson, and L. P. Cancro. 1992. Motivation benefits of a dentifrice containing baking soda and hydrogen peroxide. *J. Clin. Dent.* 3:88-94.
- 19 Fishman, S. L., and S. Yankell. 1999. Dentifrices, mouth rinses, and tooth whiteners. In *Primary preventive dentistry*, 5th ed., ed. N. O. Harris and F. Garcia-Godoy, 103-125. Stamford, CT: Appleton and Lange.

- 20 Gaengler, P., A. Kurban, and W. Weinert. 1993. Evaluation of anti-calculus efficacy: An SEM method of evaluating the effectiveness of pyrophosphate dentifrice on calculus formation. *J. Periodontol.* 20:144-146.
- 21 Gordon, J. M., I. B. Lamster, and M. C. Sieger. 1985. Efficacy of Listerine antiseptic in inhibiting the development of plaque and gingivitis. *J. Clin. Periodontol.* 12:697-704.
- 22 Harper, D. S., L. J. Mueller, J. Fine, J. Gordon, and L. L. Lesser. 1990. Clinical efficacy of a dentifrice and oral rinse containing sanguinaria extract and zinc chloride during six months of use. *J. Periodontol.* 61:352-358.
- 23 Jensen, M. E., and F. J. Kohout. 1988. The effect of fluoridated dentifrice on root and co-ronal caries in an older adult population. *J. Am. Dent. Assoc.* 117:829-832.
- 24 Kirstila, V., M. Lenander-Lumikari, E. Soderling, and J. Tenovuo. 1996. Effects of oral hygiene products containing lactoperoxidase, lysozyme, and lactoferrin on the composition of whole saliva and on subjective oral symptoms in patients with xerostomina. *Acta Odontol. Scand.* 54:391-397.
- 25 Koertge, T. E. 1996. Management of dental staining: Can low-abrasive dentifrices play a role? *Compend. Contin. Educ. Dent.* 17(Suppl 19):33-38.
- 26 Levigne, R. A. 1987. The Keyes technique as a cofactor in self-inflicted gingival lesions: A case report. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 8:266-269.
- 27 Lindhe, J., B. Rosling, S. S. Socransky, and A. R. Volpe. 1993. The effect of a triclosan containing dentifrice on established plaque and gingivitis. *J. Clin. Periodontol.* 20:327-334.
- 28 Lobene, R. R. 1989. A Study to compare the effects of two dentifrices on adult dental calculus formation. *Clin. Dent.* 1:67-69.
- 29 Löe, H., and C. R. Schiott. 1970. The effect of mouthrinses and topical application of chlorhexidine on the development of dental plaque and gingivitis in man. *J. Periodont. Res.* 5:79-83.
- 30 Low, M. L. 1996. Prevention and maintenance in periodontology: Supportive periodontal therapy. In *Periodontology for the Dental Hygienist*, ed. D. A. Perry, P. L. Beemsterboer, and E. J. Taggart, 298-299. Philadelphia: W. B. Saunders.
- 31 Marshall, M. V., L. P. O. Cancro, and S. F. Fischman. 1995. Hydrogen peroxide: A review of its use in dentistry. *J. Periodontol.* 66:786-796.
- 32 Mullaby, B. H., J. A. James, W. A. Coulter, and G. H. Linden. 1995. The efficacy of a herbal-based toothpaste on the control of plaque and gingivitis. *J. Clin. Periodontol.* 22:686-689.
- 33 Perlich, M. A., L. A. Bacca, B. W. Bollmer, et al. 1995. The clinical effect of a stabilized stannous fluoride dentifrice on plaque formation, gingivitis and gingival bleeding: A six-month study. *J. Clin. Dent.* 6:54-58.
- 34 Pihlstrom, B. L., L. F. Wolff, M. B. Baktash, E. M. Schaffer, J. R. Jensen, D. M. Aeppli, and C. L. Bandt. 1987. Salt and peroxide compared with conventional oral hygiene: I. Clinical results. *J. Periodontol.* 58:291-300.
- 35 Proskin, H. M., and A. R. Volpe. 1995. Comparison of the anticaries efficacy of dentifrices containing fluoride as sodium fluoride or sodium monofluorophosphate. *Am. J. Dent.* 8:51-58.

- 36 Renton-Harper, P., M. Addy, J. Moran, R. M. Doherty, and R. G. Newcombe. 1996. A comparison of chlorhexidine, cetylpyridium chloride, triclosan, and C3LG mouthrinse products for plaque inhibition. *J. Periodontol.* 67:486-489.
- 37 Roberts, W. R., and M. Addy. 1981. Comparison of in vitro and in vivo antibacterial properties of antiseptic mouthrinses containing chlorhexidine, alexidine, CPC and hexetidine: Relevance to mode of action. *J. Clin. Periodontol.* 8:295-310.
- 38 Rölla, G., H. Löe, and R. C. Schiott. 1971. Retention of chlorhexidine in the human oral cavity. *Arch. Oral Biol.* 16:1109-1116.
- 39 Schiff, T. G. 1987. The effect of a dentifrice containing soluble pyrophosphate and sodium fluoride on calculus deposits. *Clin. Dent.* 9:13-16.
- 40 Schiott, C. R., H. Löe, S. B. Jensen, M. Kilian, R. M. Davies, and L. Glavid. 1970. The effect of chlorhexidine mouthrinses on the human oral flora. *J. Periodont. Res.* 5:84-89.
- 41 Shellis, R. P., and R. M. Duckworth. 1994. Studies on the cariostatic mechanisms of fluo-ride. *Int. Dent. J.* 44(3 Suppl 1):263-273.
- 42 Silverman, G., E. Berman, C. B. Hanna, et al.. 1996. Assessing the efficacy of three dentifrices in the treatment of dentinal hypersensitivity. *J. Am. Dent. Assoc.* 127:191-201.
- 43 Singh, S. M., M. E. Petrone, A. R. Volpe, K. N. Rustogi, and J. Norfleet. 1990. Comparison of the anticalculus effect of two soluble pyrophosphate dentifrices with and without a copolymer. *J. Clin. Dent.* 2:53-55.
- 44 Stabholz, A., J. Kettering, R. Aprecio, G. Zimmerman, P. J. Baker, and U. M. E. Wikes-jo. 1993. Antimicrobial properties of human dentin impregnated with tetracycline HCl or chlorhexidine: An in vitro study. *J. Clin. Periodontol.* 20:557-562.
- 45 Stephen, K. W. 1994. Fluoride toothpastes, rinses and tablets. *Adv. Dent. Res.* 8:185-189.
- 46 Stookey, O. K. 1994. Review of fluorosis risk of self-applied topical fluorides, dentifrices, mouthrinses and gels. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* 22:(3):181-186.
- 47 Volpe, A. R., M. E. Petrone, R. Davies, and H. M. Proskin. 1995. Clinical anticaries efficacy of NaF and SMFP dentifrices: Overview and resolution of the scientific controversy. *J. Clin. Dent.* 6:1-28.
- 48 Volpe, A. R., M. E. Petrone, W. DeVizio, and R. M. Davies. 1996. A review of plaque, gingivitis, calculus and caries clinical efficacy studies with a fluoride dentifrice containing triclosan and PVM/MA copolymer. *J. Clin. Dent.* 7.(Suppl):1-14.
- 49 Warral, S. F., P. J. Knibbs, and H. D. Glenwright. 1987. Methods of reducing contamination of the atmosphere from use of an air polisher. *Br. Dent. J.* 163:118-119.
- 50 Weitzman, S. A., A. B. Weitberg, T. P. Stossel, J. Schwartz, and G. Shklar. 1986. Effect of hydrogen peroxide on oral carcinogenesis in hamsters. *J. Periodontol.* 57:685-688.
- 51 White, D. J., B. W. Bollmer, R. A. Baker, et al. 1996. Quantitative assessment of the clinical scaling benefits provided by pyrophosphate dentifrices with and without triclosan. *J. Clin. Dent.* 7(spec. issue):46-49.

52 Winn, D., W. Blot, J. McLaughlin, et al. 1991. Mouthwash use and oral conditions in the risk of oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.* 51:3044-3047.

53 Zambon, J. J., M. L. Mather and Y. Gonzales. 1996. A microbiological and clinical study of the safety and efficacy of baking-soda dentifrices. *Compend. Contin. Educ. Dent. Suppl.* 17: 39-44.

ОРТОДОНТСКИ ПАЦИЕНТИ

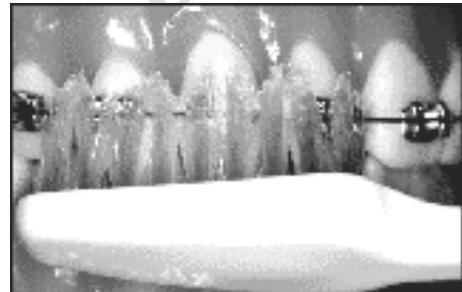
Импликации за орална хигиена и терапија

Во изминатите години, значителниот развиток на производите за одржување на оралната хигиена довде до одредени промени во генералниот концепт за препораки кај ортодонтските пациенти . Секако дека и брзиот напредок на ортодонцијата и се почестата примена на бондирани брикети, порезилиентните жици и производи за цементирање кои ослободуваат флуориди даваат подобри резултати и поголеми можности за примена на средствата за орална хигиена И покрај овој прогрес во технологијата, ткивната инфламација и декалцификацијата околу брикетите се уште се проблем кој може да ги компромитира ортодонтските резултати, како и здравјето на пациентот . Тимските напори на ортодонтите и персоналот, заедно со пародонтолог и општ стоматолог е од огромна важност за справување со овие проблеми.

Едукација и комуникација

Едукацијата и комуникацијата во однос на методите на оралната хигиена се од огромна важност за оние пациенти кои носат ортодонтски помагала . Ортодонтскиот тим мора да упатува на соодветни методи за хигиена и употреба на најфини ортодонтски производи што постојат, за да ги намали шансите за декалцификација и гингивална инфламација. Кажувајќи како со четки-снопчиња може да се отстранува забниот плак и дека следењето и на техниката и на резултатите од неа мора да биде константно и континуиран процес. Визуелните можности, како фотографии кои покажуваат соодветни агли за миење и позиција на ваквите четкички, се исто така од помош.

Инструкции за миење на заби



Техниката на четкањето на забите кај пациентите со ортодонтски апарати е специфична и се состои од неколку чекори

Првиот чекор е четкичката да се постави вертикално меѓу брикетите насочена инцизивно-гингивално. Четкичката

работи преку жица која вибрирачки се придвижува. Вториот чекор е да се пласира четкичката на агол од 45 степени меѓу брикетите и гингивата и тогаш да се пушти четката да вибрира или да ротира во гингивалниот сулкус. Пациентот треба да се советува во првата фаза на четкањето да четка без паста за заби , со цел на подобра визуелна контрола ст при

отстранувањето на мекиот плак. Ова четкање на забите треба да биде следено со употреба на паста за заби Како овие пациенти се со висок ризик од настанување на кариес , треба да им се препорача примена на пасти за зъбни кои во себе содржат флуор.

Слика40 йоложба на интердентална чешкичка кај ортодонтичките пациенти

На некои пациенти, за да се постигнат адекватни резултати, им се потребни интердентални четки, електрични четки за заби, и др. средства.

инструкции за забен конец

Слика 41 начин на користење на конец кај ортодонтичките пациенти

Чистењето со забен конец треба да се научи со употреба на држач за конец. Прво, конецот е оптегнат преку држачот, со што се обезбедува доволно конец да минува низ полукружната јамка, такашто конецот да не излезе од неа кога ќе се наметнува под жиците. Кога конецот е под жицата, тој се поставува интерпроксимално и лизга под слободната гингива. Кога конецот ќе се постави во сulkусот, се користат полирачки движења за да се отстрани плакот од површината на забот. Истото движење се користи за секој заб. Употребата на забна лента и супер флос, многупати е утврдена како најдобра за ортодонтските пациенти.

Декалцификација

Декалцификацијата под прстените со употребата на цинк фосфатен цемент. Се смета како надминат проблем. Овие цементи имаат тенденција да се скршат и измијат од под прстените, предизвикувајќи декалцификација на забите кои се фиксирали. Глас-јономерните цементи кои ослободуваат флуор скоро ги елиминираат проблемите кои постоеа порано со цинк-фосфатните цементи. Меѓутоа се уште перзистентен проблем кај користењето на галс јономерните цементи кои ослободуваат флуор декалцификацијата околу периферијата на брикетите кои биле прицврстени. Според неодамнешното истражување, употребата на бондирачки материјали кои ослободуваат флуор, вклучувајќи композити и глас-јономер цементи попнети со смоли, ветува. Ако декалцификацијата е забележана или е загрижувачка, тогаш се препорачува употреба на натриум флуорид паста, или два пати на ден плакнење со раствор од натрим флуорид; Примената на овие производи се покажала успешна во санирање на процесот на декалцификација но, во услови на добра домашна грижа. Гумите за хвакање што содржат ксилитол исто така покажале дека помагаат во рекалцификацијата. Ова веројатно се должи на инхибиторниот ефект врз *Стрептоцoccus mutans*, дополнително зголемувајќи го протокот на плунка. Оваа употреба на гуми за хвакање е препорачлива во содејство со други мерки на орална хигиена. На маргините на брикетите и на фацијалната површина на бондираните заби може да се премачка со еден производ од типот на лакови, кој содржи 50 мг на натриум флуорид на милиметар, затоа што има покажано знаци на редукција на декалцификацијата.

Гингивална инфламација

Гингивалната инфламација што се должи на слабото миење на забите е очигледна кај некои ортодонтски пациенти, особено кај малите пациенти со минимална ерупција на коронката. Производи, кои имаат покажано ефикасност во случаи каде се јавуваат знаци на гингивална инфламација и крварење што се должи на микробен плак се: 0,12% хлорхексидин глуконат раствори за плакнење

Диета

Диетата игра важен дел во контролата на оралните болести. Од важност во ортодонцијата е храната што е мека и леплива бидејќи се налепува околу брикетите. Рetenцијата на овој вид храна рано доведува до формирање на плак околу брикетите. Оваа ретенирана храна потоа се распаѓа до продукти кои имаат многу ниски вредности за pH иницирајќи декалификација и создавајќи средина која фаворизира формирање на плак.

јаглеидратни пијалоци, како кока-кола, треба да ги пијат со цевка и да ја држат течноста што е можно подалеку од забите. Испрашувањето на пациентите за нивните диететски навики, вклучувајќи и конзумација на пијалоци, кока кола сокови и силно засладени пијалоци може да помогне во превенција на декалификацијата со фокусирање на едукациските напори на поправање на потенцијално штетните навики. Најпрактично на пациентите е да им се препорача јаглеидратни пијалоци, како кокакола, да ги пијат со цевка и да ја држат течноста што е можно подалеку од забите. За ортодонтот, грижа се и оние пациенти кои џвакаат тврда храна и можат да ги оштетат или скршат аплицираните елементи.

4. ЧИСТЕЊЕ НА НАДВОРЕШНИ ОБОЕНИ НАСЛАГИ

Најголем број на стоматолози, полирањето на забите го изведуваат како рутинска постапка, најчесто после пародонталната обработка. Во поновите сознанија од литературата повеќе не се поддржува тезата дека комплетно исчистените и мазни заби ја спречуваат акумулацијата на нови наслаги и пребојувања. Практичарите денес мораат да го сметаат полирањето како “селективна постапка и нема потреба кај секој пациент да се полираат забите, особено како вообичаена постапка”. Но, новите истражувања покажуваат дека четкањето и чистењето на забите со конец, што ги врши пациентот даваат помали резултати отколку професионалното полирање. Покрај тоа, претходниот став за потребата од полирање на забите пред нивното флуорирање и пломбирање, се

измени, откога неколку студии покажаа дека другите методи на плак контрола се подеднакво делотворни како и отстранувањето на денталниот плак со полирање. Како резултат на овие сознанија во стоматологијата е прифатена “филозофијата на селективно полирање”, што значи разумна примена на третманот на полирање. За жал, сите практичари ја немаат прифатено оваа филозофија. Отпорот поради кој не се менува мислењето лежи во однесувањето на практичарите и пациентите, кои продолжуваат да веруваат во идејата дека оралната профилакса не е комплетна доколку забите не се полирани. Како и да е, податоците од поновата литература, серизно укажуваат на фактот дека полирањето има мали терапевтски предности, не е неопходно во терапијата на пародонталната болест и треба да се применува само како козметска постапка. Вообичаеното полирање се покажа дека има само штетни секундарни ефекти, како што се честа појава на бактериемија, загуба на емајл, оштетување на пулпата и меките ткивата, формирање на аеросоли и продукција на топлина, што претставува дополнителна причина секој практичар да ги преиспита неговите вообичаени постапки во праксата. Практичарот треба да одлучи полирањето на забите да се темели на доказите описаны во литературата и индивидуалните состојби во устата на пациентот, а не на долготрајната традиција.

Во ова поглавје ќе стане збор за коронарното полирање и рационалноста на отстранувањето на надворешните обоени наслаги од пушчењето или употребата на хлорхексидинските водички за плакнење на устата, кај пациентите со пародонтопатија. Ќе биде описана и примената на некои средства, како рачниот полирер, гумениот полирер и средствата за полирање со воздух и прашок. Исто така, ќе бидат нагласени индикациите, контраиндикациите, клиничката техника и препораките за подготовка.

Начини и техника

Пред започнување на постапката на отстранување на пребоеноста, практичарите треба да извршат проценка на наслагите, за да одлучат дали ќе можат успешно да бидат отстранети. Само надворешната пребоеност, која е прицврстена директно за забот може задоволително да се отстрани со коронарно полирање. Доколку пребоеноста е инкорпорирана во забот или во тврдите наслаги на забот, тогаш мора да се применат другите методи на отстранување. Покрај тоа, при изберот на прифатлив начин за отстранување на пребоеноста мора да се земе во предвид и локализацијата на пребоеноста, како и медицинската историја на пациентот.

4.1.Преносен полирер

Наједноставен начин за отстранување на пребоеноста е преносното полирање. Овој рачно полирачки инструмент се состои од волнен врв поставен на еднострана или двострана стабилизирана дршка. Волнените врвови, се со клинест или конусен облик, со што се подобрува пристапот и правилната адаптација кон површините на забот. Отстранувањето на пребоеноста се постигнува со рачен притисок на врвот во комбинација со примена на влажно абразивно средство. Се прават спори, промислени, кружни и линеарни движења, претпазливо за да не се намали притисокот со кој се отстранува пребојувањето. Иако има неколку предности, како што се преносливоста, избегнувањето на аеросолите и создавање на топлина, полесното одржување и минималните повреди на тврдите и меките ткива, потребното време за успешното отстранување на пребоеноста е причина практичарите да не ја применуваат оваа метода во секојдневната работа. Како и да е, за пациентите со голем ризик, особено оние кои се сомнителни за инфекции преносливи со аеросоли, преносниот полирер може да биде единствениот инструмент за избор при отстранувањето на пребоеноста.

4.2.Машинско полирање

Најголем дел од практичарите за отстранување на пребоеноста ги користат машинските полирери. Машинскиот колењак поврзан со нискотуражен микромотор, се употребува заедно со гумен полирер или четкичка и полирачко средство. Колењаците можат да бидат со можност за стерилизација или без таква можност, десно или лево вртечки. Острите четки најчесто се употребуваат за цвакалните површини, но тие можат да се применат и за останатите коронарни површини, доколку се употребат со големо внимание. Крутоста на четките може да предизвика повреда на откриениот цемент и околните меки ткива. Гумичките или четкичките можат да се прикачат за стерилизираниот колењак со заклуччување, заштрафување или заглавување.

Изборот на полирачко или абразивно средство за отстранивање на пребоеноста зависи од типот на постоечката пребоеност. Абразивноста на средството зависи од големината и обликот на честичките. Степенот на абразија, исто така зависи и од брзината на вртење на гумичката и применетиот притисок за време на третманот. Кај слабо назначената пребоеност се применува фино зренсто средство, додека кај поцврстите наслаги се применуваат грубозрнести средства. Полирачките средства би требало разумно да се применуваат, за да се намалат штетните ефекти од полирањето. Фабричките средства за полирање, кои не бараат подготвка и најчесто се подгответи во поединечни дозни единици, се со различна зрнестост, вкус и густина. Покрај тоа, многу произведувачи нудат средства за полирање со флуоридни додатоци, кои можат да ја зголемат терапевтската вредност на постапката.

4.3.Полирање со воздух и прашок

Средствата наменети за полирање со воздух и прашок (воздушно полирање), постојат уште од 80-тите години на минатиот век . Воздушните полирери фабрички се среќаваат како посебни средства или како комбинирани средства, кај кои и ултрасоничниот кршач на забен камен и воздушно полирачкото средство се надоврзуваат во една целина.

И покрај опсежните истражување на делотворноста и безбедноста на воздушното полирање, овој начин на полирање не се употребува многу. Независната проценка на достапните воздушно полирачки средства покажа дека ввоздушните полирери ја отстрануваат надворешната пребоеност побрзо и потемелно отколку инструментите за забен камен, абразивите во гумичките за полирање, траките идр., без појава на поголеми оштетувања на површината на емајлот или дентинот. Исто така докажано е дека огромно мнозинство од пациентите му даваат предност на воздушното полирање, во споредба со традиционалното полирање со гумичка. Наклонетоста на пациентите кон воздушното полирање се темели токму на способноста за потемелно отстранување на пребоеноста,

на тоа што е потребно помалку поминато време на стоматолошка столица и поудобно е отколку полирањето со гумичка.

Многу практичари се несигурни во безбедноста и делотворноста на воздушните полирери, верувајќи дека тие се поабразивни од полирањето со заштитните пасти, дека се нечисти, дека е потребна поголема цена за одржување и дека се ограничени во употребата единствено за отстранување на надворешната пребоеност. Како и да е, ниедно од овие верувања не е поткрепено во постоечката научна литература. Во суштина воздушното полирање постојано е прикажувано како безбедна и успешна метода за отстранување на наслагите.

Воздушниот полирачки систем користи воздух, вода и бикарбонат за создавање каша, која се употребува како абразивно средство за отстранување на пребоеноста. Со сигурност е докажано дека бикарбонатот е помалку абразивен од емајлот, од рачните инструменти и еднакво абразивен со гумичката за полирање. Освен тоа, просечната загуба на забни супстанции при примена на воздушен полирер е значително помала ($10,68 \mu\text{m}$), отколку вредноста отстранета со рачните инструменти ($27,09 \mu\text{m}$). Пребоеноста се отстранува 3,15 пати побрзо со воздушен полирер, отколку со рачните инструменти.

4.4. Постапка на полирање на забите со гумичка

Мотивацијата на пациентот подразбира објаснување на важноста од секојдневното отстранување на денталниот плак со правилна техника на миење на забите. Ако лекувањето на пародонтопатијата од почетокот се почне со машински гумички, се отстранува само дел од пребоеноста. Затоа, страните кои ќе бидат полирани се избираат спрема пребоеноста. Абразивноста на избраните полирачки средства треба да се темели на степенот на пребоеност.

После плакнењето на устата се користи забен конец за да се отстраницат заостанатите абразивни честички. Многу пациенти не знаат дека постапката на полирање е козметичка, а не е терапевтска постапка. Во отворените разговори со пациентите објаснувањето на корисноста и

индикациите за полирање ќе помогнат во отфрлање на погрешните сафаќања за функцијата полирањето.

- На почетокот се плакне устата.
- Се употребуваат заштитни очила (за пациентот и клиничарот).
- Доколку е можно се употребуваат фини пасти.
- Гумичките се чуваат неоштетени и влажни.
- Се употребува аспиратор.
- Се делат вестибуларната и лингвалната површина на пет дела: мезиоцервикален, централен цервикален, дистоцервикален, мезијална горна коронка и дистална горна коронка; а потоа доколку е потребно се полира оклузалната површина.
- Се користи рамномерна, постојана брзина.
- Се користи лесен, повремен притисок.
- Четкичките се користат само за оклузалните површини.
- Се промива остатокот од пастата.

-Технички забелешки

- Современата медицина во основа го поддржува договорот за избегнување на полирањето кога тоа е контраиндицирано.
- Се употребува погодно полирачко средство, според степенот на преобеност на површините на забот.
- Се избира соодветно средство кое се употребува со смоли, акрилати и композити за да се заштити површината од промени.
- Се следи утврдениот најлесен редослед за да се осигураме дека сите површини од забот ќе бидат потполно полирани.
- Секогаш, доколку е потребно, се применува сеопфатна претпазливост и прибор за лична заштита, за да се намали изложеноста на аеросоли.

4.4.1.Клиничка техника и постапки при полирање на имплантите со гумичка

-Постапка

Пред да се започне со полирањето треба да се отстранат сите калцифицирани наслаги со посебни инструменти за имплантите. Металните инструменти, звучните и ултразвучните колењаци не би требало да се употребуваат, бидејќи ги оштетуваат титаниумските површини на имплантот.

За да биде постапката потполна, после полирањето може да се употреби антимикробно средство, според индивидуалната реакција на имплантот. Перчестите четкички, интерденталните четкички или специјално изработениот забен конец наквасени во средство ја олеснуваат примената. Доколку се примени претпазливо може да биде индицирана и професионалната примена на субгингивална иригација.

- Гумичката во вид на обратрен конус и неабразивната паста се употребуваат за коронарно полирање на протезите и потпорите на имплантите.
- Конусната гумичка се користи со неабразивна паста за полирање за да се отстранат меките наслаги и да се полираат тешко достапните места.
- Исто така можат да се користат и машинските четкички наквасени во неабразивна паста за полирање на имплантните потпори.
- Во местата тешко достапни за чистење, како што се интерденталните простори, каде пребоеноста не може да се отстрани со машински полирери, може да биде од помош примената на интердентални четкички (со безжично јадро).
- Неабразивните полирачки пасти можат да се користат заедно со памучен забен конец.

- Се избира погоден забен конец за да се прилагоди спрема надградбата. Се обвитејка вако околу надоместениот заб или потпорите на имплантите, вклучително и околу ткивата и конструкцијата. За ограничено достапните места се користат забни конци со мал дијаметар.
- Темелно се плакне устата за да се отстрани заостаната паста.

-Технички забелешки

- Воздушното абразивно полирање е контраиндицирано за да се спречи оштетување на површините на имплантот.
- Додека се чистат забите со конец, како дел од постапката на полирање, на пациентот му се дава рачно огледало да ги гледа движењата што ги врши клиничарот. Подоцна пациентот може да ја имитира постапката кога сам ја одржува оралната хигиена.
- Општо земено, пациентите треба да се јавуваат на секои 3 до 6 месеци за професионална контрола на имплантите. Првата година по надоместувањето треба да се прават почетни контроли.
- Се утврдува и уредно се евидентираат индексите на плакот и калцифицираните наслаги, укажувајќи му на пациентот колку многу е значајна неговата одговорност за сопственото здравје.

4.5. Аеросоли

Бидејќи воздушните полирери создаваат аеросоли, практичарите треба да ги почитуваат препораките за успешна работа, за да се избегне можноста од атмосферска зараза. Истражувањето покажа дека примената на аспиратор претставува најдобра превентивна мерка за намалување на загадувањето со бактерии. Плакнењето на устата пред да се започне постапката, на пример со 0,2% хлорхексидин, исто така е од корист во намалување на загадувањето, но не се покажа толку делотворно како примената на аспираторот. Употребата на готови производи специјално

наменети за контрола на аеросолите настанати при воздушното полирање, како на пример млазен штит, исто така помагаат во значителното намалување на распрскувањето. Спроведено е истражување за да се утврди делотворноста на млазниот штит, при што е докажано дека тој го намалува распрскувањето повеќе од 97%. Едниот крај од штитот содржи чашка и чиста проширена цевка, која е прикачена на прскалката од полирерот. Другиот крај од штитот се состои од црево кое е поврзано за сисалката или аспираторот. Правилното поставување и изведување на оваа метода, исто така покажа дека ја намалува можноста за абразија на меките ткива. За време на активирањето треба да се примени мал притисок, така што чашката лесно трепери. Прскалката на воздушниот полирер се поставува во внатрешноста на чашката за да го осигура отстранувањето на наслагите од сите површини. Чистата цевка и чашката треба да се отстрануваат после секоја постапка, а останатиот дел од цевката претходно треба правилно да се дезинфекцира, пред повторната примена за следните пациенти.

4.5.1.Клиничка постапка на воздушно полирање

1. Преглед на медицинската историја.
2. Плакнење на устата со антибактериски водички за плакнење на устата.
3. Се врши вообичаената подготовка како за операција (т.е. маска за лице, заштитни очила или штит за лицето, гумени ракавици и заштитна престилка).
4. Се заштитува пациентот со заштитни очила и се премачкува усницата со заштитно средство(може и обичен вазелин).
5. Пациентот се поставува под агол од 45°.
6. Се става 2 x 2 цм газа на усницата и се става сисалката во устата.
7. Се поставува врвот на прскалката и се користат кружни мезио-дистални движења (движења на метење).
8. Се полираат 2 до 3 заба за 1 до 2 секунди, а потоа се плакне устата.

9. Сопствената рака и образот и усните на пациентот се користат за да се соберат аеросолите.
10. Често се плакне заостанатата каша од устата на пациентот.

-Предупредувања

Неколку предупредувања треба да се земат во предвид при примена на воздушното полирање, за да се обезбеди заштитата на пациентот и да се намали можноста за повреда на меките и тврдите ткива. Едно од предупредувањата е да се избегне долготрајната изложеност на дентинот и цементот на кашата за полирање. Утврдени се значителни загуби на забните структури, иако вакви ефекти не се докажани врз здравиот емајл. Како и да е, загубата на забните структури може да се намали со избегнување на долготрајната изложеност на површините на коренот за време на третманот и избегнување на изложеност на забот на кашата за полирање подолго од 10 секунди. Гингивалната абразија, може да биде спречена доколку кашата за полирање се стави подалеку од меките ткива, иако гингивалната абразија, настаната поради примена на воздушен полирер најчесто првите 2 дена останува неоткриена. Последното предупредување е да се избегне секоја постапка, која може да причини поткожен воздушен емфизем. Оваа состојба може да настане доколку густата смеса од воздух, вода и бикарбонатна каша се внесат субгингивално.

-Останати примени

Иако средствата за полирање практичарите првенствено ги применуваат за отстранување на надворешната пребоеност од пушењето или употребата на водичките за испирање на устата на база на хлорхексидин, обемот на нивната примена може да биде проширен. Литературата ги потврдува позитивните резултати кои произлегуваат од примената на воздушниот полирер за време на пародонталната хирургија. Подготовката на страните на забот со воздушен полирер, пред се за изработка на композитни реставрации, исто така е докажано дека дава врвни резултати во споредба со примената на гумичките за полирање. Освен тоа, бројни истражувања ја потврдија успешната примена на воздушните полирери кај ортодонтските апарати без да причини кршење или да му пречат на

бондот. Примената на воздушните полирери кај имплантите покажа дека тоа е сртедство кое е делотворно во отстранувањето на плакот, калкулусите и минералната пробоеност на имплантите, но сеуште постои сомнеж во долготрајноста на ефектите врз имплантите и околните меки ткива. Треба да се додаде и дека се потребни дополнителни истражувања и многу убедливи докази пред да се утврдат основните упатства за одржување на имплантите.

Други стоматолошки изработки кај кои може да се употребат воздушни полирери се композитните полнења, порцеланските коронки, амалгамите и реставрациите од легурите на златото. Некои истражувачи укажуваат на незначителна разлика на површинската структура на композитните смоли после воздушното полирање, додека други укажуваат дека смолите се чувствителни на воздушните полирачки каши, кога се изложени подолг временски период, предупредувајќи ги практичарите за внимателна работа со воздушните полирери кај овие полнења. Промените на работите од порцеланските коронки се покажа дека се резултат на воздушното полирање, па затоа се советува практичарот да работи внимателно кога се среќава со овие протетски изработки. Што се однесува до амалгамот и изработките од злато Barnes, Hayes и Leinfelder утврдиле дека 5 секундна изложеност на овие надоместоци на воздушен полирер не предизвикува значајна загуба на материјал, но го заматува сјајот на изработката.

Табела 1.Основни клинички упатства за примена на воздушен полирер

Состојба	Заштита од воздушно полирање	Коментари
I. Системски заболувања		
Бубрежни заболувања	Не.. Може да биде нарушува ацидобазната рамнотежа	
Метаболни нарушувања	Не. .Може да биде нарушува ацидобазната рамнотежа	
Пациенти на диуретици.....Не ..	Може да биде нарушува ацидобазната рамнотежа	
Респираторни заболувања.Не....Аеросолите можат да го нарушаат дишењето		
Инфективни болести ..Не...	Опасност од зараза по воздушен пат	
Останатата популација... ...Да...	Се употребува препорачаната лична заштитна опрема и маски со највисок степен на заштита	

II. Стоматолошки материјали

Ортодонтски апаратчиња..Да	Најуспешен метод на чистење
Инлеи и онлеи	...Да...Заштита при препарација и чистење
Композитни полнења	.Не...Се препорачува минимален контакт
Амалгамски полнења	Да...Внимателност околу работовите: заматена површина
Порцелан	Не..Работовите може да еродираат
Импланти	? Потребни се дополнителни истражувања

4.5.2. Одржување на средствата за воздушно полирање

I. На почетокот од денот:

1. При исклучен апарат се одвртува затворачот на комората за прашок. Се проверува дали кутичкето со прашок е празно. Се вклучува апаратот 15 секунди за да се отстранат остатоците од прашокот или влажноста од работовите. Апаратот се исклучува.
2. Се протресува тегличката со складираниот прашок за да се создаде рамномерен состав на смесата од прашок.
3. Се истура од прашокот во комората се додека потполно не се исполнити централниот дел од тубата.
4. Се завртува затворачот на комората.
5. Се отстранува прскалката на воздушниот полирер и дршката се држи над плувалникот за да тече водата во него. Се притиска на ножната педала за да прска вода.
6. Се става прскалката на воздушниот полирер на дршката.

II. На крајот од денот:

1. Се исклучува апаратот.
2. Се отстранува прскалката од воздушниот полирер.
3. Се чисти прскалката од воздушниот полирер со жицата од приборот за чистење со противување на жицата низ врвот од прскалката и се вршат движења напред назад. Се вади жицата и се издувува за да се отстранат остатоците од прашок.
4. Се одвртува затворачот на комората за прашок.

5. Се отстранува комората од орманчето. Се истура прашокот во тегличката со склadiран прашок и се затвора капакот.
6. Комората за прашок се држи подалеку од себе. Се вклучува апаратот 15 секунди за да се исчисти комората за прашак. Може да се примени аспираторот за да се отстрани остатоците од прашок во комората.
7. Се заменува комората со прашок во орманчето.
8. Се затвора капакот на комората за прашок.
9. Се стерилизира прскалката на воздушниот полирер и жицата од приборот за чистење.
10. Се чисти и дезинфекцира апаратот во согласност со упатствата од произведувачот за одржување на апаратот.

-Одржување

Главната цел на одржувањето е да се заштитат комората за прашок и доводната цевка за воздух од загадување со влага. Доколку се овозможи навлегување на заостанатата влажност во некој дел од апаратот, тоа може да доведе до нефункционалност на апаратот.

4.5.3.Медицински состојби

Познатите медицински состојби (пример: бубрежната хипертензија и респираторните болести) се контраиндикација за примена на средствата за воздушно полирање. Бидејќи воздушните полирери испуштаат аеросоли и користат бикарбонати, кај пациентите со системски заболувања потребно е практичарот да биде претпазлив при утврдувањето дали средството може безбедно да се примени.

Заклучок

Секако, практичарите имаат неколку методи на избор кога вршат отстранување на надворешната пробоеност, од традиционалните машински средства до полирерите кои користат воздух и прашок за полирање, кои имаат распространета примена за отстранување на пробоеноста на забите. Како и да е, било кој метод да се

примени, конечната одлука за полирање на забите треба да е избрана и на неа да се гледа само како на козметичка, а не терапевтска постапка. На крајот, погодноста од полирањето треба да биде утврдена спрема состојбата во устата на пациентот, а не спрема вообичаените практични навики.

Клучни работи

- Според медицинската историја, кога е контраиндицирано, полирањето треба да се избегнува.
- Кај пациентите со пародонтопатија полирањето на забите треба да се изведува само доколку е неопходно, а не како дел од вообичаената работа.
- Да се избегнуваат оголените површини на коренот на збор и да не се врши изложување на забите на кашата подолго од 10 секунди, со што се намалува загубата на забната супстанција.

Аспираторот е најуспешен во намалување на загадувањето за време на полирањето.

Литература:

1. Atkinson D R, Cobb G M, Killoy W J. 1984. The effect of an air-powder abrasive system on in vitro root surfaces. *J. Periodontol.* 55: 13-18
2. Augthun M, Tischert J, Huber A. 1998. In vitro studies on the effect of cleaning methods on different implant surfaces. *J. Periodontol.* 69: 587-864
3. Barnes C M. 1987. Effects of an air-abrasive polishing system on restored surfaces. *Gen.Dent.(May-June)*:186-187
4. Barnes C M. 1991. Management of aerosols with air-polishing delivery systems. *J. Dent. Hyg.* 65(6): 280-282
5. Gallovay S E, Pashley D H. 1987. Rate of removal of root structure by the use of the Prophy-Jet device. *J. Periodontol.* 58: 464-469
6. Gerbo L R, Barnes C M, Leinfelder K F. 1993. Applications of the air-powder polisher in clinical orthodontics. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 103: 71-73

7. Gilman R S, Maxey B R. 1986. Effect of root detoxification on human gingival fibroblasts. *J. Periodontol.* 57: 436-440
8. Mesechenmoser A B. Effects of various hygiene procedures on the surface characteristics of titanium abutments. *J. Periodontol.* 57(3): 151-154
9. Nield J S, Houseman G A. 1988. Fundamentals of dental hygiene. Philadelphia:Lea&Febiger
10. Nunn P J. 1997. Selective polishing: Time for a change? *Access* 11(1): 40-42
11. Orton G S. 1987. Clinical use of an air-powder abrasive system. *Dent. Hyg.* 61(11): 513-518
12. Swan R W. 1979. Dimensional changes in a tooth root incident to various polishing and root planing procedures. *Dent.Hyg.* 53: 17-19
13. Tolle-Watts S L, Thomson-Lakey E M. 1992. Clinical application of the air-polisher. *Pract. Hyg.*(Nov-Dec): 27-32
14. White S L. Hoffman L A. 1991. A practice survey of hygienists using an air-powder abrasive system: An investigation. *J. Dent. Hyg.* (Nov-Dec): 433-437
15. Wilkens E M. 1986 Removal of extrinsic dental stains: selective polishing. *Can. Dent. Hyg.* 20:59

5.МАШИНСКИ ИНСТРУМЕНТИ ЗА ОТСТРАНУВАЊЕ ЦВРСТИ ЗАБНИ НАСЛАГИ

Во минатите четири декади, пародонтолозите значително го сменија својот став за тоа кои се главните етиолошки фактори на пародонталната болест. Соодветно на тоа се смени и примарната намена на пародонталниот инструментариум. Во 60-тите години од минатиот век, истражувањата застапувале една хипотеза за неспецифичен плак, која се базира на причинско-последичниот однос помеѓу плакот и болеста. *Количината* на плакот била од особено значење, а не бил важен неговиот *квалиитет*. Забниот камен бил набљудуван како примарна причина за пародонталната инфламација, а доколку тој се отстранел, болеста можела да биде под контрола. Иако била воспоставена јасна врска меѓу забниот камен и одговорот на меките ткива во периодот на 70-тите, литературатурните податоци почанале да отстапуваат од фокусирањето само на отстранување на цврстите забни наслаги. Покрај отстранувањето на забниот плак, ендотоксините (липоолигосахариди) и некротичниот цемент под нив, при третманот на болеста почнало да се бара и решавање на главната причина. Истражувањата документирале хипотеза за специфичен плак. Исто така било востановано дека ендотоксините можат да се отстранат со понежна интервенција на забите, односно со триење - миење на забите, укажувајќи на тоа дека ефективниот дебритмант на површината на забите може да се постигне и со други методи освен со рачните инструменти. Околу 80-тите години од минатиот век било добро познато дека *квалиитетот* на плакот игра поголема улога од неговиот *кваниитет*.

Пародонталната инфламација била ставена во директна корелација со бројот и типот на инвазивни микроорганизми и почнала употребата на антимикробна терапија. Клиничарите почнале да се фокусираат на пародонталниот дебридмант и на уништување на бактериските колонии преку инструментација, на место да ја лекуваат болеста. Ќоодалл (1993) пародонталниот дебридмант го дефинирал како "третман на гингивална и пародонтална инфламација со механичко отстранување на иритантите од

површината на забот и коренот за да им се овозможи на соседните меки ткива задржување во постоечката или враќање во здрава, неинфламирана состојба." Инструментацијата со која се нагласува уништувањето на бактериските колонии е поддржана од теоријата за критична маса, дефинирана на Светската работилница за клиничка пародонтологија 1989 година, како "редукција на квантитетот (масата) на патогена микрофлора под (критичното) ниво, од кое домаќинот може сам да се одбрани."

Во 90-тите истражувањата на пародонталната болест покажаа дека тоа е дефинитивен патолошки процес во кој доаѓа до интеракција меѓу микробите и одговорот на домаќинот. Исто така било востановено дека комплетното отстранување на патолошки изменетиот цемент не е ниту намерно ниту посакувано, без оглед на употребената опрема. Најновите литературни податоци говорат дека клиничарите се концентрирани на третмани со кои би го стимулирале имуниот одговор на домаќинот. *Одговорот на ткивоот е земен како криериум за крај на терапијата, како подобар отколку мазносот на коренот.* Дијагнозата и третманот на одредени регии се препорачуваат како поцелисходни од третман на целата уста, со цел да се постигнат актуелните цели и задачи на пародонталната терапија.

Кога машинските инструменти за прв пат биле представени, нивната употреба била строго индицирана само за отстранување на големи супрагингивални депозити на забен камен. Сепак, актуелниот преглед на литературата покажува дека овој податок веќе не е вистинит, како резултат на промените на физичкиот дизајн (големина и форма на различните типови) на машинските инструменти и како резултат на ефектите коишто ултразвукот ги има врз микроорганизмите. Со оглед на тоа, модифицираните машински инструменти, сега можат да се користат и субгингивално, индицирани се за отстранување на помали депозити, за деплакирање и треба да се смета дека имаат примарна улога во дебридмантот на коренот.

5.1. Ефикасност на ултразвучните инструменти

Ефикасноста од ултразвучната опрема за прв пат била документирана во 1957 год од Јохсон и Њилсон. Класичната студија демонстрирала не само дека ултразвучната опрема била способна да го отстрани забниот камен, туку и дека за тоа е потребен само лесен притисок. Пигментациите се отстрануваат лесно и ефикасно, цементот останува неповреден ако работниот дел на инструментот е мазен или тап, а не остар. Мало крварење ја пропратува работата со оваа опрема. Потоа, работата со ултразвук е побрза а, и клиничарите ја преферираат повеќе отколку онаа со рачни инструменти.

Актуелната литература продолжува да ги документира способностите на машинските инструменти за ефективно отстранување на цврстите забни наслаги и исто така укажува дека се постигнува соодветно ниво на гингивално оздравување, како и хистолошко опоравување на ткивото, како и при работа со рачните инструменти . Кога се третира одредена регија со ултразвучен продолжеток со модифициран тенокдијаметар, а друга регија со со Грацес-еви кирети, резултатите покажуваат дека модифицираните продолжетоци се исто така ефикасни како и киретите, но се сигнификантно побрзи во однос на нив.

Сугестијата, дека во планот на терапија работата со рачни инструменти не мора секогаш да следи по машинските ултразвучни инструменти, била направена многу рано, уште 1979 (Торфасон и сор.). Оваа студија ја покажала валидноста на таа сугестија со докажување дека немало клинички сигнификантна разлика во ефектот на гингивалното заздравување или во нерамнините на субгингивалата површина на коренот, како и во отстранувањето на патолошки изменетиот цемент после третман со рачни и со машински инструменти.

Еден универзален тип на машински ултразвучен продолжеток, кој има поголем дијаметар, овозможува отстранување на депозитите на супрагингивалните цврсти забни наслаги во целост. Во секој случај, со осовременувањето на модифицираните продолжетоци со мал дијаметар, се јавија промени во однос на тоа кога, каде, зошто и како можат да се употребуваат машинските ултразвучни инструменти во

пародонталниот дебридмант. Истражувањата ја укажуваат на предноста на модифицираните ултразвучни продолжетоци во споредба со немодифицираните унверзални продолжетоци или рачните инструменти. Постојано било демонстрирано дека модифицираните продолжетоци овозможуваат подобар период до субгингивалните простори (особено фуркациите), предизвикуваат помалку оштетувања, подобро отстранување на депозитите, помалку потрошено време и помала измореност на терапевтот во однос на немодифицираните продолжетоци или рачните инструменти.

Неколку студии документирале дека ултразвучните инструменти се во можност лесно да ги алтерираат или да ги ледираат и отстранат ендотоксините присутни на површината на коренот и на забот. Всушност, било најдено дека патогените Гр - бактерии се поосетливи на ултразвучна изложеност во однос на патогените Гр + бактерии. Способноста на ултразвучните инструменти да ја елиминираат микрофлората е поврзана со нивните ефекти на акустични струи, акустични турбуленции и кавитација. Ошто земено акустичноста е енергија во вид на звучни бранови. *Акустично сируење* е еднонасочен тек на флуид предизвикан од ултразвучни бранови и настапува при пониски акустични притисоци од кавитацијата. *Акустична турбуленција* се создава кога движењата на инструментот овозможуваат средството за ладење да го забрзува своето движење, предизвикувајќи интензивен вртложен ефект кој го руптуира бактерискиот матрикс. Турбуленцијата се зголемува при зголемување на вртежите на машината. *Кавитација* е формирање на меурчиња од течност како резултат на нагли промени, какви што се оние индуцирани од ултразвукот. Кога меурчињата пукаат, предизвикуваат шок - бранови во течноста. Сите овие ултразвучни ефекти биле документирани во една студија за работење со ултразвучни инструменти од каде што е извлечен заклучокот дека: "кавитиската активност на дотурот на вода за ладење во ултразвучните машини, резултира со површно отстранување на конституентите на површината на коренот" (Њалмслес и сор. 1990). Млазот вода кај машинските ултразвучни насадни инструменти не само што оди во прилог на

бактерицидниот ефект на ултразвукот, туку служи и да го подобри видното поле со проплакнување и отстранување на дебрисот од работното поле.

Овие ефекти и даваат предност на употребата на ултразвучниот инструментариум над традиционалното отстранување на цврстите супрагингивални калцифицирани депозити. Со тоа се постигнуваат актуелните задачи на пародонталната терапија, а тоа се уништување на бактериските колонии и стимулирање на имуниот одговор на домаќинот.

5.2. Ограничувања

Иако литературата јасно ги документирала предностите од употребата на ултразвучната опрема во пародонталната терапија, постојат и извесни ограничувања. Зголемениот пристап и адаптабилноста можат да се реализираат само ако тенките продолжетоци за ултразвук се употребуваат за дебридмант. Пристапот и адаптибилноста не се подобрени ако се користи немодифициран продолжеток. Комфорот на пациентот може да се класифицира и како предност и како ограничување, зашто тој зависи од индивидуалната осетливост на болка, прифаќање на третманот и техниката на терапевтот. Некои пациенти можат да тврдат дека третманот со ултразвук е попријатен отколку третманот со рачни инструменти, бидејќи тој е поефикасен и за него е потребно пократко време. Но, за други пациенти, аеросолите и звуците од ултразвукот можат да бидат неподносливи. За разлика од киретите кои имаат само едно помало сечиво за дебридмант, машинските продолжетоци имаат минимум две а максимум четири површини кои можат да се употребуваат за отстранување на депозити од цврсти забни наслаги.

Осетот за допир на терапевтот е во секој случај намален, во споредба со рачните инструменти. Како резултат на аеросолите што се создаваат од машинските инструменти, задолжително се препорачуваат предпроцедурални плакнења, соодветен одвод на плунката или аспиратор за плунка, како и заштитни бариери и за пациентите и за терапевтите.

Табела1 Предности и недостатоци на ултразвучниот дебридман

ПРЕДНОСТИ	НЕДОСТАТОЦИ
Помалку време Нема продукција на топлина Помалку исцрпувачко Непотребно е острење Промивање со вода Зголемена достапност и адаптабилност Ниво на гласност Пријатност за пациентот Бактерициден ефект	Активни се мултипни страни на ул. продолж. Продукција на аеросоли Ограничена видливост Бара вода и аспирација Помал осет на допир

5.3 Механизам на дејство

Способноста на машинските ултразвучни инструменти ефикасно да ги отстрануваат депозитите е поврзана со нивната клиничка сила. Клиничката сила е поврзана со фреквенцијата, ударот, типот на движење и ангулацијата на тоа движење во однос на порвшината на забот.

Фреквенцијата е дефинирана како број на движења на ултразвучниот продолжеток напред-назад во секунда, за време на еден циклус. Фреквенција од 30 kHz значи дека продолжетокот вибрира 30 000 пати во секунда. Форгас и спр. (1991) спровел студија за да открие дали менувањето на фреквенциите, 25 па 30 kHz, сигнификантно ја менува способноста за отстранување на забен камен. Резултатите покажале несигнификантна разлика со забелешка на клиничката ефикасност на секоја од фреквенциите. Сепак, фреквенцијата од 30 kHz била преферирана кај 71, 43 % од клиничкото партиципирање во студијата.

Причини кои биле наведени биле: ја олеснува операцијата, можноста за маневрирање со држачот (микромоторот), забележлива ефективност, вибрации на држачот (микромоторот).

Фреквенцијата директно го засега делот од насадниот инструмент кој е активен. При дебридмант, само активниот дел од продолжетокот е способен за ефикасно отстранување на депозити. Поголеми фреквенции ја редуцираат количината на активна површина. Фреквенција од 25 kHz, им овозможува на клиничарите да го адаптираат предниот дел (4,3 mm) од продолжетокот, при што фреквенцијата од 30 kHz зафаќа активен простор од 4,2 mm, а фреквенцијата од 50 kHz има активна површина од 2,3 mm.

Удар е вториот механизам на работа. Ударот се дефинира како максимална дистанца која продолжетокот ја поминува за време на еден циклус. Копчето за јачина на апаратот ја регулира должината на ударот. Како се поместува копчето за јачина од пониски кон повисоки вредности, должината на ударот, или растојанието кое продолжетокот го минува, се зголемува без промена во фреквенцијата. Копчето за јачина исто така ја дефинира количината на електрична енергија која се спроведува до делот од раката, кој ги прави движењата со продолжетокот. Честопати и поимот *амплитуда* исто така се користи кога нешто се однесува на ударот. Амплитуда соодветствува на половина од растојанието што се минува при поединечен удар.

Видот на движењето што го изведуваат машинските ултразвучни апарати, кој исто така се однесува на моделот на удар, може да биде или линеарено или елипсесто до кружно. Видот на движењето има свој удел во клиничката техника и подоцна ќе се дискутира во ова поглавје.

Ултразвучните инструменти се регулираат или автоматски или мануелно. Регулирање може да се изврши на фреквенцијата. Првата генерација на ултразвук-опрема се регулираше рачно. Автоматски регулираната ултразвучна опрема има две контролни копчиња, копче за јачина и копче за контрола на вода, додека пак мануелно-регулираната ултразвучна опрема има и трето копче што го контролира вклучувањето на самиот уред . Кај двета вида, копчето за контролирање на водата овозможува клиничарот да може да ја контролира количината на вода

која се доведува до продолжетокот. Како што беше речено порано, копчето за јачина ја контролира должината на ударот. Многу клиничари веруваат дека коригирањето на копчето за јачина ја контролира фреквенцијата. Но, всушност апаратот за ултразвук, преку движечки фидбек ја контролира фреквенцијата кај автоматските апарати. Фидбекот е константно самоконтролирање на енергија за да осигури дека продолжетокот вибрира на поставената фреквенција. Ова осигурува дека продолжетокот ефикасно ќе го отстрани депозитот, без оглед на неговата локација или количина.

Фреквенцијата на мануелно регулираната ултразвучна опрема не е константна. Заради потребата од чести рекоригирања, повеќето клиничари користат автоматска ултразвучна опрема. Клиничарите кои избрале да ја користат мануелно-контролирачката ултразвучна опрема, велат дека со коригирање на двете копчиња, и за јачина и за подесување, на ниски вредности, комфортот на пациентот при инструментацијата може да биде зголемен. Сепак предходниот податок не е докажан во научната литература. Одлуката дали ќе се употребува автоматска или мануелна ултразвучна опрема, треба да биде базирана на типот на пациентите кои се третираат, задачите на инструментацијата и важноста од контролирањето на варијаблите на секоја од опремите.

5.4. Развиленки карактеристики на машинските ултразвучни апарати

Постојат два различни вида на машински апарати, ултразвучни и звучни, врз база на оперативната фреквенција. Ултразвучните понатаму се класифицирани во магнетостриктивни и пиезоелектрични. Ултразвучните инструменти го менуваат високофреквентниот тек на струјата во механички вибрации. Звучните користат компримиран воздух како свој извор на енергија за да го движат роторниот систем што произведува вибрации кај соничниот завршеток. Завршетокот е закачен на рака со мала или голема брзина, до која што снабдувањето со вода доаѓа преку црево. Соничните апарати работат на многу пониски фреквенции отколку ултразвучните апарати. Пониските фреквенции резултираат во слушен звук при активација. Типот на движење или моделот на удар со соничниот

завршеток е елиптичен до кружен. Ова им овозможува на клиничарите да ги прилагодат сите површини на соничниот завршеток, кон работното поле.

Табела 2 Видови и карактеристики на ултразвучни апарати

КАРАКТЕРИСТИКИ ПИЕЗОЕЛЕКТРИЧ.		СОНИЧНИ	МАГНЕТОСТРИКТ. УЛТРАЗВУЧНИ
<i>Извор на енергија</i>	компримиран воздух	електрична струја спроведена до метални пластови или прачки	електрична енергија спроведена до кристали
<i>Фреквенција (цикл. во сек.Xц)</i>	3000-8000	18 000 - 42 000	24 000 - 45 000
<i>Активна површина на завршетокот</i>	сите (задна, предна и бочни)	сите (задна, предна и бочни)	две (латералните работи)
<i>Вид на движење на продолж.</i> <i>Модел на удар</i>	елипсасто или кружно	елипсасто или кружно	Линеарно

Двата вида, и магнетостриктивниот и пиезоелектричниот ултразвучен апарат користат високо ниво на електрична енергија која се претвара во механичка енерхија. Како електричната енергија се аплицира до магнетостриктивниот продолжеток, тој магнетски ја менува својата димензија и предизвикува вибрации. И ултразвучните и звучните апарати користат, делумно, механички вибрации за да ги разронат депозитите од наслаги од површината на забите.

Константната елонгација и контракција на магнетостриктивните продолжетоци создаваат топлина која бара снабдување со вода што служи

како разладувач. Магнетостриктивната технологија употребува продолжетоци кои се состојат од работен врв, поврзувачко тело и метален пласт или единечна феромагнетна прачка. Поврзувачкото тело се става на кукиштето со метален или со пластичен зглоб. Сите магнетостриктивни инструменти имаат елиптичен или кружен модел на удар.

Пиезоелектричната технологија употребува врв на место продолжеток што е зашрафен за перманентно всадена рачка. Керамичките кристали се внесени во рачката и тие исто така ги мениваат димензиите со доведување на електричната енергија, за да создадат вибрации. Со нив, во споредба со магнетостриктивната технологија се создава помалку топлина, но вода сепак е потребна за балансирање на фрикционата топлина генерирана со движењето на продолжетокот и да ја подобри видливоста со испирање на дебрисот.

5.5. Примероци од машински ултразвучни продолжетоци и врвови-завршетоци

Соничните инструменти користат врвови кои се зашрафени за рачка со специјален зглобувачки крај. Врвовите на соничните ултразвучни инструменти се во основа ограничени на врвови со српаста форма, универзален и пародонтален тип на врв. Во основа, сите врвови се со право тело и долги. Телото на пародонталниот врв е подолго во должина отколку српастиот или универзалниот врв. Само два од соничните врвови Софт врв и Верса врв се специјално дизајнирани за одржување на титаниум импланти.

Ултразвучните инструменти нудат поширок избор на продолжетоци и врвови отколку соничните инструменти. Сите пиезоелектрични врвови имаат внатрешен систем за снабдување со вода. Кога се избира продолжеток, клиничарот прво треба да ја земе во предвид состојбата во устата на пациентот и да го најде продолжетокот соодветен на потребите на пациентот. Додатно, треба да се разгледа и начинот на снабдувањето на продолжетокот со вода.

Проценката на состојбата во устата на пациентот треба да вклучува детерминирање на тежината или отсуството на болест, како и на

квантитетот и локацијата на депозитите кои треба да се отстранат. Овие фактори би имале директно влијание на големината и дизајнот на продолжетоците за дебридмант. Ако пациентот е со лесно достапни големи супрагингивални депозити, тогаш треба да се употреби долг, со право тело, универзален продолжеток. Иако овие продолжетоци примарно се користат супрагингивално, ако гингивалната конзистенција ни дозволува, тие исто така можат да се користат и за отстранување на субгингивални депозити. Спротивно на ова, ако треба да се отстранат мали наслаги, тогаш треба да се употреби тенок, мал по дијаметар продолжеток. Продолжетоците со мал дијаметар ги има и во дизајн со право тело, како и во контраплатерален десен и лев дизајн, со внатрешен или надворешен систем за вода. Некои продолжетоци со мал дијаметар исто така ги има и со топчест врв. Рационалноста во постоењето на прави, десни и леви продолжетоци е истата како и кај различните конфигурации на субгингивалните рачни инструменти. Контра-аголните продолжетоци овозможуваат соодветна адаптација и намалување на веројатноста од трауматизирање на тврдите и меките ткива. Бидејќи овие продолжетоци се помали во дијаметар од универзалните, тие овозможуваат подобар период субгингивално и доведуваат до помало трауматизирање на ткивото, што резултира со зголемен комфор за пациентот.

Индикациите за употреба на прави продолжетоци со мал дијаметар се кај пациентите при контролните прегледи, кај пациентите со гингивитис, за деплакирање и кога апикалното миграирање на припојниот епител е помало од 4 mm. Десните и левите продолжетоци се употребуваат како комплементарен пар, слично како двостраниот рачен инструмент (Грејси-евата кирета 11/12), за третирање на пациенти со пародонтопатија, за период до фуркациите, и кога нивото на припојниот епител е повисоко од 4 mm.

Местото за доводот на вода на продолжетокот е значајно бидејќи тоа ја засега и способноста на клиничарот да се справи со аеросолите создадени при работата со ултразвучните продолжетоци. Колку е поголемо растојанието од доводот на водата до работното поле, толку е потешко да се справиме со аеросолите, кои доведуваат до ограничување на

видливоста. Ако водата се доведува на или близу до работниот дел од врвот на продолжетокот, тоа го олеснува справувањето со неа.

5.6. Стерилизација и чување на ултразвучниците продолжетоци

Кога еден ултразвучен продолжеток се подготвува за стерилизација, не треба да се става во ладна стерилизација или во раствори за дезинфекција. Овие раствори можат да го оштетат пластичниот зглоб и да ги изменат металните компоненти на продолжетокот, резултирајќи со пократок век на траење на истиот. Процедурата што се препорачува е продолжетокот да се исплакне со вода, да се исуши комплетно и тогаш да се стерилизира во хартија или комбинација меѓу хартија и пластична вреќичка. Употребата на целосно пластични вреќички за стерилизација може да предизвика топлината да се задржи во вреќичката продолжено време, што оди во прилог на скратување на рокот на употреба на продолжетокот.

Според повеќето од производителите, ултразвучните продолжетоци треба да бидат заменети, за минимум една година. Сепак, во реалноста, замената на индивидуалните продолжетоци зависи од фреквенцијата на нивната употреба. Фактори кои детерминираат дали индивидуалниот продолжеток бара замена или не, се следни: ниво на истрошеност, затапеност на врвот од продолжетокот и, ако е можно, состојбата на пластовите. Овие фактори, во комбинација со продолжеток кој повеќе го полира депозитот одшто ефикасно го отстранува, препорачуваат негова замена со нов.

При употреба, врвот од продолжетокот ќе покаже изабеност и ќе стане пократок, што ја намалува неговата ефикасност. За да се испита нивото на истрошеност на еден продолжеток, може да се употреби нов продолжеток, кој би служел како контролен за да го установи нивото на истрошеност, или може да се употребува комерцијално достапниот индикатор за ефикасност. Ако се користи нов продолжеток како контролен, продолжетокот во употреба треба да се замени со нов кога врвот ќе му се истроши, и со тоа ќе се смали, повеќе од 2 mm во однос на

контролниот. Ако пак се употребува индикатор за ефикасност, продолжетокот треба да се замени со нов, ако не може да ја достигне црвената линија на индикаторот.

Металните пластови на магнетостриктивните продолжетоци исто така треба да се надгледуваат за да се утврди кога треба да бидат заменети со нови. Пластовите кај новите продолжетоци се прави и цврсто адаптираны. Со честа употреба и повторувана стерилизација, здружено уште и со неправилна употреба, пластовите можат да станат лабави и трајно разместени, што ја намалува ефективноста на продолжетокот.

5.7.Клинички препораки

Пациент

Машинските ултразвучни инструменти не треба да се употребуваат кај сите пациент. Темелен преглед на медицинската анамнеза на пациентот може да укаже дали постои некаква медицинска или забна состојба која би била контраиндицирана за употребата на машинските ултразвучни инструменти или пак дали треба да се спроведе антибиотска профилакса. Ако постои било каков тип на потенцијално компромитирачка состојба, би било пожелно да се консултира лекарот на пациентот. Но, консултацијата станува обврзна ако пациентот е предиспониран на инфекција или има постоечка респираторна или инфективна болест пренослива преку аеросоли, бидејќи создавањето на аеросоли ја следи работата со машинските ултразвучни инструменти.

Табела 3 Предуредувачки состојби кај пацентите

ПРИЧИНА	СОСТОЈБА
Медицинска	<ol style="list-style-type: none">1. Предиспозиција на инфекции2. Инфективни болести преносливи преку аеросоли3. Респираторни болести4. Пеис-мейкер5. Деца
Забна	<ol style="list-style-type: none">1. Делови на деминерализација2. Маргини и реставрации3. Екстремна сензитивност4. Забни импланти

Постојат одредени нејаснотии околу употребата на ултразвучните инструменти кај пациенти со срцев пеис-мейкер. Во 1973 год. АДА Советот за стоматолошки материјали и опрема, заклучи можна интерференција на електромагнетните бранови од ултразвучните инструменти во работата на пеис-мейкерот. Иако поранешните студии препорачуваа апсолутно избегнување на ултразвучниот инструментариум, поновата литература сугерира дека електромагнетните опасности не постојат повеќе, бидејќи сите пеис-мейкери, произведени од средината на 80-тите, се електрично заштитени, што го намалува или елиминира секое надворешно влијание. Сепак, истражувањата не се дефинитивни, а ова резултираше со неодлучни препораки во врска со употребата на

ултразвучниот инструментариум кај пациенти со срцев пеис-меикер. Затоа додека не се најде консензус, клиничарите треба да се консултираат со кардиологот на пациентот за да се утврди типот и староста на пеис-меикерот на пациентот и дали кардиологот би се сложил со употребата на овој апарат за пародонтален дебридмант.

Употребата на ултразвучен инструментариум кај пациенти со млечна дентиција е дозволено, но за тоа треба да постои соодветна причина. Тоа е така заради спецификата на млечните заби, односно тие имаат екстремно долги пулпарни продолжетоци. Топлината што се создава при работата со машинските инструменти може да доведе до активна хиперемија или зголемена непријатност кога ултразвучниот продолжеток го допира забот или вратот на забот за подолг период.

Предупредувањата од аспект на забите исто бараат дискусија. Ареите на деминерализација треба да се избегнуваат поради можност од перфорирање на интактната површина на емајлот при ултразвучен дебридмент. Како додаток на ова, продолжена изложеност на ултразвучните продолжетоци на работите на амалгамски полнења, композити и порцелански коронки треба да се избегнува бидејќи може да имаат негативен удел во интегритетот на реставрацијата. Употребата на продолжетоци со мал дијаметар (дизајнирани за отстранување на забен камен) за отстранување на вишоци од амалгамот и делови што штрчат од полнењето, не само што негативно делуваат на реставрацијата, туку можат да доведат и до кршење на ултразвучниот продолжеток.

Комфорот на пациентот би се зголемил со употреба на лесен притисок и пониски вредности на јачината на машината. Во таа смисла, адекватно снабдување со вода, коректно адаптиран продолжеток и употреба на кратки, контролирани, интермитентни, преклопувачки удари исто така ја минимизираат нелагодноста што ја чувствува пациентот.

Понекогаш е индицирано обезбедување на пациентот со заштитни очила и заштитна униформа, особено ако манипулирањето со аеросолта не е адекватно. Ако пациентот реагира екстремно сензитивно, може да се јави потреба од соодветен локален анестетик. Ако пак се употреби анестетик, мора многу да се води сметка за да се осигуриме дека врвот од

машинскиот ултразвучен инструмент е активен и во константно движење, со цел да се елиминира било каква несакана пулпарна траума.

Припремата на пациентот исто така вклучува детално објаснување на процедурата. Бучавата, топлината и создавањето на аеросоли со ултразвучните инструменти за некои пациенти можат да бидат непријатни и заплашувачки.

Апарат

Апаратот треба да биде поставен на соодветна локација која овозможува лесен пристап до контролните копчиња. Треба да се вклучи неколку минути пред да започне третманот, за да се минимализира контаминацијата која може да се акумулирала во доводот за вода на ултразвучниот инструмент. Пред да се намести насадниот инструмент на рачката, таа треба да се држи во исправена позиција и со активиран реостат, комората на рачката дозволено е да е полна со вода. Со ова се елиминира можноста од заробување на меурчиња со воздух во рачката, што може да доведе до нејзино прегревање.

Копчето за контрола на водата треба да е подесено така што адекватно количество на вода да доаѓа до активната површина на врвот на инструментот. Недоволно количество на водаможе да доведе до оштетување на пулпата и да допринесе за дискомфорт на пациентот. Иако е пожелен тенок спреј и брз млаз на вода, тие не се есенцијални за правилна употреба на опремата.

Табела 4 Базични критериуми на ултразвучната инструментација

1. Селектирање на соодветен ултразвучен инструмент за потребите на пациентот
2. Употреба на најниска ефективна јачина
3. Коригирање на контролата на вода за да се осигури дека адекватна количина вода е во контакт со активниот дел од продолжетокот или додека не се добие брз млаз или мал спреј
4. Користење лесна но стабилна интра- или екстраорална потпора

5. Адаптирање на врвот на ултразвучниот продолжеток така што да не биде насочен кон површината на забот или коренот
6. Работење со лесен, мазен, нежен допир
7. Држење на врвот на продолжетокот секогаш во движење, користјќи хоризонтални, вертикални или кружни преклопувачки движења, слично како кај четкање на забите

Терапевт

Терапевтот треба да носи соодветна заштита при работата, вклучувајќи заштита на очите, маска за уста или маска за уста и лице, и ракавици. Кога се употребуваат ултразвучните инструменти, клиничарите треба да си одберат маска со висок ефект на бактериска филтрација. Една студија откри дека маската која се носи за време на третман во средина на аеросоли, треба да покажува најмалку 98% ефикасност за да ја спречи бактериската пенетрација. Таа треба ефикасно да филтрира мали партикули, треба да се менува често (секои 20 минути) ако е потребно.

Понатаму, треба да се спроведува плакнење на устата на сите пациенти пред ултразвучниот дебридмант како превентивна мерка за терапевтот. При употребата на овие раствори докажано е сигнификантно намалување на бактериите.

5.8.Клиничка техника

Правилна ултразвучна инструментација може да се постигне со држење на инструментот како пенкало или модифицирано држење. При активна инструментација држењето на инструментот и притисокот треба да се лесни, за да му овозможи на инструментот да работи ефикасно. Потпора со прст, интраорално или екстраорално е неопходна.

Правилна адапрација на машинскиот ултразвучен инструмент може да се добие со употреба или на традиционална техника, која се состои од

базичните принципи на рачната пародонтална инструментација, или на модифицирана техника.

Кога се употребува унверзален тип на продолжеток за отстранување на големи депозити, прифатлива е и традиционалната и модифицираната техника. Слично на тоа, ако нивото на депозитот од цврста забна наслага е 4мм или помалку, може да се користи било која од техниките со продолжеток со мал дијаметар. Кај наслаги поголеми од 4 мм, кои бараат употреба на контраплатерален десен или лев продолжеток, може да се примени само модифицираната техника. На табела бр. 6 е прикажана правилната селекција на десните и на левите продолжетоци по квадрант, за модифицирана техника.

Табела 5 Модифицирани криптериуми за ултразвужна инструментација

1. Поставување на конвексната страна на продолжетокот кон забот
2. Терминалното стеснување треба да биде паралелно со долгата оска на забот
3. Врвот на продолжетокот треба да биде насочен апикално, слично како адаптацијата на пародонтална сонда
4. Никогаш да не се поставува врвот на ул. продолжеток во контакт со површината на забот или коренот
5. Правилна адаптација при активирањето се постигнува со помош на задниот или бочните рабови на продолжетокот

Табела 6 Правилна селекција на десен и лев продолжеток по квадранти

КВАДРАНТ	ПРОДОЛЖЕТОК
Максиларно десен букален	лев
Максиларно десен палатинален	десен

Максиларно лев букален	десен
Максиларно лев палатинален	лев
Мандибуларно лев букален	лев
Мандибуларно лев лингвален	десен
Мандибуларно десен букален	десен
Мандибуларно десен лингвален	лев

Кога продолжетокот е активиран, должината на ударот треба да биде кратка, со контролирано движење: насоката на ударот може да е мултинасочна, а притисокот кој се аплицира треба да биде лесен и интермитентен. Слично како и кај рачните инструменти, круцијално е продолжетокот да се држи добро адаптиран на површината на забот, особено на аглите на забот, со цел да се одбегне траума на меките ткива.

Целиштє на ултразвучната инструментација се да се отстранат забниот камен и да се уништат бактериските колонии. Отстранувањето на забниот камен се врши различно со ултразвучните инструменти во споредба со рачните инструменти. Со рачните инструменти, депозитите генерално се отстрануваат во насока од апикално кон коронарно, при што сечивниот раб треба да се позиционира на најапикалната граница на депозитот. Со ултразвучни инструменти, депозитите можат да се отстрануваат во коронарно-апикална насока. Кај овие машински инструменти и врвови, треба да се развие тактилно чувство за да може да се почувствува депозитот и врвот на инструментот да се постави правилно. Континуираното движење е важно, но движењата треба да бидат контролирани и целисходни наместо брзи и ризични.

Кога има малку субгингивални депозити, како кај пациенти кои редовно доаѓаат на контроли, може да се употребува деплакирачки удар. Деплакирањето бара серија од ефективни кривински удари по целата површина на коренот. Врвот на продолжетокот лесно е допрен до површината на коренот. Иако кавитациската активност на течниот млаз ќе создаде хало ефект околу врвот на инструментот, една ограничена латерална дисперзија од млазот на растворот доспева субгингивално.

Затоа секој квадратен милиметар од површината на коренот мора да биде допрена со врвот на ултразвучниот инструмент.

Клучни моменти

Ултразвучните и звучните инструменти се употребуваат за отстранување на дентален плак, супра и субгингивален забен камен, и ендотоксини од површината на коренот

- Преглед на медицинската/денталната анамнеза заради контраиндикациите
- Пациентот треба да ја исплакне устата со антимикробно средство за плакнење на устата пред да започне третманот
- Сетилото за допир на терапевтот мора да биде развиено при работа со врвовите на ултразвучните продолжетоци
- Машинските инструменти за ЧЗК може да предизвикаат бактериемии, затоа треба да се следат инструкциите за пациенти со ризик за инфективен ендокардитис
- Рабовите на бондирани полнења и цементирани реставрации треба да се избегнуваат при употреба на машинските инструменти за ЧЗК

Литература:

1. Адамс Д. 1982. The кардиац пацемакер анд ултратониц ссалерс.Бр.Дент.J. 152:171
2. Биагини Г, Цхецхи Л, Мицоли М, Васи В, Цасталдини Ц. 1988. Роот цуреттаге анд гингивал репаир ин периодонтитис. J. периодонтол. 59:124-129

3. Боњер Р. 1979. Фурцатион морпхолог релативе то периодонтал третман:Фурцатион роот сурфаце анатомс. J. Periodontol. 50:366-374
4. Цхристенсен Р П. 1991. Еффициенцс оф 42 брандс оф фаце маскс анд 2 фаце схиелдс ин превентинг инхалатион оф аир борн дебрис. Ген. Дент. 39:414-421
5. Драгоо М Р. 1992. А цлинициал евалуатион оф ханд анд ултрасониц инструментс он субгингивал дебридмент: Нъитх унмодифиед анд модифиед ултрасониц сцалерс. J. Periodont. Rec. Дент. 12:310-323
6. Есхлер Б М, Раплес Ј Н. 1991. Мецханициал анд цхемициал роот препарациион ин витро. J. Peeriodontol. 65:755-760
7. Форгас Л, Хартер Ц, Раплес Ј, Киллос Н. 1991. Цомпарисон оф тъю ултрасониц сцалерс:Ин витро цалцуулус ремовал. ПрацтициалХигиене. Марцх/Април:36-40
8. Йохнсон Н Н, Нъилсон Ј Р.1957. Тхе аппликацион оф ултасониц дентал унит то сцалин процедурес. J. Periodontol. 28;264-271
9. Коцхер Т, плагманн Х Ц. 1997. Тхе диамонд-коатед сониц сцалер тип. J. Periodoniцс Ресторативе Дент. 17(5):484-493
- 10.О Хехир Т Е. 1995. Периодонтал дебридмаент тхерапс. Аццес(Mas-Дуне):49-53
- 11.Схилоах J, Ховиоус Л А. 1993. Тхе роле оф субгингивал ирригациоин оф тхе третмент оф периодонтитис. J. Periodontol. 64:835-843
- 12.Тхило Б Е, Баехни П Ц. 1987. Еффеџт оф ултрасониц инструментатион он дентал плаљуе мицрофлора ин витро. J. Periodont. Rec. 22:518-521
- 13.Торфасон т Р, Селвиг К А, Егелберг Ј. 1979. Цлинициал инпровемент оф гингивал цондитионс фоллоњинг ултрасониц версус ханд инструментатион оф периодонтал поцкетс. J. Цлин. Periodontol. 6: 165-176
- 14.Нъалмслес А. Д, Нъалсх Т.Ф, Ларид Н, Нъиллиамс А.Р. 1990. Еффеџтс оф цавитатионал ацтивитс он тхе роот сурфаце оф

- треет дуриинг ултратрасониц сцалинг. Ј.Цлин. Периодонтол. 17: 306-312
15. Јоодалл И Р. 1993. Цомпрехенсиве дентал хигиене царе, 4^{тх} ед, 533-570. Ст. Лоус: Ц. В. Мосбс.

ЗАШТИТА ОД КОПИРАЊЕ

ПАЦИЕНТИ СО ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

И. ПАЦИЕНТИ НА ВОЗРАСТ ОД ПРЕАДОЛЕСЦЕНЦИЈА ДО ПОСТМЕНОПАУЗА

А. ПУБЕРТЕТ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

1. КАРАКТЕРИСТИКИ НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА
2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА КАКО ЗДРАВСТВЕНО ЗАШТИТНА МЕРКА

Б. МЕНОПАУЗА И КЛИМАКТЕРИУМ

1. ОРАЛНИ НАОДИ
2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА

III. МЕНСТРАЛЕН ЦИКЛУС

IV. ГЕРОНТОЛОШКИ ПАЦИЕНТ

- #### **А. ОРАЛНИ НАОДИ КАЈ СТАРЕЕЊЕТО**
1. МЕКИ ТКИВА

- 2. ЗАБИ
- 3. ПАРОДОНЦИУМ
- Ц. ЛИЧНИ ФАКТОРИ
- В. ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ГРИЖА
- Г. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНТИВЕН ТРЕТМАН
- Д. КОНТРОЛА НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ

- V. ПРУЖАЊЕ ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИ СО ИНВАЛИДИТЕТ
 - А. СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА И ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ЗАШТИТА
 - Б. КЛИНИЧКИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТОТ
 - В. ПЛАН ЗА ОРАЛНО ХИГИЕНСКО ЛЕКУВАЊЕ
 - Д. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА БОЛЕСТИТЕ
 - Г. ОТСТРАНУВАЊЕ НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ

- VI. ПАЦИЕНТ СО ЕПИЛЕПСИЈА
 - А. ТИПОВИ НА НАПАДИ
 - Б. ЕТИОЛОГИЈА НА НАПАДИТЕ
 - Г. ОРАЛНИ НАОДИ
 - Д. ЕФЕКТИ ОД НЕЗГОДИТЕ ЗА ВРЕМЕ НА НАПАДИТЕ
 - Ѓ. ОРАЛНА ХИГИЕНСКА НЕГА
 - 1. План за лекување: инструментација
 - 2. План за лекување: превенција
 - Е. УРГЕНТНА НЕГА

ПАЦИЕНТИ СО ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

ВОВЕД

Разбирањето на општата и/или оралната здравствена проблематика представува специфика за секој поединецен пациент и е поврзана со потребата од посебна или индивидуална анализа. Всушност, секој пациент е впосебен пациент и мора да биде разгледуван согласно неговите индивидуални потреби. Сепак, одредени пациенти имаат проблеми својествени за нивната возрасна група и/или невообичаени здравствени фактори кои можат да ја комплицираат вообичаената рутинска нега. За тие посебни пациенти потребен е и посебен пристап и модификација во примената на тераписките методи со цел да се постигне споредбено поволен резултат, отколку што тоа би било потребно кај вnormalни пациенти.

Оптималното орално здравје често е важен фактор, кој придонесува за оджувањето или враќањето на физичката, емотивната, професионалната, економската и социјалната корисност на пациентот до оној степен до кој дозволуваат индивидуалните можности.

Обврска на терапевтот / оралниот хигиеничар е да се подгрижи пациентот да нема потреба од специјални рехабилитациони стоматолошки услуги поради било каква состојба, која можела да биде превенирана со орална хигиенска здравствена заштита.

Грижата за пациентот во целина бара , да се посвети внимание не само на оралните проблеми туку и на општите физички и емоционални. При постоење на инвалидитет, оралното здравје пациентот го доживува како помалку важно, поради тоа што другите здравствени проблеми бараат многу повеќе внимание. За некои од овие пациенти, занемарувањето на оралната хигиена ја зголемува потребата од орална нега.

ПОСЕБНИ ОРАЛНИ ПРОБЛЕМИ

Проблематиката која резултира од неадекватната орална хигиена е присатна во секоја стоматолошка специјалност и истата може да биде отстранета со правилно применетата орално хигиенска грижа.

На пример, на пациентите со фиксни или мобилни протези треба да им се посвети посебно внимание. На пациентите со дентофацијални хендикепи на кои им недостасуваат заби или имаат конгенитални малформации, пациентите на кои им е потребна операција и пациентите кои имаат "кариогени навики "кои доведуваат до појава на забен кариес, на сите нив им е потребна посебно адаптирана превентивна нега и инструкции за правилна орална хигиена

Оралните манифестиации може да бидат присутни и да се поврзат со одредени акутни и хронични системски болести, посебно нутритивни дефицити, ендокрини пореметувања, крвни заболувања и многу хронични дегенеративни болести. Присуството на орална патологија може да ја комплицира и одложи рехабилитацијата на пациент со системска болест. Кога некоја орална симптоматологија навестува можност за постоење на недијагностицирана системска болест, стоматолошкиот персонал има одговорност да го упати пациентот на медицински преглед.

Пациентите со хронични болести може да бидат, но може и да не се во можност да дојдат во стоматолошката ординација на преглед. Одредени состојби, посебно во напредната фаза на болеста, ја ограничуваат подвижноста на пациентот и, во некои случаи, дури и го приковуваат пациентот за кревет. Терапевтот мораат да ги знае посебните процедури за нега во овие случаи.

Превенцијата е основниот приод кон оралните проблеми на пациент со хронична болест, физичка или ментална инвалидност. Индивидуалната иницијатива е од витално значење за да се разбере влијанието на превентивните мерки и да се преземат неопходните мерки. Јавноста, вклучително стоматолошкиот персонал, мора во секојдневниот живот да ги вклопи фундаменталните здравствени навики кои придонесуваат за оптимално здравје и, оттаму, за превенција на хроничните болести. Оралната хигиена може да го подобри општото здравје и да влијае на отпорноста кон инфекции во усната празнина.

Еден пациент може да има повеќе од една посебна потреба. На пример, пациентот, на кој му е потребна орално-хигиенска грижа пред орално хируршка интервенција, може да има хематолошко пореметување. Бремена пациентка може, во исто време, да биде дијабетичар. Користењето на пациентовата медицинската историја во овие случаи игра важна улога при одредувањето на севкупните потреби на пациентот.

Кај вакви комплексни и сложени состојби разбирањето на потребите на пациентот, клиничките и технички подучувања на пациентот можат да бидат повешто насочени, со цел за обезбедување *комилейна здравствена заштита во доменот на оралната хигиена*.

И. ПАЦИЕНТИ НА ВОЗРАСТ ОД ПРЕАДОЛЕСЦЕНЦИЈА ДО ПОСТМЕНОПАУЗА

Ендокрините жлезди се жлезди со внатрешна секреција. Тие лачат високо специјализирани супстанци - хормони кои, заедно со нервниот систем, ја одржуваат телесната хомеостаза.

Хормоните се пренесуваат преку крвта или лимфата. Тие може да делуваат директно на ткивните клетки или да делуваат преку контролирање на хормоните во други жлезди. Нивното комплексно и обединето делување појачува и регулира многу витални функции, меѓу кои и растот и развојот, производството на енергија, метаболизмот на храната, репродуктивните процеси и одговорот на стрес.

Главните ендокрини жлезди се хипофизата, тироидната жлезда, паратироидните жлезди, панкреасот, адреналните жлезди и гонадите. Предната хипофиза е наречена главна жлезда, бидејќи ја регулира продукцијата на хормони во другите жлезди.

И хипосекрецијата и хиперсекрецијата на еден хормон може да предизвикаат физички и ментални пореметувања. Регулацијата на хормонална секреција е комплексна, а механизмите не се во потполност познати. Нормално, хормоните се секретираат тогаш кога се потребни. Надворешната температура, на пример, може да влијае врз производството на тироксин од страна на тироидната жлезда. Нивото на калциум во крвта влијае на активноста на паратироидната жлезда. Хормоните на репродуктивниот систем влијаат врз развојот и функционирањето на индивидуата.

A. ПУБЕРТЕТ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

Хронолошката возраст не е сигурен индикатор, бидејќи пубертетот и кај двата пола може нормално да започне на возраст помеѓу 8 и 17 години, во зависност од импулсот за раст, наследниот фактор и нутритивниот статус. Генерално, секундарните сексуални карактеристики кај девојчињата започнуваат да се појавуваат на возраст помеѓу 10 и 13 години. Промените кај момчињата започнуваат подоцна, на возраст од околу 13 или 14 години. Главните промени обично се одвиваат првите 3 до 4 години.

Хормонални влијанија

Хормоните на хипофизата ги контролираат хормоните кои ги произведуваат овариумите и тестисите. Неколкуте хормони кои ги произведуваат овариумите се познати под заедничкото име *естирогени*, а оние произведени од страна на тестисите се наречени *андрогени*. Тие се одговорни за развојот на половите органи, акцесорните полови органи и секундарните полови карактеристики, и имаат силно физичко, ментално и емоционално влијание низ целото тело.

1. КАРАКТЕРИСТИКИ НА АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА

Генерално земено, карактеристики наadolесценцијата се брзиот раст, нутритивните побарувања и кожните промени

Брз раст

1. Варира во однос на возрастта кога се појавува, во однос на степенот на раст и времетраењето. Кај момчињата обично се случува помеѓу 12 и 16 години, а кај девојчињата меѓу 11 и 14.

2. Се карактеризира со брз, екстензивен раст во висина, тежина и мускулна маса.

3. Прејадувањето со премалку спортување, придружен со психолошки проблеми, е причина дебелината да биде тежок и сериозен проблем.

4. Слабата координација и неспретност кај младитеadolесценти може да е резултат на ирегуларните, нееднакви етапи на раст.

Нутритивни побарувања

1. За момчињата се најголеми од било кој период во животот. За девојките единствен период со поголеми побарувања е бременоста.

2. Потхранетоста е честа. Кај момчињата тоа е поради преголема активност и лош избор на храна. Кај девојките е поради доброволна рестрикција во исхраната со лош избор на храна и некритични диети, во обид да се одржи тенката фигура.

3. Анемијата поради недостиг на железо често се среќава кај девојките во тинејџерскиот период, посебно по почетокот на менструацијата.

Кожни проблеми

Акне вулгарис често се резултат на преголемата активност на лојните жлезди. Обично, до подобрување доаѓа по завршетокот наadolесценцијата, иако состојбата може да биде присутна и подолго време.

Адолесцентите повеќе не се деца, а во исто време се уште немаат достигнато потполна зрелост на возрасен човек. Тие може да одговараат и да сакаат да бидат третирани како возрасни или како деца во различно време. Тие учат да се прилагодуваат на телесните промени, сексуалните импулси и секундарните полови карактеристики.

Најчестите причини за анксиозност кај адолосцентите се сексот, резултатите во училиштето, семејните односи, притисоците од врсниците, злоупотребата на нелегални супстанци, збунетоста околу нивните сфаќања и загриженоста за нивната иднина. Помладите, помалку здрави тинејџери се повеќе загрижени за своето здравје. Овој период од растот и развојот на единката го карактеризираат и:

Зголемен интерес за себеси

- Адолесцентите се многу загрижени за себеси и најдобро реагираат на оние луѓе кои покажуваат загриженост за нив.

- Тие сакаат внимание и најчесто ги отфрлаат оние кои не ги слушаат.

Сé поголема независност

- Адолесценцијата е период на брзо растечка независност на мислите и делувањето, со конфликти меѓу чувствата на зависност и независност.

- Постепено се откажуваат од зависноста од родителите која ја имале во детството. Се губи идејата за безгрешноста на родителите. Се доведуваат во прашање наставниците и другите луѓе со авторитет.

- Се бара личниот идентитет. Адолесцентите се несигурни во однос на нивното место и улога во општеството.

- Независноста од родителите често значи зголемена доверба и почит кон другите возрасни вон семејството.

Загриженост во однос на физичките карактеристики

- Девојките созреваат порано од момчињата и младите адолосценти од женски пол се обично повисоки од нивните машки врсници, што може да доведе до социјални проблеми.

- Зголемен интерес за личниот изглед: адолосцентите сакаат да се дотеруваат и да бидат како нивните врсници.

- Проблеми како задоцнет раст и сексуален развој и дебелина можат да бидат исклучително важни.

2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА КАКО ЗДРАВСТВЕНО ЗАШТИТНА МЕРКА

Стоматолошката заштита и орално - хигиенска заштита парциципираат во очувување на оралното здравје во текот на целиот живот на пациентот. Знаењето, ставовите и навиките со кои адолосцентите ќе се здобијат и ќе ги развијат можат да имаат далекусежно значење кога ќе станат родители и идни учесници во заедницата.

Приод кон пациентот

Адолесценцијата е период на транзиција. Работата со адолосценти нуди вистински предизвик и секоја ситуација бара свој единствен приод. Некои од физичките и психолошките карактеристики се наведени, со цел да обезбеди рамка за она што може да се очекува. Наведени се неколку основни предлози за приод:

- Третирајте ги адолосцентите како возрасни. Физички многумина од нив се созреани, иако се разликуваат во нивниот емоционален развој.

- На почетокот потребно е да се покаже интерес за нив и нивните проблеми. Потребно е вербално охрабрување по кое ќе следи внимателно слушање.

- Предлагајте и советувајте, но немојте да бидете нетрпеливи или да бидете навредени кога тие ќе решат да донесат свои одлуки.

- Адолесцентите се обично заинтересирани за работите од областа на здравјето и деталите за нивната физичка состојба, иако можат да изгледаат индиферентни. Чистотата и привлечноста се важни за пациентите тинејџери.

- Може да постои голема загриженост за здравјето, вклучително и оралното здравје. Адолесцентите треба да бидат добро информираат за нивната орална состојба, а генерално се преферираат објаснувањата дадени на научна основа.

Историја на пациентот

Адолесцентите треба самите да ги дадат сопствените информации за медицинската и стоматолошката историја. Треба да се направи консултација со родителите заради добивање на дополнителни детали, но не за време на истото интервју со пациентот и не без знаење на пациентот.

Адолесцентите треба да преземат се поголема одговорност за сопственото здравје. Иако првичната стоматолошка посета е можеби поради инсистирање на родителите, сите напори треба да се фокусираат на пациентот, а не на родителите.

Пациентот адолосцент може да има и други здравствени проблеми. Како на пример за пациент со дијабетес, срцева болест, ментална, физичка или сензорна инвалидност или друга системска состојба потребен е посебен методолошки период. Потребно е одобрување од страна на родителот за состојби за кои е потребно да се ординираат антибиотици или други медикаменти(кај пациент кој не е полнолетен). Неопходно е планот на лекување да биде одобрен од страна на родителот.

Орално здравствени проблеми во адолосценцијата

Забниот кариес и гингивитот се доминатни во адолосцентните години, но чести се и други орални проблеми поврзани со адолосцентниот развој и карактеристиките на однесувањето.

- Орални манифестиации на сексуално преносливи инфекции (СПИ).
- Ефекти од користењето на тутун, како леукоплакија и оштетување на пародонтот.
- Ефекти на оралните контрацептиви врз породонталните ткива
- Орални наоди на анорексија нервоза или булимија.
- Трауматска повреда на забите и оралните структури од атлетски активности, како и од незгоди со автомобил, мотор и други моторни возила.

Контрола на бактериските наслаги

Контролата на степенот на одржување на орална хигиена односно на бактериските наслаги е специфичен процес која изискува потреба за јасното објаснување на причините за забниот кариес и пародонтопатијата како и методите за нивна превенција во корелација со бактериската наслага . Адолесцентите треба да ги разберат ефектите од акумулацијата на бактериските наслаги, целта на професионалното отстранување на забниот камен и поврзаноста меѓу дневниот програм за индивидуална-грижата, поточно, контролата на наслагите и здравствениот статус на гингивата.

За превенција на забниот кариес, адолосцентите прво мораат да ги сфатат ефектите на флуорот и потребата од ограничување на кариогените видови храна. Програмот е базиран и се спроведува врз основа на јасни превентивни мерки:

- Инструкции за процедури за индивидуално спроведување на негата.

- Континуирани контролни прегледи и проценка во тек на повеќе прегледи, со цел за стекнување на дневни навики кои потоа ќе се практикуваат и понатаму во текот на животот.

Прегледи

Честопати може ќе бидат потребни неколку прегледи, во зависност степенот на деструкција на пародонтот и степенот на акумулација на забните наслаги. Основните процедури на третман се: внимателно и комплетно отстранување на локаниот етиолошки фактор како и отстранување на сите локални провоцирачки фактори.

Третман со флуор

Програма на тераписка примена на флуорот е индицирана кај најголем дел одadolесцентните пациенти, посебно кај оние кои не живеле во област каде постои снабдување со флуорирана вода. Покрај топичните апликации за време на професионалните орално-хигиенски прегледи, треба да бидат вклучени и методи кои ги користи самиот пациент, како што се: паста за заби со флуор и раствор за плакнење на устата со флуор за секојдневна употреба. За реминерализација во одредени случаи може да биде неопходна апликација на гел со флуор кој се нанесува во индивидуални лажици.

Контрола на диетата

Во скlop на орално-хигиенската заштита важна партиципирачка улога има и контролата на диетата која се остварува ореку:

a) Анализа на диетата

Анализата на диетата на пациентот и советувањето за општата исхрана и контролата на забниот кариес се од голема едукативна важност за многуadolесценти.

На пациентот треба да му се даде колку што е можно поголема одговорност и сериозност во анализата на диетата преку:

- Совети за тийови на храна.

- Нагласување на важноста на добриот појадок. Тинејџерите имаат навика да јадат малку за појадок или сосема да го прескокнат, посебно ако мораат самите да го приготват.

- Избор на грицки Меѓу предложените грицки можат да бидат свежото овошје и зеленчук, незашеќерено млеко, користење на видови храна кои не содржат шеќер секогаш кога тоа е можно и, ако користат гума за цвакање, таа да биде без шеќер.

Б. МЕНОПАУЗА И КЛИМАКТЕРИУМ

Менопаузата претставува престанок на менструацијата. Нормално се случува на возраст помеѓу 42 и 55 години, со просечна возраст од околу 50 години. Може да биде предизвикана од хируршко отстранување на јајниците или по радиациона терапија.

Женскиот **климактериум** е овој период на промена за време на постепеното намалување на ефикасноста на овариумите, кога овулацијата е се понередовна и на крајот престанува за време на менопаузата, и вклучително периодот по менопаузата, кога телото се прилагодува на ендокрините и другите промени. Адолесценцијата се смета за транзиционен период од детството кон периодот на возрасен, зрел човек,

додека климактериумот се опишува како транзиционен период од зрелоста кон староста.

Пред менопаузата, во тек на период од 12 до 24 месеци, менструацијата се намалува во однос на честотата, времетраењето и количеството на крв кое се губи. Иако многу жени може да имаат незначителни симптоми, само околу 10% имаат одредени силно изразени ефекти од менопаузата.

Општи симптоми

Со намалувањето на естрогенот се намалува оваријалната функција, при што се случуваат физиолошки промени во телесните функции.

1. *Вазомоторни реакции.* Во текот на денот или ноќта може да дојде до вазомоторна нестабилност во форма на жешки бранови, при што ненадејни, периодични напливи на топлина го зафаќаат целото тело и се придружени со обилни препотувања. Иако не може да се направи строга поделба помеѓу зацрвенување и бранови, терминот зацрвенување може да се користи за да означи реакција од помал степен во која бранот на топлина се чувствува на лицето, вратот и горниот дел на градниот кош. Може да дојде и до појава на главоболки, срцеви палпитации и несоница.

2. *Емоционални пореметувања.* Емотивните проблеми не се причинети директно со недостатокот на естроген, туку често се поврзани со личните и семејните прилики и загриженоста поради стареењето. Може да се појават анксиозност, напнатост и иритабилност, заедно со депресија и чувства на бескорисност.

Ефекти на постменопаузата

1. Атрофија на репродуктивните органи.
2. Промени во коските, кои можат да доведат до остеопороза. Оваа состојба е поретка кај жените кои во текот на животот користеле вода за пиење која содржи флуор.
3. Се намалува дебелината и кератинизацијата на кожата и слузокожите.
4. Се јавува предиспозиција кон состојби како атеросклероза, дијабетес и хипотироидизам.

1. ОРАЛНИ НАОДИ

Релативно се ретки оралните пореметувања кои можат да бидат поврзани со менопаузата. Наодите се неспецифични.

Гингива

Гингивалните промени асоцирани со менопаузата обично претставуваат претеран одговор на бактериските наслаги, што е одраз на условното влијание на хормоналните промени кои се одигруваат. Кога локалните фактори се контролираат преку превентивни прегледи, гингивалните промени се ретки.

Ретко, може да се развие состојба која се нарекува менопаузен гингивостоматитис. Таа може да се појави и по отстранување или радијациона терапија на овариумите.

Слузокожа и јазик

- a. Може да биде присутна сувост со чувство на печене или неовообичаен вкус.
- b. Епителот може да стане тенок и атрофичен со намалена кератинизација; може да се намали толеранцијата кон мобилни протези.
- c. Неадекватните навики во исхраната можат да придонесат во појавата на промени на слузокожата. Изгледот и симптомите често може да потсеќаат на оние асоциирани со витамински дефицит, посебно на витамините од групата Б.

2. ОРАЛНАТА ХИГИЕНА

Во периодот, не треба да се наведува специфична врска помеѓу оралната состојба и менопаузата, бидејќи пациентката може да ја предимензионира таквата врска и да ја намали важноста на индивидуалното практицирање на оралната хигиена. Поради важноста која ја имаат локалните фактори, вниманието треба да биде насочено кон потребата од редовна и честа професионална нега, како и кон зголемените напори за дневна контрола на забните наслаги.

Преглед

При планирањето и изведувањето на прегледот треба да се има во предвид симптоматологијата на физичките и емоционалните промени. Може да се очекува евентуална напнатост и иритабилност на пациентката. Позитивниот однос започнува со љубезноста, личното внимание и пријателскиот начин на однесување, без брзање, од страна на терапевтот.

Обрнувањето внимание на деталите, како на пример да не се остава пациентот предолго да чека, ракувањето со материјалите и инструментите да биде со мирна сигурност, умереност во разговорот, може да биде од големо значење.

Давање инструкции на пациентот

Зачувувањето на оралното здравје е посебно важно за онаа жена која ги има своите природни заби. Поради можните потешкотии и нелагодности при носењето протези, треба да се преземат сите можни мерки за да не дојде до потреба од вадење на забите. Замена за плунка може да обезбеди одредено олеснување на тегобите во случај на ксеростомија.

Мерките за превенција на пародонтопатијата треба да бидат внимателно објаснети, при што посебен акцент треба да се стави врз причините за често отстранување на забниот камен, како дополнителна процедура кон педантната секојдневна нега. Поради тоа што добрите општи здравствени навики се многу важни за оваа возрасна група, може да се нагласи врската помеѓу општото и оралното здравје.

Примената на забна паста што содржи флуор и гел кој се аплицира со четка пред спиење се неопходни за скоро сите пациенти во оваа возрасна група.

Анализата на диетата може да биде многу поучна, со тоа што ќе му помогне на пациентот да го идентификува и корегира неадекватно балансираниот избор на храна. Превенцијата на забниот кариес преку

избор на хранлива и некариогена храна е посебно важна за пациентот кој често јаде помеѓу оброците.

III. МЕНСТРАЛЕН ЦИКЛУС

Менструацијата е нормален процес и не треба да се именува како впериод на болест^т или како вмесечна болест^т. При поставувањето на прашања за историјата на пациентот, се претпочита да се користат термини како вциклус^т или вмесечен циклус^т. Во секоја анамнестичка документација треба да биде вклучено прашање за редовноста на циклусот.

Хронологијата за месечниот циклус може да биде показател за општото здравје на жената. Редовното обилно менструално крварење може да биде поврзано со анемична состојба, при што се индицирани медицински преглед и лекување.

Никакви специфични гингивални промени не се поврзани со менструалниот циклус. Кај некои пациентки може да се забележи претеран одговор на локални иританси или невообичаено гингивално крварење за време или по изведеното отстранување на наслагите.

Со контролата на локалните иританси и бактериските наслаги, мерките за правилна индивидуална орална хигиена и отстранувањето на забниот камен како и редовните котролни прегледи ќе резултираат во елиминирање на гингиворагијата.

IV. ГЕРОНТОЛОШКИ ПАЦИЕНТ

Со постојаниот пораст на бројот на популацијата на возраст над 65 години се укажува потребата од се понагласена примена на превентивните мерки со акцент на негата и инструкциите за правилна орална хигиена. Се очекува до 2030 година населението на возраст од над 65 години да претставува скоро 21% од вкупното население.

Само 5% од лицата на возраст од над 65 години се во институции, како психијатриски болници, болници за пациенти со хронични болести, старски домови и др. институции кои пружаат долгорочна нега за старите лица.

Членовите на стоматолошкиот тим се суочуваат со предизвикот да ѝ помогнат на популацијата која старее да научи за личната нега и да бара професионална нега која ќе обезбеди континуирана орална удобност и функција. Со зголемување на процентот на луѓе во постарата возрасна група зголемен е и вкупниот број на стари пациенти во општата пракса. Се поголем број на орални хигиеничари специјализираат во областа на нега на старите лица и се вработени во институциите за долгорочна и постојана нега на старите лица.

Загубата на заби се зголемува со возрастта, но не поради возраста. Забниот кариес и пародонталните болести се главните причини за загубата на заби. Пародонталната болест кај постарата популација се јавуваат поради кумулативните ефекти на долготрајната, недијагностицирана, нелекувана или занемарувана хронична инфекција.

Со примена на современите методи за правилно одржување на оралната хигиена и контрола на денталниот плак кај помладите возрасни групи, се очекува дека идните генерации на стари луѓе нема да ги имаат тешките и озбилини ефекти на неконтролираните и нелекувани орални болести.

СТАРЕЕЊЕ

Кога стареењето се дефинира од хронолошка гледна точка, под популацијата која старее може да се смета популацијата на возраст од над 55 години, впостарите г на возраст од над 65 години, встарите г над 75 години и вмногу старите г над 85 години. Биолошката возраст не е синоним за хронолошката возраст и, затоа, знаците на стареење се појавуваат на различна хронолошка возраст кај различни индивидуи. Со други зборови, некои луѓе се стари на 45 години, додека други не се стари на 75 години.

Степенот на општо здравје и физичка активност дава можност за изводлива класификација која не е базирана на возраста.

Зависно од степенот на оштетување, старите лица може да бидат *функционално независни*, *кревки* или *функционално зависни*. Друг термин за функционално независните луѓе е *здрави стари луѓе*, пописан термин за многуте здрави, активни, продуктивни луѓе кои случајно се постари од она што се смета за разумна возраст за пензионирање.

Стареењето, процесот или состојбата на остварување, има социокултурни, како и физиолошки и хронолошки импликации. Нормалното стареење не треба да се замени со ефектите на патолошките влијанија кои го забрзуваат процесот на стареење. Секој период од животот носи со себе промени во телесниот метаболизам, активноста на клетките, ендокриниот баланс и менталните процеси.

Здравствениот статус на постарото лице е под влијание на повеќе фактори. И биолошките фактори и факторите на животната средина влијаат на долговечноста. Генетски, личноста може да припаѓа на семејство на здрави луѓе кои покажале огромна отпорност на факторите на болест. Друга личност може да наследила специфична болна состојба. Дури и наследните болести, на пример дијабетес или српеста анемија, можат да се контролираат со лекување.

A. ОРАЛНИ НАОДИ КАЈ СТАРЕЕЊЕТО

Промените поврзани со стареењето мораат да бидат одвоени од долгочните ефекти на хроничните болести.

1. МЕКИ ТКИВА

Усни

a. *Ткивни промени.* Сувите усни се резултат на дехидратација и губиток на еластицитет во самите ткива.

b. *Ангуларен хеилитис.* Ангуларниот хеилитис не е лезија специфична за одредена возрасна група, но често се среќава кај старите лица. Се појавува како дупликатури на кожата со фисури на аглите на устата и е поврзана со намалена вертикална димензија или неадекватна поддршка за усните.

Оралната слузокожа

Дегенеративните промени се појавуваат во неколку форми. Намалената секреција на плунковните и мукозните жлезди доведува до намалување на влажноста на оралниот медиум а со тоа и консективни промени. Ксеростомијата не е резултат на стареењето, туку е поврзана со одредени болести и лекови.

а. *Атрофични промени*. Ткивото станува потенко и помалку васкуларизирано, со губиток на еластицитет. Клинички, мазниот сјаен изглед е поврзан со истенчувањето на епителот.

б. *Хиперкератоза*. Белите регии во форма на плаки се јавуваат како резултат на иритација од остри рабови на скршени заби, мобилни протези или фиксни протетски реконструкции и од користење на тутун.

в. *Капиларна фрагилносит*. Модрици на лицето и петехии на мукозата се чести.

Јазик

а. *Атрофичен глоситис*. Јазикот изгледа мазен, сјаен, нема кадифест изглед, има атрофирани папили. Состојбата е поврзана со анемија која е резултат на недостаток од железо или комбинација на дефициенции. Старите луѓе почесто имаат анемија како резултат на некој дефицит, споредено со луѓето од другите возрасни групи, поради нутритивните фактори, но не конкретно поради стареењето.

б. *Осет за вкус*. Папилите за вкус не се намалени на број. Вкусот може да биде намален или може да се појават абнормални вкусови сензации, главно кај луѓето кои болуваат од одредена болест, но промените рутински не се забележуваат кај здраво постаро лице.

в. *Сублингвални варикозитети* представуваат црвени или плавкасти нодуларни проширени садови на двете страни од средната линија на вентралната површина од јазикот. Иако се јавуваат често, овие варикозитети не мора обавезно да бидат директно поврзани со системски болести.

Ксеростомија

Сувоста на устата е чест наод кај стари луѓе и е поврзана со патолошки состојби, промени предизвикани од лекови или поради дегенерација на плунковните жлезди предизвикана од зрачење. Здравите луѓе и понатаму имаат нормален проток на плунка.

2. ЗАБИ

Боја

Забите можат да покажуваат промени во бојата од долготрајно користење на тутун или храна која содржи агенси кои обвојуваат, како на пример чајот или кафето.

Атриција / Излижување /

Забите на старите луѓе често покажуваат знаци на атриција, што може да биде резултат на долготрајните ефекти на диета, фактори на работното место или поради бруксизам. Излижувањето може да биде придружен со отчепување на дел од забната супстанца, а забите може да го изгубат основниот иглед компарирано со заби на млади луѓе.

Абразија

Абразијата на вратот од забот може да е резултат на продолжено користење на тврда четка во хоризонтална насока со абразивна паста за заби. Користењето на современите превентивни мерки, користењето на

меки четки за заби и обрнувањето внимание на неабразивноста на пастата за заби, најверојатно ќе ја намалат инциденцата за ваква појава.

Забен кариес

a. *Кариес на коренот*. Со оголувањето на корените на забите кое е најчесто резултат на пародонталната болест, може да дојде до пораст на кариес на цементот. Почестата појава на кариес кај постарите возрасни групи е резултат на оголувањето на корените, а не е поради возраста.

Пародонталното лекување со континуирани контролни прегледи може да влијае врз степенот на кариес на коренот. Кај пациенти со нелекувана умерена до тешка форма на пародонтална болест, кариесот на коренот постојано се зголемува со возраста, се до зафатеност на 86% кај лицата од над 60 години. Во случаи кога пародонталната болест е лекувана и редовно одржува, инциденцата на забниот кариес се намалува на 42% кај лицата над 60 години.

"Силнорашрен кариес" понекогаш нарекуван впензионерски кариес гајајќи се појавува после 65-тата година. Меѓу факторите кои влијаат на развојот на забниот кариес се следните:

- Ксеростомија; недостасуваат факторите за заштита на забите присутни во плунката.

- Мастиаторни способности; оралните болести и, евентуално, загубата на заби го отежнуваат цвакањето кое води кон промени во изборот на храна.

- Стил на живот. По пензионирањето, без дневен работен распоред, грицкањето и нередовното време на земање на оброците може да доведе до лош избор на храна со претерано қариогена диета.

Забна пулпа

Дискутирано е дали промените на пулпата можат да се сметаат за резултати од стареењето. Промените на пулпата се развиваат како реакции на забниот кариес, поправките, бруксизмот и други штетни агенси во текот на долгот живот. Промените наведени овде може да се забележат и кај помлади лица, но почесто се гледаат кај стари луѓе.

- стеснување на коморите на пулпата и каналите на коренот. Зголемено таложење на секундарен дентин.

- се поголемо таложење на калцифицирани маси (дентикли).

3. ПАРОДОНЦИУМ

Клинички наоди

Здравјето и болестите со текот на годините се одразуваат и врз пародонталните ткива. Една од следните состојби може да се детектира.

a. *Здрав периодонциум*. Пародонтални ткива кои се одржувани во текот на годините може да бидат минимално заболени. Рентген снимките покажуваат мала или воопшто никаква промена на вертикалната димензија на коската, гингивите се цврсти, а изгледот е нормален во секој поглед. Сондирањето открива минимална сулкусна длабочина без крварење. Забите не се подвижни.

b. *Пациент со пародонтална инфекција*. Запоставувањето или непрактикувањето на превентивните мерки и лекување во текот на годините може да резултира со хронична пародонтална болест со ткивината деструкција на коската, периодонталниот лигамент и цементот.

Може да бидат присутни губиток на атаченот, длабоки пародонтални цевови, луксација на забите и радиографски знаци за пародонтопатија.

в. *Лекуван пацент*. Кај пациенти со лекувана пародонтална болест, редовни контроли и добра орална хигиена, пародонтот, сепак ги покажува ефектите на лекувањето, како на пример фиброзно ткиво (како лузна). Може да бидат присутни и рецесија на гингивата со оголување на цементот на коренот на забот. Забите не се луксираат.

Ткивни промени поврзани со стареењето

Коска. Може да биде присутна остеопороза, поврзана со нутритивни и хормонални фактори. Коската покажува намалена васкуларност, намалување на метаболизмот и намалена моќ на заздравување.

Цемент. Најчесто е со зголемена дебелина. Во една серија мерења, просечната дебелина на цементот на 20-годишна возраст била 0.095 mm, додека цементот на 60-годишни лица изнесувал 0.215 mm.

Гингива. Најголемиот број на гингивални промени може да се поврзе со ефектите на инфламацијата или со анатомските фактори. На пример, гингивалната рецесија е честа кај постари индивидуи. Предиспонирачкиите фактори можат да бидат недостаток на доволно прикрепена гингива или малпозиција на забите. Партиципирачки фактори можат да бидат: силно несоодветно четкање, лацерација, инфламација или стоматолошко лекување, како, на пример, поставување на кофердам на подрачје со минимално присуство на припоена гингива.

Б. ЛИЧНИ ФАКТОРИ

Следната листа не треба да се смета за типична за сите стари пациенти, бидејќи многу од нив се добро прилагодени. Овие карактеристики се наведени за да им помогнат на членовите на стоматолошкиот тим да ги разберат ставовите и постапките на старото лице.

Несигурност

- поврзана со намалениот економски статус, самопочит и чувство да се биде потребен.
- неможноста за работа.
- намалената активност.
- физички ограничувања.
- преполема заштита од страна на семејството.
- отфрлање од страна на семејството.
- анксиозност поради здравјето.

Депресија

- ограничена физичка сила, осетливост поради негативните страни на намалениот вид, слух и недостатокот од моторна контрола.
- промени во физичкиот изглед.
- осаменост; губиток на брачниот другар и пријателите, потребата од внимание и загриженост на другите; потреба од друштво.

Неможноста за прилагодување на промените во начинот на живот

- тенденција кон развивање на крути навики и идеи.

Успорување на волните одговори

- можат да бидат успорени волните одговори, поврзувањето на мислите и брзината на изговарање.

Тенденција кон интроспекција

- стеснување на интересите; живеење во минатото.

В. ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ГРИЖА

При планирањето и спроведувањето на прегледите кај стари пациенти, можат да се применат многу од процедурите кои се применуваат кај пациентите со одреден степен на онеспособеност. Некои стари пациенти имаат физички и сензорни ограничувања и за овие лица се потребни прилагодувања. Сепак, треба да се сфати дека многу лица од старата популација се независни, агилни и здрави лица без системски болести и не зависат од лекови.

Грижата за стариот пациент треба да биде планирана во смисла на сеопфатно, а не палијативно лекување. Основната цел мора да биде долгорочното одржување на превенција на оралните болести.

Многу стари лица не бараат стоматолошка заштита и орално-хигиенска заштита, освен во итни случаи. Примарната причина за ограниченото посветување внимание на професионалната заштита може да биде поради несвесноста дека за тоа постои потреба. Други причини се поврзани со физичката и ментална попреченост, хроничните болести и физичките бариери, како транспортот или пристапноста на стоматолошката ординација. Финансиските средства не претставуваат една од главните причини.

Ординација или клинички простории

Важно е да се посвети внимание на уредувањето на стоматолошката ординација на начин со кој се елиминираат физичките бариери. Оштетениот вид на старото лице, кревкоста или недоволната моторна контрола мора да бидат земени во обзир.

Опасностите, како мали теписи, кои можат да се лизгаат по светнатите подови, слободни аgli на теписите, од кои можат луѓето да се сопнат, и нерегуларностите на нивоата на подот, треба да бидат елиминирани. Други работи на кои треба да се обрне внимание се поврзани со архитектонските решенија на просторот и како најбезбедно да се чувствува пациентот во тој простор.

Историја на пациентот

Подготовката за внимателна и детална медицинска и стоматолошка историја има посебно значење. Некои од предловите за добра комуникација за време на земање на анамнезата се следните:

1. Елиминирање на музиката или звуките во позадината кои можат да го оттргнуваат вниманието.
2. Се седнува свртен кон пациентот, бидејќи слухот може да биде проблем.
3. Не треба да се вика, туку само да се зголеми јачината на гласот и да се зборува полека и јасно.

4. Јубезноста треба секогаш да е присутна. Покажете почит кон возрастта. Не му се обраќајте на пациентот со користење на неговото/нејзиното име, освен ако самиот пациент не ви го предложи тоа.

5. Презентирање на идеите една по една. Бидете добар слушател. Старите луѓе не сакаат некој да ги побрзува.

6. Развивање на доверба. Намалете ја анксиозноста.

Лекови

Старите пациенти користат повеќе лекови и имаат повеќе рецепти за лекови, а и повеќе лекови кои се добиваат без рецепт, отколку било која друга возрасна група. Многумина имаат повеќе од една хронична болест или инвалидност кои бараат медицинација.

1. *Добијање ја точната листа.* Побарајте од пациентот да ги донесе или шишенцата од разните лекови (оние без рецепт, како и лековите кои одат на рецепт) или копија од етикетите за да може да се чува листата во досието на пациентот. Пациентовиот матичниот лекар може да биде најдобриот избор за добивање на точна листа.

Листата на лекови мора да биде проверувана на секој нареден контролен преглед. Промените во здравствениот статус можат да значат промени во препишувањето на рецептите.

2. *Референци за прроверка на лековите.* Секој здравствен центар или клиника има потреба од тековните референци, како вадемекуми и книги по фармакологија.

Рецептите кои пациентите ги наведуваат треба да бидат проверени поради (а) потенцијалните несакани ефекти, (б) евентуалните интеракции на лековите со препорачаните производи или производите кои се користени за време на прегледот и (в) за јасно да се разбере здравствената состојба на пациентот, со цел клиничарот да се осигури дека препорачаната процедура е соодветна за пациентот.

3. *Ефекти врз прегледот.* Табелата (1) делумно ги наведува ефектите на лековите и општите групи на лекови кои можат да го предизвикаат секој ефект. Иако ефектите на лековите се однесуваат на сите возрасни групи, старите пациенти не само што има повеќе хронични болести, туку можат да бидат и повеќе осетливи. Консултацијата со матичниот лекар на пациентот има посебно значење.

Табела 1 ЕФЕКТИ НА ЛЕКОВИТЕ	
Ефекти на лековите Прилагодување на процедурата	Групи на лекови
Абнормална хемостаза	Аспирин Варфарин (Кумадин) Дипиридамол
Потреба за минимизирање на користењето на вазоконстриктори	Антиаритмици Срцеви гликозиди Сублингвални и системски нитрати Трициклични антидепресиви
Намалена толеранција кон стрес	Бета-блокатори Блокатори на калциумски канали Срцеви гликозиди

	Сублингвални и системски нитрати
Променета резистенција на домаќинот	Долготрајна употреба на антибиотици Инсулин Орални хипогликемици Системски кортикостероиди
Ксеростомија	Супстанци против анксиозност Антихолинергици Антидепресиви Антихистаминици/деконгестанти Антихипертензиви Антипаркинсоници Антисихотици Хемотерапевтски супстанци Диуретици
Пореметувања на движењето	Антисихотици Леводопа Литиум
Гингивална хиперплазија	Фенитоин Нифедипин Циклоспорин

Потреба од антибиотска премедикација

Кај старите лица доста често се среќаваат многу состојби кои бараат профилактичко покривање или премедикација. Оние лица со неконтролиран дијабетес или оние лица кои се лекуваат со хемотерапевтици или стeroиди може да имаат зголемена склоност кон инфекции. Кога пациентот има замена на зглоб со протеза, срцева валвулa или аортална протеза, пејсмејкер или историја на други состојби, во тие случаи е индицирана премедикација.

Витални знаци

Се препорачува за време на секоја посета да се измери крвниот притисок.

Интраорален и екстраорален преглед

Не може доволно да се нагласи потребата од внимателен, периодичен преглед на оралната слузокожа кај сите возрасни групи, но тоа е од пресудна важност за стариот пациент, бидејќи оралниот канцер се јавува со сè поголема честота со напредување на возраста. Многу, вкупност најголемиот број орални лезии се присутни без пациентот да е свесен за нив.

За некои рани површински лезии биопсијата е дефинитивно индицирана. За други лезии може да се подготви цитолошки брис.

Г. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНТИВЕН ТРЕТМАН

На старите пациенти им се потребни чести прегледи за одржување на нивното орално здравје . Содржината на планот за третман е слична на овој за другите возрасни групи, при што доминира акцентот врз контролата на забните наслаги. Во прегледите со кои треба да се дијагностицира степенот на орална хигиена може да биде вклучено следното:

а. Контрола на забните наслаги

б. Пародонтален третман

Комплетно отстранување на забните наслаги со обработка на пародонталните дефекти (по потреба вклучување и на дополнителни тераписки методи).

в. Контрола на забниот кариес

- Анализа на диетата, која вклучува неколку дневна исхрана.
- Прилагодување на диетата заради елиминирање на кариогени видови храна и воведување на соодветни замени.
- Акцент врз превенцијата на широкораширениот, неконтролиран забен кариес.
- Терапија со флуор и користење на дневни препарати за само-апликација со помош на паста за заби, течност за плакнење или гел кој се нанесува со четкање, според соодветните потреби на пациентот.

г. Ксеростомија

Користење на замена за плунка.

Д. КОНТРОЛА НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ

Цели

Основните цели не се разликуваат од оние за помладите луѓе. Инфекцијата мора да биде елиминирана и контролирана.

Постарите лица треба да бидат исто толку заинтересирани за нивното здравје и изглед како и луѓето од било која возрасна група. Опаѓањето на естетиката може да создаде емотивно нездадоволство и кога лицата кои стапаат најчесто да чувствуваат несигурни или непосакувани, тие може да го изгубат нивниот интерес за личната орална нега и диета. Мотивацијата преку изразување на искрен интерес од страна на стоматолошкиот персонал може да биде влијателен фактор во помошта на пациентот за подобрување на неговото здравје.

Одредени луѓе се плашат од вештачки заби, бидејќи ги поврзуваат со встариг луѓе. Пациентите со делумни протези имаат значителна потреба од зачувување на преостанатите заби. Овде, во желбата за зачувување на забите, лежи можноста за имплементирање на превентивни

мерки за забите и за нивните потпорни структури, и треба добро да се искористи оваа многу реална мотивирачка сила.

Приодот кон давањето инструкции

Во давањето инструкции на пациентот, не се обидувајте да ги смените сите долгогодишни навики, бидејќи со тоа може да се создадат фрустрации и незадоволство. Самодовербата, која е намалена поради намалувањето на физичките можности, и емоционалното задоволство мора да бидат зголемени. Големите промени, кои се потребни поради тоа што претходните навики имале погубен ефект, мора да се воведуваат постепено, ако се очекува соработка. Пооптимистички став се зазема во однос на степенот на орално здравје што може стариот пациент да го достигне.

Формирање на забните наслаги

Инциденцата и тежината на пародонтопатијата растат со возраста. Степенот на периодонтална деструкција е одраз на времетрајето на изложеноста на ткивата на факторите кои предизвикуваат болест, примарно на микроорганизмите кои создаваат наслаги.

Неколку фактори можат да придонесат за побрзо акумулирање на наслаги кај постариот пациент. Овде се наведени некои од нив.

1. *Анатомски.* Гингивална рецесија како резултат на пародонтална деструкција, резултира во поголема површина за задржување на наслаги. Оголувањето на цементо со подрачја на абразија или забен кариес на вратот на забот може да создаде подлабоки делови каде е потребно посебно прилагодување на инструментите за отстранување на наслагите.

2. Задришка на наслагите и нивно отстранување

а. Оголениот нелекуван цемент може да задржува наслаги повеќе отколку емајлот. Цементот кој е измазнет е помалку веројатно дека ќе задржува наслаги и напорите за отстранување на наслагите се поуспешни.

б. Намалена продукција на плунка ги намалува или елиминира ефектите на чистење и подмачкување на плунката.

в. Пломбираниите заби и протезите го комплицираат одржувањето на оралната хигиена. Отстранувањето на наслагите бара повеќе време, трпение и мотивација.

г. Неадекватните конзервативни полнења можат да имаат нерамни ивици, кои можат да претставуваат подрачја каде се задржуваат наслагите.

д. Недоволната вештина поврзана со инвалидитет како резултат на хронични болести, како артритис и паркинсонизам, го отежнува отстранувањето на наслагите.

Специфични препораки

Четкањето на забите и другите процедури за контрола на наслагите, како и методите за грижа за фиксните реконструкции и мобилните протези, се избираат како и за другите возрасни пациенти. Електрична четка за заби може да биде од помош за некои пациенти, посебно за оние со оштетена моторна функција.

Поради зголемената оголеност на површините на корените, мора да се обрне внимание на изборот на паста за заби, заради спречување на ефектите на абразијата и заради превенција на кариесот на корените. Кај одредени пациенти може да има потреба од инструкции и совети за

начини на десензибилизација. Користењето на паста за заби со флуор и секојдневно плакнење со течност за уста со флуор може да придонесе и за превенција на забниот кариесот и за десензибилизацијата.

Кога се препорачува користење на замена за плунка кај пациенти со сува уста, мора да бидат дадени посебни инструкции. Потребно е да се дадат информации за тоа каде можат да се набават достапните препарати.

Успешноста на инструкциите кои треба да го мотивираат пациентот се поуспешни кога се применуваат постепено и редовно, на чести временски интервали.

V. ПРУЖАЊЕ ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИ СО ИНВАЛИДИТЕТ

Пациентите со инвалидитет бараат посебно внимание и прилагодување како при стоматолошките прегледи така и на орално - хигиенски прегледи. Општиот термин инвалидност се однесува на секое намалување на активноста на пациентот која е резултат на акутна или хронична здравствена состојба и влијае на моторните, сензорните или менталните функции.

Инвалидноста може да биде постојана или привремена. Привремената неспособност може да биде физичка, како на пример фрактура на нога, или физиолошка со физички органичувања, како за време на бременост. Хроничните системски болести можат да резултираат со ограничувачки инвалидитет. Причините за инвалидност можат да бидат наследни фактори, системски болести, траума или комбинација од нив. Како што е дефинирано, лице со инвалидност е она лице кое *има физичко или ментално оштетување, кое значително ограничува значајна живојна активност.*

Межународната класификација на Светската здравствена организација го појаснува значењето на термините оштетување, инвалидност и хендикеп.

Оштетување е абнормалност на структурата или функцијата на екстремитет или орган на телото, додека *инвалидност* е неможноста да се изведува одредена задача или активност како резултат на оштетувањето.

Хендикеп е недостаток или ограничување кое го има лицето споредено со други лица на иста возраст, од ист пол и животни прилики, кое е резултат на оштетувањето и инвалидноста.

Модерните трендови на деинституционализација доведоа до појава на алтернативен животен, образовен и работен модел за многу лица со физички и ментални инвалидности. Децата, одвоени во институции и обучувани за заеднички живот во преодни домови, се интегрираат во редовните училишта и здравствени програми.

Преку програма за рехабилитација, лицата со инвалидности можат да добијат голем број на различни услуги од различни области на медицината и стоматологијата, во согласност со нивните потреби.

A. СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА И ОРАЛНО - ХИГИЕНСКА ЗАШТИТА

Оралното здравје за лицето со инвалидност е од големо значење и претставува предизвик за стоматолошкиот персонал. За пациентот инвалидноста претставува доволен товар а дополнителните орални проблеми, можат да го намалат веќе намалениот потенцијал за нормално живеење. Превентивните мерки, посебно флуоризацијата и другите мерки за очувување на оралното здравје, мораат да бидат поттикнувани и охрабрувани со цел за минимизирање на оралните проблеми.

Индивидуалниот период и модификувањето на вообичаените процедури се неопходни во лекувањето на луѓе со инвалидности. Трпеливоста, смиреноста и добрината се клучни во периодот кон пациентот со посебни потреби.

Стоматолошкиот тим може значително да придонесе за благосостојбата, независната подвижност и чувството на лична вредност на пациентот со инвалидност. Стоматолошкиот тим за свои цели мора да ги има следниве:

1. Да го мотивира пациентот и негувателот. Мора да се создаваат навики за одржување на личната орална хигиена заради одржување на здрава оралана средина без знаци на присутна инфекција.

2. Да придонесува за одржување на општото здравје и оралното здравје како негов интегрален дел. Превенцијата на губитокот на заби ја зголемува можноста за џвакање на храната што, од своја страна, е од суштинско значење за превенција на малнутрицијата и зголемување на отпорноста кон инфекции.

3. Да спречи да не се појави потреба од обемно стоматолошко лекување, кое пациентот можеби нема да може да го издржи поради намалената физичка издржливост или неможноста да соработува. Мобилните стоматолошки реконструкции можат да бидат опасни за одредени пациенти или пак невозможни за користење.

4. Да помага во подобрување на изгледот, со што придонесува за социјалното прифаќање. Несредена индивида со нечисти заби и халитоза (од локални причини) е многу помалку социјално прифатлива отколку онаа со чиста уста.

5. Да направи прегледите да бидат пријатни за пациентот.

Најголемиот број пациенти со инвалидност можат да бидат лекувани во просториите на приватните стоматолошки ординации. На само релативно мал број лица им е потребна хоспитализација поради назначените потешкотии во спроведувањето со нив или поради системска болест, која бара посебно медицинско надледување.

Прелиминарни информации

Информациите за помлад и/или зависен, ментално ретардиран или постар сенилен пациент се добиваат од родител, роднина, адвокат или друго лице кое е одговорно за пациентот. Основните информации можат да се добијат однапред преку телефон или интервју.

Медицинските и другите формулари можат да бидат испратени по пошта за пополнување дома. Информациите добиени однапред му овозможуваат на стоматолошкиот тим да биде подготвен за пациентот, за да не биде залудно трошено скапоценото време во текот на прегледот и целосното внимание да биде посветено на потребите на пациентот.

1) Досиеја и формулари

а. *Медицинска историја.* Покрај вообичаените теми кои се опфатени со прашањата, потребни се и информации поврзани со инвалидната состојба. Треба да биде вклучено барем следното:

- Специфичната инвалидна состојба. Кога е дијагностицирана, историја на лекувањата, хоспитализации, лекови и друга терапија која во моментот се користи, имиња и адреси на специјалистите кои се вклучени во третманот.

- Запис за институционализација.

- Историја на заразни болести; последните крвни тестови; имунизации.

- Напади (конвулзии). Историја, честота, лекување.

- Мускулна координација. Подвижност, вештина.

- Комуникација. Говор, вид, слух.

- Ментални капацитети. Образование, специјални училишта.

- Степен на независност. Само-грижа, способност самиот да се облекува и да јаде и да ја изведува сопствената орална нега со четка за заби, забен конец и други помагала.

- Диетарни ограничувања.

б. Стоматолошка историја

- Претходни стоматолошки искуства. Ставот на пациентот, способноста за соработка.

- Потешкотии да закаже преглед на други места.

- Последната стоматолошка интервенција. Отстранување на забните наслаги, поправки, вадење на заби и др.

- Орални инфекции и орални навики.

- Податоци за терапија со флуор. Флуоризација, диететски додатоци, самоаплицирани или професионално аплицирани топични методи, вклучително која година, возраст и честота.

- Моменталните методи за домашна нега. Помагала и посебни апарати, честота, степен на само-нега.

в. *Формулари за согласност.* Формуларите за согласност за малолетни, зависни и/или некомпетентни пациенти мораат да бидат потпишани од страна на родителот или правниот старател.

2) Консултации со лекари и други специјалисти

Медицинските аспекти од негата на пациентот се интегрирани во планирањето на оралната нега и терапија(пр. изборот на антибиотици, седативи или други неопходни фармацевтски агенси). Дополнителни релевантни информации можат да се добијат од другите медицински специјалисти и социјалниот работник.

3) Разговор со родителот или друго лице кое го негува пациентот

- Многу родители се животно посветени на негата на нивното дете инвалид. Стоматолошкиот персонал мора да се потруди од родителите или другите лица кои го негуваат пациентот да дознае за способностите на пациентот и за методите кои ќе бидат најефективни во добивањето на соработка. Имињата, возрастта и меѓусебните врски на другите членови од семејството исто така можат да бидат од помош.

Семејствата може премногу да му угодуваат на детето инвалид. Слатките може да се користат како награда или поткуп за смирување. Лошото однесување може да се осуди.

- На родителот потребно е да му се опише неговата соработка и помош. Може да биде потребна посебна помош за време на прегледот и контрола на секојдневната орална хигиена во склоп на севкупната програма за превентивна заштита.

Барање помош од родителите во подготвување на пациентот за прегледите. Потребно е процедурите и ординацијата да бидат претходно описаны на пријатен и позитивен начин за да се смири пациентот.

- Покана на пациентот во ординацијата или клиниката пред прегледот за да ги види просториите и да се запознае со околината и персоналот.

- Да се наведат специјалните помагала кои пациентот мора да ги донесе со себе на прегледот (пр. додатна опрема која се користи за да се префрли пациентот на стоматолошкиот стол, слушно апаратче, парцијални или тотални протези, помагалата кои моментално се користат за контрола на бактериските наслаги.

Б. КЛИНИЧКИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТОТ

На првиот преглед се изведуваат колку што е можно повеќе од анамнестичките процедурите или проценката. Целите треба да бидат исти за сите пациенти, т.е. да се подготви материјал за проценка кој ќе биде разгледан и анализиран заради планирање на лекувањето.

Пациентот можеби нема да биде во можност да ги доврши сите фази од проценката и можеби ќе биде потребно дополнително време. На секоја клиничка процедура треба да й претходи објаснување и демонстрација. Може да бидат потребни неколку обиди.

1. ИСТОРИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

Кај некои пациенти можеби ќе биде потребна антибиотска профилакса. Кај пациент кој ќе биде прегледуван заврзан на столот, крвниот притисок мора да се одреди рано во текот на прегледот, пред врзувањето на пациентот.

2. ЕКСТРАОРАЛЕН И ИНТРАОРАЛЕН ПРЕГЛЕД

Кога е потребно за интраоралниот преглед да се користи инструмент за фиксирање на устата, заедно се изведуваат гингивалниот и стоматолошкиот преглед. Инструментот се поставува прво на едната, па потоа на другата страна на устата.

Во зависност од лекувањето, стоматологот може да побара да се направат фотографии. Пациентот, кому му е потребно ортодонтско лекување, максилофацијална хирургија или друг специјален третман, може да има потреба да биде фотографиран.

3. РЕНДГЕНОГРАФИЈА

Интраорално / ретроалвеоларно и ретрокоронарно снимање

Најчесто користен рендгенографски метод со кој се добиваат голем број на дијагностички податоци. Треба да се направи обид да се добијат колку што е можно повеќе од основните снимки(за комплетен статус на забите потребни се 14 снимци).

а. Се користи инструмент за фиксирање на устата, држач на филмот и многу трпение. Кога е потребна помош, родителот или лицето кое го негува пациентот може да асистира.

б. Пациентот и родителот или друго лице кое го негува пациентот носат оловни престилки: лицето кое го држи филмот во устата може да носи оловна ракавица. Стоматолошкиот персонал никогаш не го држи филмот на пациентот.

Екстраорално / панорамско и ортопантомографско снимање

Се препорачува ортопантомографското снимање затоа што се добива комплетен статус на забите и сите анатомски структури од едниот до другиот темпоромандибуларен зглоб на само еден снимак. Добро се гледа и односот на корените на забите према максиларниот синус, мандибуларниот канал и може да помогне во лоцирањето на абнормалностите, ретинираните врвови на корени, импакции и други абнормалности.

Ваквите снимања не се замена за деталите кои се добиваат со ретроалвеоларните и ретрокоронарните снимци (пр. ретроалвеоларната снимка е потребна за идентификација на фрактура на корен и апикални пореметувања кои можат да бидат присутни кај пациент со церебрална парализа кој има тежок бруксизам и може да ги трауматизира предните заби).

4. СТУДИСКИ МОДЕЛИ

Студиските гипсани модели се потребни за ортодонтска, протетичка и некои фази од реставративната терапија или за документација и евидентирање на случајот. Со адекватна подготовка и објаснување, може да се добие соработка со пациентот. Предлозите за техниката се наведени:

а. Се користи лажица од мек восок поради флексибилноста и можноста за полесна инсерција.

б. Внесувањето и вадењето на лажицата од уста се вежба неколку пати со цел да се подготви пациентот. Со вежбањето може да се започне на еден преглед, а земањето на птпечаток да биде направен на друг.

б. Се аплицира топичен интраорален анестетик, ако пациентот има рефлекс на повраќање.

5. ПРЕГЛЕД НА ГИНГИВАЛНОТО ТКИВО

И покрај потешкотите, мора да се направи темелна проценка на состојбата на гингивата. Клиничките аспекти, вклучително степенот на инфламација, цеповите, мукогингивалната инволвираност, френулум инсерцијата и луксацијата на забите се одредуваат и прибележуваат. Информациите од радиографиите се користат за потврда на присуството и степенот на пародонтална деструкција.

Проценката на количеството, степенот и локализацијата на забниот камен е потребна за да може да се направи соодветна проценка и план за орално хигиенски третман. Севкупната орална чистота и присуството на забни наслаги и материја алба ги отсликуваат потребите за давање инструкции за контрола на забните наслаги.

6.. СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

- a. Број, големина, боја и оклузија на забите.
- b. Забен кариес.
- c. Прекубројни заби, малформации и други нерегуларности кои се често асоцирани со одредени развојни инвалидности.

В. ПЛАН ЗА ОРАЛНО ХИГИЕНСКО ЛЕКУВАЊЕ

Деловите од севкупниот план за лекување кои треба да бидат остварени од страна на оралниот хигиеничар можат да бидат идентификувани како превентивни, образовни и терапевтски услуги. Изборот на процедури зависи од наодите од клиничкиот преглед и вклучува некои или сите од точките наведени овде.

1. ПРЕВЕНТИВНА ТЕРАПИЈА

a. Контрола на бактериските наслаги

б. Програм со флуор

- Надледување на секојдневното само-аплицирање на флуор.
- Периодично професионално аплициран топичен флуор.

в. Средства за затворање на јамички и фисурите

г. Користење на вештачка плунка кај ксеростомија

2. ОБРАЗОВНА

а. Ориентација

Ориентацијата на пациентот за секоја стоматолошка процедура и процедура од областа на оралната хигиена.

б. Советување

Родителско советување кое започнува што е можно порано, штом ќе се дознае дека детето има инвалидност.

в. Инструкции за контрола на болестите

- Контрола на наслагите на природни заби и апарати.
- Дневен флуор, системски и/или топичен.
- Диетарни и нутритивни ефекти.

3. ТЕРАПЕВТСКА

а. Контролата на наслагите на пациентот во терапевтски цели, се додека не се постигне здрав ткивен супстрат, по што следи планирано одржување на постигнатите резултати.

б. Комплетно отстранување на наслагите и израмнување на нерамните површини на корените.

в. Отстранување на пломбите кои се над ниво на забите.

г. Реевалуација за дополнителна пародонтална терапија.

д. Фаза на реставрација; завршување на реставрацијата.

Д. ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА БОЛЕСТИТЕ

1. ДЕЛОВИ НА ПРЕВЕНТИВНАТА ПРОГРАМА

а. Контрола на бактериските наслаги.

б. Флуор.

в. Средства за затворање на јамички и фисурите.

г. Диетарно советување.

д. Редовни професионални прегледи и третман на интервали кои се препорачани од страна на стоматологот и оралниот хигиеничар.

2. НИВОА НА ФУНКЦИОНИРАЊЕ

Кај пациентите кои немаат ментална или физичка инвалидност, запоставувањето на личната орална хигиена обично може да се објасни или поради недоволно знаење и разбирање на потребата од отстранување на забните наслаги и како тоа се постигнува или поради недоволна мотивација за изведување на неопходните дневни активности за одржување на оралната хигиена. За разлика од предвидните, кај пациентите со инвалидност, проблемот на контрола на болестите станува многу поголем, поради немањето на потребната ментална и/или физичка координација за изведување дури и на наједноставните орално хигиенски мерки.

Во зависност од тежината на инвалидноста, многу пациенти имаат потреба или од целосна или од делумна помош. Помошта мора да биде дадена од страна на родителите и другите членови на семејството, кога пациентот живее дома, или од страна на негувателот на пациентот ако живее во одредена институција. Во вакви ситуации постои двојна одговорност да се подучува и надгледува пациентот како и лицата кои нему му пружаат нега.

Високо, средно или ниско ниво на функционирање се однесува на дневните вештини на живеење (на пример бањање, четкање заби, облекување) кое едно лице може самото да ги извршува или, пак, лицето зависи од други во реализацијето на комплетна нега. Нивоата на функционирање се наречени и само-нега, парцијална нега и тотална нега. Во друг концепт се користат термините со супервизија, со супервизија/помош и одржување (од страна на други).

Високо ниво на функционирање

Високото ниво на функционирање или само-нега ги вклучува оние лица кои можат сами да си ги четкаат забите и да користат забен конец. Многу пациенти, посебно деца и оние од сите возрасти кои се ментално ретардирани, имаат потреба од разни степени на охрабрување, мотивација и надгледување.

Средно ниво на функционирање

Групата на пациенти со средно ниво на функционирање или парцијална нега ги вклучува оние лица кои можат да изршуваат барем дел од нивните орално хигиенски потреби, но на кои им треба значителен тренинг, помош и директна супервизија. Помошта може да биде вербална, со гестикулации или рака преку рака.

Ниско ниво на функционирање

Групата на лица со ниско ниво на функционирање или на тотална нега ги вклучува оние кои не можат самите да ја извршуваат својата нега и затоа се зависни. Пациентите во оваа група може да бидат врзани за кревет и неподвижни, иако некои можат да бидат во инвалидски колички. Со тренирање, некои од нив можеби ќе можат да се обидат да извршуваат дел од нивната нега.

3. ПОДГОТОВКА ЗА ДАВАЊЕ ИНСТРУКЦИИ

a. Основни прашања за планирање

- Кое е нивото на функционирање на пациентот?

- Дали пациентот самиот ќе го изведува севкупното или дел од отстранувањето на наслагите или ќе му биде потребна парцијална или тотална нега?

- Дали пациентот е вклучен во некои општествени стоматолошки здравствени програми (дома, на училиште или во некоја дневна активност) и дали може да се контактира стоматологот и/или оралниот хигиеничар во таквата програма за да ги координираат дадените инструкции?

- Дали родителот или негувателот на пациентот ќе ја изведува севкупната или дел од оралната нега?

- Кои инвалидности имаат најголемо влијание врз степенот на можна само-нега и на очекуваниот успех на севкупната превентивна програма? Ментална? Физичка? Сензорна? Инвалидност во учење? Орална?

- Кои техники и процедури ќе се најсоодветни на ситуацијата на конкретниот пациент и на родителот или лицето кое го негува пациентот?

- Како може да му се помогне на пациентот да биде што е можно понезависен?

За да се одговори на овие прашања се прави иницијален план, со тоа што се сфаќа дека системот функционира врз основа на обид и грешка. Со подобрување на вештините на пациентот и родителот и со откривањето и прибележувањето на помалку наслаги на последователните прегледи, се прават адаптации. Во меѓувреме, комуникацијата се подобрува и се развива довербата на пациентот со сфаќање на искрената загриженост на стоматолошкиот тим.

За сите пациенти со или без инвалидност, целта е комплетна дневна контрола на наслагите. Таков идеален резултат може да изгледа дека е далеку од реалноста кај пациент кој има средно или ниско ниво на функционирање, но со континуирана поддршка и инспирација може да се постигне напредок. Пациентот и неговите ставови, волјата да учествува и прифаќањето на препорачаните процедури мораат да бидат земени в обзир.

Г. ОТСТРАНУВАЊЕ НА БАКТЕРИСКИТЕ НАСЛАГИ

1. ДЕЛОВИ

Неопходна е индивидуализација за потребите и можностите на секој пациент во однос на општите процедури за давање инструкции за методите на четкање, интерденталното отстранување на наслагите и грижата за фиксните и мобилните протези. Секој чекор мора да биде објаснет полека и внимателно.

Обезбедување на основни информации

Формирањето на наслагите и развојот на болеста се опишуваат на ниво на кое пациентот и родителот можат да научат и да бидат мотивирани.

Откривање и прикажување на наслагите

Континуирано прибележување на степенот на наслаги во графичка форма, со што пациентот и родителот ќе можат да го следат напредокот, што може да помогне за мотивација на многу пациенти.

а. Четкање

- Обезбедете мека четка и побарајте од пациентот да ги отстрани откриените наслаги од забите. За комплетно зависниот пациент, тоа ќе го демонстрира родителот.

- Отстранувањето на наслагите е поважно од специфичната техника која се користи, се додека не се оштетуваат гингивата или забите.

- Постапно и полека се демонстрира и објаснува секоја фаза .

- Пациентите кои се носители на хепатитис или кои имаат некоја друга инфективна болест треба да ги чуваат своите четки и другите средства за одржување на орална хигиена одделно од останатите лица кои живеат со нив. Користењето на електрична четка е контраиндицирано поради формирање на аеросол. За време на контролата на наслагите кај пациент со инфективно заболување неимуните лица кои го негуваат пациентот треба да се заштитат со ракавици и маска.

б. Паста за заби

Пастата за заби која содржи флуор се препорачува на пациентите кои можат да користат паста за заби. Може да биде корисна паста која се голта. Меѓу факторите кои треба да се земат во обзир при одлуката дали да се користи стандардна паста која не се голта се следните:

- Кога пациентот не може да се плакне или да експекторира, не треба да се користи паста за заби. Лицето кое е институционализирано и тешко инвалидно може да се третира со четка која има аспиратор.

- Кога родителот или лицето кое го негува пациентот го изведува четкањето, пастата може да ја ограничува видливоста за темелно отстранување на наслагите. Кога се користи паста за заби, на четката треба да се аплицира само мало количество (во големина на зрно грашок).

- Пастата за заби може да го зголеми рефлексот за повраќање кај некои пациенти.

- За пациентот чиј проблем е ракувањето со четката и за кого се препорачуваат специјални адаптации на четката, справувањето со пастата за заби може да биде незгодно и неуредно.

- Пастата за заби не е неопходна за отстранување на наслагите и други средства за дневно аплицирање на флуор може да се полесни за користење за некои пациенти. Може да се препорача гел кој се нанесува со четкање.

в. Забен конец

Со време и со повторување на инструкциите многу пациенти со инвалидност можат да научат да го користат забниот конец, а некои можат да научат да користат други интердентални средства. Користењето на држач за забниот конец може да го овозможи користењето на конецот кај некои пациенти, како, на пример, оние со ограничена движења на прстите или оние кои ја користат само едната рака.

Држачот за конец може да биде корисен и за родителот или лицето кое го негува пациентот.

2. ЕВАЛУАЦИЈА

Прегледот и контролата на забните наслаги и состојбата на гингивата кај овие пациенти изискува добра обученост од страна на родителите или други лица кои го негуваат пациентот. Голем број на пациенти, родители и други лица кои ги негуваат пациентите со континуирано вежбање и

деминстрации можат да научат како да ги прегледуваат забите и гингивата.

За одредени пациенти, темелноста на четкањето може да се подобри ако на почетокот се користи средство за идентификација на наслагите. Видливата цел тогаш е да се отстрани целата боја. Друг систем е да се аплицира средство за идентификација на наслагите по четкањето за да се одреди дали е постигнато отстранувањето на наслагите. Тогаш, ако постојат дополнителни наслаги, тие се четкаат и отстрануваат.

Кога пациентот прво самиот се четка, а потоа го четка лицето кое го негува, средството за идентификација на наслагите може да се аплицира од страна на негувателот, за да се постигне ефектот на давање задачата за отстранување на наслагите. Бидејќи цел е пациентот да се охрабрува да ја практицира оралната хигиена колку што е можно повеќе и се пофалува за сите успеси кои се постигнати, прикажаните наслаги кои негувателот треба да ги отстрани можат да бидат фактор за обесхрабрување на пациентот, кој навистина го направил најдоброто што може во рамките на индивидуалните капацитети. Подобар план може да биде пациентот самиот да го изведе целото четкање и чистење со забен конец еднаш дневно, а негувателот да го изведе целото четкање и чистење со забен конец следниот пат.

VI. ПАЦИЕНТ СО ЕПИЛЕПСИЈА

Епилепсијата не претставува посебна болест, туку е повеќе термин кој се користи за да се објасни симтом или група на симптоми на пореметена функција на централниот нервен систем. Лицето со епилепсија може да биде подложно на рекурентно неволно губење на свест или свесност, со или без конвулзивни движења или спазми. Некои пациенти можат да имаат конвулзии без губиток на свеста.

Медицинската историја на пациентот треба да ја открие подложноста кон напади, а мора да се стапи во контакт со лекар, ако се добијат дополнителни информации од оние кои ги дава пациентот. Добро контролираниот пациент кој е под антиконвулзивна терапија обично не претставува посебен проблем. На неконтролираниот пациент може да му биде потребна посебна терапија. Знаењето на симптомите е од важност во сите случаи, а стоматолошкиот персонал треба да знае и да може да ги примени ургентните мерки во или надвор од стоматолошката ординација.

Негата на оралната шуплина е важна поради нејзината врска и со општото здравје и со оралните незгоди кои можат да се случат за време на тежок напад. Сите пациенти се советуваат од своите лекари да живеат умерен начин на живот и да обрнуваат строго внимание на општите здравствени правила.

Професијата може да биде ограничувачка, бидејќи на лицето со епилепсија не може да му биде дозволено да учествува во активности каде постои опасност во случај на напад. Такво ограничување е посебно депресивно за возрасни лица кои добиваат епилепсија по достигнувањето на возрастта на која можат да работат и, поради тоа, може да биде неопходно да ја сменат својата професија.

Напад е конвулзивно пореметување кое резултира од транзиторна, неконтролирана промена во функцијата на мозокот. Ефектот е нагла појава на симптоми, кои можат да бидат од моторна, сензорна или психичка природа, во зависност од тоа кои нервни клетки се инволвирали.

A. ТИПОВИ НА НАПАДИ

Двата основни типа на напади се *генерализирани* и *парцијални*. Меѓународната класификација на нападите е дадена на табелата 1.

Нападот кој е фокален по потекло и вклучува само дел од мозокот се нарекува парцијален напад. Генерализираниот напад, од друга страна, не е специфичен во однос на областа од која потекнува и го зафаќа целиот мозок во исто време.

B. ЕТИОЛОГИЈА НА НАПАДИТЕ

Покрај епилепсијата, нападите можат да бидат симптом и на многу разни состојби во текот на целиот живот, од раѓањето до смртта. Во доечниот период нападите можат да бидат поврзани со инфекција на мајката (рубела), повреда при раѓањето или конгенитални абнормалности, додека кај постари деца меѓу дополнителните причини се: траумата, инфекциите, токсините и церебралните дегенеративни болести. Во средната возраст и кај постарите луѓе на листата можат да се додадат васкуларната болест и туморите.

1. Примарна (идиопатска) епилепсија

Генетска предиспозиција кон напади или кон други неуролошки абнормалности, чиј симптом може да бидат нападите.

2. Секундарна (симптоматска) епилепсија

- Конгенитални состојби, како инфекција на мајката (рубела).
- Перинатални повреди.
- Тумор на мозокот.
- Траума (повреда на главата).
- Инфекција (менингитис, енцефалитис).
- Дегенеративна болест на мозокот.

- Метаболички и токсички пореметувања, вклучително алкохолизам и зависност од дрога; нападите се чести за време на одвикнување од дрога.

3. Потенцијални ургентни случаи

Во стоматолошката и орално хигиенска пракса нападите кои најчесто би барале ургентни постапки се причинети од:

- Епилепсија.
- Хипогликемија.
- Аноксија/хипоксија.
- Прекумерна доза на локален анестетик.

Табела 1

МЕЃУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЈА НА НАПАДИ

Парцијални напади (напади кои започнуваат локално)

А. Едноставни парцијални напади (без губиток на свест)

1. Со моторни знаци

2. Со соматосензорни или специјални сензорни симптоми

3. Со автономни симптоми
 4. Со психички симптоми
- Б. Комплексни парцијални напади
1. Едноставен парцијален почеток по што следи пореметување на свеста
 2. Со пореметување на свеста на самиот почеток
- В. Парцијални напади кои еволуираат до генерализирани клонички конвулзии (секундарно генерализирани)

Генерализирани напади (билатерално симетрични, без локален почеток)

- А. Неконвултивни напади
1. Апсанс напади
 2. Атипични апсанс напади
 3. Миоклонични напади
 4. Атонични напади
- Б. Конвултивни напади
1. Тонично-клонички напади
 2. Тонички напади
 3. Клонички напади

Некласифицирани епилептични напади

Г. ОРАЛНИ НАОДИ

Самата епилепсија не дава орални промени. Специфичните ефекти се поврзани со антиконвултивната терапија и користењето на фенитоин и со резултатите на оралните незгоди за време на нападите.

ГИГИВАЛНИ МАНИФЕСТАЦИИ

Гингивалната хиперплазија индуцирана од фенитоин се појавува кај 25 до 50% од лицата кои во терапијата користат фенитоин. Состојбата почесто се јавува кај институционализираните отколку кај неинституционализираните пациенти. Ниеден друг антиконвултивен лек не предизвикува таков необичен несакан ефект.

Фенитоинот, покрај епилепсијата, се користи и за терапија на многу други состојби. Меѓу нив се проблеми во однесувањето, дёткање, главоболки, невромускулни пореметувања и срцеви состојби. Присуството на гингивална хиперплазија и историјата за користење на фенитоин не треба да доведе до претпоставката дека пациентот има епилепсија.

ЕФЕКТИ ОД НЕЗГОДИТЕ ЗА ВРЕМЕ НА НАПАДИТЕ

- Лузни на усните и јазикот

За време на генерализираните тонично-клонички напади можат да бидат прегризани оралните ткива, посебно јазикот, образите или усните. Лузните можат да се забележат за време на екстраоралниот/интраоралниот преглед, а причината може да се разликува од други видови на заздравени рани.

- Фрактурирани заби

За време на тоничките и клоничките движења забите можат да бидат стегнати и бруксизмот да биде доволно силен и да доведе до фрактура на забите.

ГИНГИВАЛНА ХИПЕРПЛАЗИЈА ИНДУЦИРАНА ОД ФЕНИТОИН

Гингивалната хиперплазија е една од неколкуте несакани ефекти на терапијата со фенитоин. Состојбата се нарекува дилантин индуцирана хиперплазија, дифенилхидантоинска гингивална хиперплазија, или фенитоин индуцирана хиперплазија.

1. Несаканите ефекти на фенитоинот

Покрај гингивалната хиперплазија, и други долгорочни несакани ефекти можат да влијаат на орално хигиенски прегледи. За време на подготовката на историјата и на екстраоралниот/интраоралниот преглед, подолу описаните ефекти можат да помогнат во разбирањето на пациентовата проблематика и планирањето на третманот.

2. Општи ефекти кои можат да се појават

Не се ретки поспаност, гастроични тегоби, кожен исип, атаксија и немир. Кај жените може да се појави зголемена косматост на телото и лицето.

3. Нутритивни влијанија

Антиконвулзивните лекови влијаат на витамините К, Д и фолна киселина. Мегалобластната анемија може да биде резултат на ниското ниво на фолна киселина во кrvта. Можат да се забележат промени на епителот, како глоситис, ангуларен хеилитис и улцерации на усните, јазикот и букалната мукоза.

4. Фетален хидантоински синдром

Децата на мајки кои примале антиконвулзивна терапија за време на бременоста се повеќе склони кон малформации. Тие можат да имаат краниофацијални абнормалности, успорување на растот, ментален дефицит, конгенитални срцеви дефекти и ресцеп на усната и/или непцето.

5. Појава

- **Возраст.** Инциденцата е повисока кај помлади пациенти отколку кај постари на почетокот на терапијата.

- **Иницијална хиперплазија.** Хипреплазијата почнува да се манифестира во тек на неколку недели или дури по неколку години од иницијалното давање на лекот.

- **Дозирање и должина на терапијата.** Дозирањето и времетраењето на терапијата не мора да бидат фактори за инциденцата или природата на гингивалната хиперплазија.

- **Локализации.** Фронталната регија е обично повеќе зафатена отколку дисталните, а максилата повеќе од мандибулата. Фронтот и премоларните регии се обично повеќе алтерирани од лингвалните и палаталните делови.

- **Без заби регии.** Иако ретко, хиперплазијата може да се појави и во подрачје без заби. Во этиологијата на хиперплазијата покрај медикаментот значајна улога има денталниот плак но и траумата, иритација од протеза или присуство на дентален имплантат, заостанати корени или неизникнати заби.

6. Карактеристики на ткивото

- Ран клинички изглед

Хиперплазијата се појавува како безболно зголемување на интерденталните папили со знаци на инфламација. Потоа, ткивото станува фибротично, розеникаво и ишарано со пеги, со изглед на црница или карфиол - **Напредната лезија**

Со време, ткивото го зголемува својот волумен, се проширува на маргиналната гингива и покрива голем дел од анатомската коронка. Често, меѓу лобулите постојат вдлабнувања во облик на фисури.

- Тешка лезија. Голема, во облик на луковица, гингива може да го покрива емајлот, со тенденција да ги разделува забите еден од друг и да пречи во јавкањето.

- Микроскопски налаз. За време на терапијата, фенитоинот е присутен во плунката, крвта, гингивалниот флуид и бактериските наслаги. Се зголемува бројот на фибробласти и количеството на колаген во ткивото. Слоевитиот сквамозен епител е задебелен, со долги епителни продолжетоци.

7. Фактори кои ја комплицираат состојбата

а. Наслаги и гингвитис. Адекватната контрола на наслагите, посебно ако се започне пред примањето на фенитоин, може да го намали степенот на гингивална хиперплазија. Апликацијата на средства кои превенираат акумулација на денталниот плак (кај флуорид, хлорхексидин) е ефикасна во намалување на формирањето на бактериски наслаги и гингивална хиперплазија.

б. Други фактори кои ја комплицираат состојбата. Дишење на уста, неадекватни конзервативни полнења, големи кариозни лезии, забен камен и други фактори кои ги задржуваат наслагите ја стимулираат гингивалната хиперплазија. Во третманот мора да биде опфатено отстранувањето на неадекватни конзервативни полнења, забниот камен и санирање на кариозните лезии.

8. Терапија на гингивалната хиперплазија индуцирана со фенитоин

а. Конзервативно лекување

Отстранувањето на наслагите со фокусирана програма за контрола на бактериските наслаги може да помогне во регресија на раните лезии. Сепак, кога ткивото ќе стане фибротично не може да се очекува да дојде до повлекување.

Програмата за превенција и контрола треба да започне пред или истовремено со иницијалното давање на фенитоин.

б. Промена на препишаните лекови

Фенитоин, сам или со фенобарбитал, е лек на избор за пациенти со генерализирани напади од воведувањето на лекот во 1938 година. Другите лекови кои во моментот се користат не предизвикуваат гингивална хиперплазија. Кога пациентот има тежок проблем и се соочува со срам и социјални проблеми поради изгледот на гингивата, на лекарот може да му се предложи можноста за промена на лекот кој се користи. Ако е тоа возможно, таквата промена треба да се направи точно пред гингивектомијата или другата хируршка процедура која се планира.

в. Хируршко отстранување

Под претпоставка дека постои доволен квантум на прикрепена гингива, хируршка метода од избор е гингивектомијата. Пред операцијата треба да се воведе прилагодена програма за контрола на наслагите и со неа да се продолжи веднаш по отстранувањето на хируршкиот заштитен завој.

Г. ОРАЛНО ХИГИЕНСКА НЕГА

Кај пациентите со епилепсија општото здравје има посебно значење, при што контролата на оралното здравје ќе придонесе во сèкупната грижа за пациентот. Кај оние пациенти кои се сушчуваат со проблемот на фенитоин индуцираната гингивална хиперплазија, акцентот на прегледите е насочен кон сè вкупниот програм за орална хигиена до кој треба цврсто да се придржува, ако се сака да се одржи гингивалната хиперплазија на минимално ниво.

а) Историја на пациентот

Освен во невообичаена ситуација, најголемиот број пациенти со епилепсија пред стоматолошкиот преглед поминале низ темелен медицински преглед. Сепак, во подготовката на историјата на пациентот сите пациенти треба да се прашаат дали некогаш имале напад или дали во моментот имаат повторувани или повремени напади. Ако одговорот е позитивен, индицирано е дополнително распрашување.

- Историја на напади

Прашања за видот, честотата, тежината и времетраењето на епизодите. Потребата од било каква посебна премедикација и сите информации кои можат да имаат примена во текот на стоматолошките и оралните хигиенски прегледи мораат да бидат внимателно документирани.

- Лекови

Се документираат видот, дозата, ефикасноста во контролата на нападите и познатите несакани ефекти на лекот. Пациентите кои користат валпроинска киселина може да имаат пореметувања во коагулацијата на кrvта и треба да бидат прашани дали имаат крварења и дали лесно добиваат модрици. Пред отстранувањето на наслагите или хируршката терапија, кога може да се очекува крварење, треба да се направат крвна слика и да се одреди времето на крварење, кои обезбедуваат важни информации за да се спречи појавата на ургентна состојба.

б) Приод кон пациентот

- Обезбедете мирна атмосфера која влева сигурност.
- Имајте трпение и емпатија; избегнувајте да покажувате преголемо внимание.
- Охрабрувајте го самоизразувањето, посебно ако пациентот е тивок и повлечен и има тесни интереси.
- Препознајте го можноот оштетување на меморијата при повторувањето на процедурите за лична орална нега.
- Помогнете му на пациентот да развие интерес за да се грижи за устата; пофалете ги сите мали успехи.
- Лековите кои се користат во терапијата го прават пациентот поспан.

- Имајте разбирање кога пациентот доцни или нема да дојде на закажаниот преглед.

- Испланирајте телефонски да го потсетите во соодветно време, ако пациентот постојано доцни.

- Немојте да ја замените поспаноста (ефектите на лековите) со невнимание.

1. План за лекување: инструментација

Потребите во лекувањето на пациентот со гингивална хиперплазија индуцирана со фенитоин беа описаны претходно. Орално хигенската терапија , планирана во рамките на севкупниот план за лекување, се одредува според тоа дали пациентот штотуку започнува со терапијата со фенитоин или, ако веќе прима фенитоин, според тежината на гингивалната хиперплазија.

a. Пред и на почетокот на терапијата со фенитоин

Како подготвка за терапијата со фенитоин се воведува ригорозна програма за контрола на наслагите и комплетно отстранување на наслагите. Пациентот (и родителите) мораат да сфатат дека со контролирање на оралната хигиена и акцент врз сите фази на превенцијата гингивалната хиперплазија во голем степен може да биде превенирана.

б. Иницијална серија прегледи за пациентот кој е под терапија со фенитоин

Се планираат неделни прегледи кога ќе бидат давани инструкциите за правилно одржување на орална хигиена и отстранување на наслагите со цел да се постигнат :

- *Минимална гингивална хиперплазија.* Може да се очекува конзервативната терапија, вклучително чести темелни отстранувања на наслагите, да доведе до намалување на хиперплазијата, ако и пациентот соработува преку дневната контрола на наслагите. Честите контролни прегледи во функција на одржување на постигнатите резултати можат да придонесат во реализацијата на поставената цел.

- *Умерена гингивална хиперплазија.* По иницијалната серија на давање на инструкции и отстранување на наслагите неделно, реевалуацијата на терапискиот успех може да одреди дали се потребни понатамошни третмани. Оптималното ниво на орално здравје може да се постигне со промена на лекот со друг антиконвулзивен лек, со хируршка терапија и со континуирани чести контролни прегледи.

- *Тешка фиброзна хиперплазија.* Се изведуваат иницијалното отстранување и контрола на наслагите за да се постигнат услови за хируршка терапија. Со лекарот кој го води пациентот треба да се разговара за можноста за промена на лекот или промена на дозата.

в. Интервали на контролни прегледите за одржување на постигнатите резултати

Индцирани се чести прегледи на 1, 2 или 3 месеци, во зависност од тежината на гингивалната хиперплазија и способноста и мотивацијата на пациентот за одржување на оралното здравје. Најголемиот број од пациентите имаат потреба од континуирана помош и супервизија, при што на нивниот одговор влијаат инструкциите и посветеноста на стоматолошкиот персонал.

2. План за лекување: превенција

Дневното отстранување на наслагите и терапијата со флуор, користењето на средства за залевање на јамички и фисури и контролата на диетата, играат суштинска улога во негата на пациентот со конвулзивно пореметување. Започнувањето со превентивни мерки што е можно порано по дијагностицирањето на болеста може да придонесе за севкупното здравје и благосостојба на пациентот.

Е. УРГЕНТНА НЕГА

При појава на напад, не треба да се прават обиди за стопирање на конвулзиите или совладување на пациентот.

Овде се вклучени некои дополнителни предлози за нега на пациентот за време на генерализиран напад, кои можат да се применат во стоматолошката ординација.

1. Цели

- а. Да се спречи телесна повреда.
- б. Да се спречат повреди на оралните структури, како на пример:
 - Прегризан јазик.
 - Скршени или дислоцирани заби.
 - Дислоцирана или скршена вилица.
 - Скршени фиксни или мобилни протези.
 - Да се осигури адекватно дишење.

2. Подготовка за преглед

Кога медицинската историја на пациентот укажува на епилепсија, мерките на претпазливост можат да ги спречат компликациите, ако дојде до појава на напад.

- а. Ставете ги материјалите за ургентна состојба на погодно место.
- б. Пациентот нека ги извади протезите за време на прегледот.
- в. Обезбедете мирна атмосфера која влева сигурност.
- г. Останатиот стоматолошки персонал нека биде на располагање во случај на ургентна состојба.

3. Ургентна процедура (табела 54-2)

Стоматолошката клиника или ординација има одговорности адекватно да реагира за време на секоја ургентна состојба. Започнувањето на процедурата во случај на ургентна состојба при напад се одвива по вообичаената постапка.

- а. Прекинете ја процедурата; повикајте помош; јавете дека се работи за медицинска ургентна состојба.
- б. Пациентот поставете го во соодветна положба; спуштете го столот така да пациентот е легнат на грб; подигнете ги нозете.
- в. Тргнете ја на страна подвижната опрема и инструментите.
- г. Олабавете го стегнатиот колан, јаката, вратоврската.
- д. **НЕМОЈТЕ** да ставате (или со сила да буткате) ништо помеѓу забите.
- ѓ. Воспоставете проток на воздухот; проверете дали постои пречка која го отежнува или оневозможува дишењето; обезбедете основна поддршка на виталните функции, кога тоа е индицирано.

4. Постиктала фаза

- а. Пополнете го *Формулароӣ за урѓенӣни сосӣојби*
- б. Дозволете му на пациентот да се одмори.
- в. Зборувајте со пациентот со мирен глас кој влева доверба. Побарајте од набљудуачите да го остават пациентот и да му дадат приватност.
- г. Проверете ја усната празнина за да утврдите дали постои траума на забите или ткивата. Може да се пружи палијативна нега. Кога е скршен заб, мора да биде најдено парчето за да се спречи аспирација.

СПРАВУВАЊЕ СО ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ ТОНИЧКО-КЛОНИЧКИ НАПАДИ (ГРАНД МАЛ)

Продромална фаза

Прекинете ја стоматолошката процедура

Иктална фаза

Поставете го пациентот во соодветна положба
(на грб, со лесно подигнати нозе)

Побарајте медицинска помош

Заштитете го пациентот од повреда

Обезбедете основна поддршка за виталните функции, според индикација

Дајте кислород

Мониторирајте ги виталните знаци

Постиктала фаза

Обезбедете основна поддршка на виталните функции, според индикација

Влејте му доверба на пациентот и дозволете му да се опорави

Отпуштете го пациентот и испратете го:

во болница

дома

на лекар

МАЛИ ТЕХНИЧКИ СОВЕТИ

- I. Никогаш не користете стаклен шприц или друг кршилив инструмент кога постои можност за појава на напад.
- II. Кога пациентот повраќа во текот на нападот, како мерка за прва помош против аспирација на повратената содржина во дишните патишта користете моќен аспиратор со широк врв за отстранување на материјалот од устата.

РЕФЕРЕНЦЕС

9. **Америцан Ацадемс оф Педиатриц Дентистрс:** Орал Хеалтх Полициес, Статемент он Адолесцент Орал Хеалтх, Mas, 1994, *Педиатр. Дент.*, 20, 24, Специал Иссуе, Новембер, 1998.
14. **Америцан Дентал Ассоциацион,** Хеалтх Фоундатион Ресеарцх Институте, Департмент оф Тоцицологз: Антибиотиц Интерференце нынх Орал Цонтрацептивес, J. Am. Dent. Assoc., 122, 79, Децимбер, 1991
3. **Албандар,** J.M., Броњн , Л.Ј., анд Лое, X .: Цлинициал Феатурес оф Еарлз-онсет Периодонтитис, J. Am. Dent. Assoc., 128, 1393, Октобер, 1997.
4. **Бисхоп,** K., Думмер, П.М.Х., Кингдон, А., Нењцомбе, Р.Г., анд Аддс, М.: Радиографхиц Алвеолар Боне Лосс фром Постериор Теетх ин Соунг Адултс Овер а 4-seap Период. J. Clin. Periodontol., 22, 835, Новембер, 1995.
6. **Броњн,** Л.Ј., Албандар, J. M., Брунелле, J. A., анд Лое, X.: Еарлз-онсет Периодонтитис: Прогрессион оф Аттацхмент Лосс Дуринг 6 Seaps, J. Periodontol., 67, 969, Октобер, 1996.
10. **Цампбелл,** М.А. анд МцГратх, П. Ј.: Усе оф Медицатион бс Адолесцентс фор тхе Манагемент оф Менструал Дискомфорт, Арцх. Педиатр. Адолесц. Мед., 151, 905, Септембер, 1997
2. **Царранза,** Ф.А. анд Нењман, М.Г.: Цлинициал Periodontologs, 8th ед. Пхиладелпхия, Њ.Б. Саундерс Цо., 1996,пп.192,240.
16. **Циберка,** Р.М., Нелсон, С.К., анд Лефебвре, Ц.А.: Бурнинг Моутх Синдроме; А Ревиев оф Етиологиес, J. Prosthet. Dent., 78, 93, Јулс, 1997.
12. **Грејданус,** Д.Е. анд Пател, Д.Р.: Цонтрацептион, ин Мц-Анарнес, Е.Р., Креипе, Р. Е., Орр, Д. П., анд Цомерци, Г. Д.:Teутбоок оф Адолесцент Медицине. Пхиладелпхия, Њ.Б. Саундерс Цо., 1992, пп.676-685.
5. **Хансен,** Б. Ф., Гјермо, П., Беллини, Х. Т., Иханамаки, К., анд Сацен, Л.: Преваленце оф Радиографхиц Алвеолар Боне Лосс ин Соунг Адултс, А Мултинационал Студс, Интернат. Дент. J., 45,54, Фебруар, 1995
17. **Јеффкоат,** М.К. анд Цхеснут, Ц.Х.: Системиц Остеопоросис анд гОрал Боне Лосс: Евиденце Схоњс гИнциреасед Фацторс, J. Am. Dent. Assoc., 124,49, Новембер, 1993.
8. **Регис,** Д., Мацгрегор, И.Д.М., анд Балдинг, J.Н.: Дифферентиал Предицтион оф Дентал Хеалтх Бехавиоур бс Селф-естеем анд Хеалтх Лоцус оф Цонтрол ин Соунг Адолесцентс, J. Clin. Periodontol., 21, 7, Јануар, 1994
1. **Ресницк,** М.Д., Беарман, П.С., Блум, Р.Н., Бауман, К.Е., Харрис, К.М., Јонес, Ј., Табор, Ј., Беухринг, Т., Сиевинг, Р.Е., Схењ, М., Иреланд, М., Беарингер, Л.Х., анд Удрс, Ј.Р.: Протеџтинг Адолесцентс Фром Харм. Финдингс фром тхе Национал Лонгитудинал Студс он Адолесцент Хеалтх, JAMA, 278,823, Септембер 10,1997.
57. **Перрс,** Д. А., Беемстербоер, П. Л., анд Таггарт, Е.Ј.: Periodontologs фор тхе Дентал Хигиенист. Пхиладелпхия, Њ.Б. Саундерс Цо., 1996, пп. 103-109
13. **Зацхариасен,** Р. Д.: Еффект оф Антибиотиц он Орал Цонтрацептиве Еффициацс, J. Dent. Xsg., 65,334, Септембер, 1991.

РЕФЕРЕНЦЕС

11. **Баум**, Б.Ј.: Саливарс Гланд Флуид Сеџретион Дуринг Агинг, *J. Am. Гериатр. Соц.*, 37, 453, Mas, 1989.
15. **Фелдер**, Р. С., Нардоне, Д., анд Палац, Р.: Преваленце оф Предиспосинг Фацторс фор Ендоцардитис Амонг ан Елдерлс Институтионализед Популатион, *Орал Сург. Орал Мед. Орал Патхол.*, 73, 30, Януар, 1992.
6. **Гамберт**, С.Р.: Алцохол Абусе : Медицал Еффектс оф Хеавс Дринкинг ин Лате Лифе, *Гериатрицс*, 52,30, Јуне, 1997.
10. **Робинсон**, Х.Б.Г. анд Миллер, А.С.: *Цолбс, Керр, анд Робинсонес Цолор Атлас оф Орал Патхологс*, 5th ед. Пхиладелпхия, Ј.Б. Липпинцотт Цо., 1990, п.141.
9. **Риггс**, Б. Л., анд Мелтон, Л. Ј.: Тхе Превентион анд Треатмент оф Остеопоросис, *N. Енгл. J. Мед.*, 327, 620, Август 27, 1992.
2. **Родз**, J.A.: Дентал Неедс: Тхе Њелл Елдерлс, *ДенталХигиенист-Нејс*, 3, 13, Фалл, 1990.
13. **Селтзер**, С. анд Бендер, И.Б.: *Тхе Дентал Пулп. Биологиц Цонсiderатионс ин Дентал Процедурес*, 3rd ед. Ст. Лоус, Исхизаку ЕуроАмерица, 1990, pp.324-348.
12. **Стамм**, Ј. Њ., Банting, Д. Њ., анд Имрес, П. Б.: Адулт Роот Цариес Сурвес оф Тњо Симиilar Цоммунитиес Њитх Цонтрастинг Натурал Њатер Флуориде Левелс, *J. Am. Дент. Асоц.*, 120, 143, Фебруар, 1990.
3. **Терпеннинг**, М.С. анд Брадлез, С.Ф.: Њех Агинг Леадс то Инцреасед Сусцептибилитс то Инфецион, *Гериатрицс*, 46, 77, Фебруар, 1991.
7. **Вон Њоњерн**, Н., Клаусен, Б., анд Коллеруп, Г.: Остеопоросис: А Рицк Фацтор ин Периодонтал Дисеасе, *J. Periodontol.*, 65, 1134, Деџембер, 1994.
8. **Њацтањски-Њенде**, Ј., Гросси, С.Г., Тревисан, М., Генцо, Р.Ј., Тезал, М., Дунфорд, Р. Г., Хо, А.Њ., Хаусманн, Е., анд Хресхуксхшн, М. М.: Тхе Роле ооф Остеопениа ин Орал Боне Лосс анд Периодонтал Дисеасе, *J. Periodontol.*, 67, 1076, Супплемент, Октобер, 1996.
5. **Њартенберг**, А.А. анд Ниренберг, Т.Д.: Алцохол над Отхер Друг Абусе ин Олдер Патиентс, ин Реицхел, Њ., ед.: *Царе ооф тхе Елдерлс. Цлинициал Аспецтс ооф Агинг*, 4th ед. Балтиморе, Њиллиамс & Њилкинс, 1995, pp.133-141.
4. **Њоолерс**, Њ. А.: Оццуулт ХИВ Инфецион: Диагносис анд Треатмент ооф Олдер Патиентс, *Гериатрицс* 52, 51, Новембер, 1997.
1. **Њорлд Хеалтх Организацион:Планинг анд Организацион ооф Гериатриц Сервицес.** Генева, Њорлд Хеалтх Организацион, Техничкал Репорт Серие, Нумбер 548, 1974, п.11.
14. **Зандер**, Х. А. анд Хурзелер, Б.: Цонтинуус Цементум Аппоситион, *J. Дент. Рес.*, 37, 1035, Новембер-Деџембер, 1958.

РЕФЕРЕНЦЕС

1. **Унитет Статес Ељуал Емплосмент Опортунитс Цоммиссион анд тхе У.С. Департмент ооф Јустице:** Америцанс њитх Дисабилитиес Акт Хандбоок. ЕЕОЦ-БК-19, Октобер, 1991, Апендиц Н. Титле ИИ Хигхлигхтс.

2. **Ньорлд Хеалтх Организатион:** *Интернатионал Цлассифициацлон оф Импаирментс, Дисабилитиес, анд Хандицапс.* Генева, Ньорлд Хеалтх Организатион, 1980.
3. **Унитет Статес Ельуал Емплосмент Оппортуунитс Цоммиссион анд тхе У.С. Департмент оф Юстице:** Америцанс юитх Дисабилитиес Акт Хандбоок. ЕЕОЦ-БК-19, Окtober, 1991, Аппендиц Б. АДА Аццессибилитс Гуиделинес.
4. **Посницк,** Н.Р. анд Мартин, Х.Х.: Нъхеел Цхаир Трансфер Тецхнильуес фор тхе Дентал Оффицие, *J. Am. Dent. Assoco.*, 94, 719, April, 1977.
5. **Стиефел,** Д. J.: Нъхеелцхаир Трансферс ин тхе Дентал Оффицие, *Дентал-Хгиенист Нењс*, 8, 21, Нумбер 4, 1995.
6. **Меадор,** Х.Г.: Тоотхбрусхинг : А Сенсибле Аппроацх фор тхе Менталлс Ретардед, *Дент. Xsg.*, 53, 462, Окtober, 1979.
7. **Дунцан,** J. L.: Инкорпоратинг Орал Хгиене Процедурес ин Гериатриц Нурсинг Хомес, *Дент. Xsg.*, 53, 519, Новембер, 1979.
8. **Прице,** В.Е.: Тоотхбрусх Модифициацлонс фор тхе Хандицаппед, *Дент. Xsg.*, 54, 467, Окtober, 1980.
9. **Срода,** Р. анд Плезиа, Р. A.: Орал Хгиене Девицес фор Специал Патиентс, *Спец. Царе Дентист.*, 4, 246, Новембер-Децембер 1984.
10. **Албертсон,** Д.: Превентион анд тхе Хандицаппед Цхилд, *Дент. Цлин. Нортх Ам.*, 18, 595, July, 1974.
11. **Еттингер,** R. L. анд Пинкхам, J. R.: Орал Хгиене анд тхе Хандицаппед Цхилд . *J. Инт. Assoco. Дент. Цхилд.*, 9,3, July, 1978.
12. **Нъиллиамс,** H.J. анд Счхуман, H.J.: Тхе Цурвед-бристле Тоотхбрусх: Аи Аид фор тхе Хандицаппед Популатион, *ASDC J. Dent. Цхилд.*, 55, 291, July-August, 1988.
13. **Муллиган,** R.A.: Десигн Цхарацтеристицс оф Елецтриц Тоотхбрусхес Импортант то Пхсциаллс Цомпромисед Патиент, *J. Dent. Res.*, 59, 450, Абстрацт 731, Специал Иссуе A, Марцх, 1980.
14. **Ettinger,** R. L. and Pinkham, J. R.: Dental Care for the Homebound- Assessment and Hygiene, *Aust. Dent. J.*, 22, 77, April, 1977.
15. **Nowak,** A.J.: *Dentistry for the Handicapped Patient.* St. Louis, Mosby, 1976, pp. 167-192.
16. **Ripa,** L.W. and Cole, W.W.: Occlusal Sealing and Caries Prevention: Results 12 Months After a Single Application of the Adhesive Resin, *J. Dent. Res.*, 49, 171, January, 1970.
17. **Richardson,** B.A., Smith, D.C., and Hargreaves, J. A.: A-5 Year Clinical Evaluation of the Effectiveness of a Fissure Sealant in Mentally Retarded Canadian Children, *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 9,170, August, 1981.
18. **Feigal,** R.J. and Jensen, M.E.: The Cariogenic Potential of Liquid Medications: A Concern for the Handicapped Patient, *Spec. Care Dentist.*, 2, 20, January- February, 1982.
19. **Gertenrich,** R. L. and Hart, R. W.: Utilization of the Oral Hygiene Team in a Mental Health Institution, *ASDC J. Dent. Child.*, 39,174, May-June, 1972.
20. **Pattison,** A. M. and Pattison , G. L.: *Periodontal Instrumentation*, 2nd ed. Norwalk, CT, Appleton& Lange, 1992, pp.355-408.

REFERENCES

1. **International League Against Epilepsy**, Commission on Classification and Terminology: Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures, *Epilepsia*, 22, 489, August, 1981.
2. **International League Against Epilepsy**, Commission of Classification and Terminology: Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes, *Epilepsia*, 30, 389, July\ August, 1989.
3. **Malamed**, S.F.: *Handbook of Medical Emergencies in the Dental Office*, 4th ed. St. Louis, Mosby, 1993, pp. 279-297.
4. **Wyllie**, E.: *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice*, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, pp. 808-855.
5. **Brodie**, M. J. and Dichter, M. A.: Antiepileptic Drugs, *N. Engl. J. Med.*, 334, 168, January 18, 1996.
6. **Engel**, J.: Surgery for Seizures, *N. Engl. J. Med.*, 334, 647, March 7, 1996.
7. **Angelopoulos**, A. P. and Goaz, P. W.: Incidence of Diphenylhydantoin Gingival Hyperplasia , *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.*, 34, 898, December, 1972.
8. **Rees**, T. D. and Levine, R. A.: Systemic Drugs s a Risk Factor for Periodontal Disease Initiation and Progression, *Compend. Cont. Educ. Dent.*, 16, 20, January, 1995.
9. **Poppell**, T. D., Keeling, S. D., Collins, J. F., and Hassell, T. M.: Effect of Folic Acid on Recurrence of Phenytoin-Induced Gingival Overgrowth Following Gingivectomy, *J. Clin. Periodontol.*, 18, 134, February, 1991.
10. **Delgado-Escueta**, A. V. and Janz, D.: Consensus Guidelines: Preconception Counseling, Management, and Care of the Pregnant Woman With Epilepsy, *Neurology*, 42,149, Supplement 5, April, 1992.
11. **Hassell**, T. M.: *Epilepsy and the Oral Manifestations of Phenytoin Therapy*. Monographs in Oral Science, Volume 9. London, S. Karger, 1981, pp. 116-127.
12. **Bredfeldt**, G. W.: Phenytoin- Induced Hyperplasia Found in Edentulous Patients, *J. Am. Dent. Assoc.*, 123, 61, June, 1992.
13. **McCord** , J. F., Sloan, P., and Hussey, D. J.: Phenytoin Hyperplasia Occurring Under Complete Dentures: A Clinical Report, *J. Prosthet. Dent.*, 68,569, October, 1992.
14. **Chee**, W. W.L., and Jansen, C. E.: Phenytoin Hyperplasia Occurring in Relation to Titanium Implants: A Clinical Report, *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 9, 107, No.1, 1994.
15. **Carranza**, F. A.: Treatment of Gingival Enlargement, in Carranza, F. A. and Newman, M.G.: *Clinical Periodontology*, 8th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1996, pp.674-675.
16. **Hassell**, T. M., White, G. C., Jewson, L. G., and Peele, L. C.: Valproic Acid : A New Antiepileptic Drug With Potential Side Effects of Dental Concern, *J. Am. Dent. Assoc.*, 99, 983, December, 1979.

Промоција на орално-што здравје

Што е здравје?

Во медицината здравјето најчесто се означува како недостаток на некоја препознатлива патологија Доброто здравје и нарушеното здравје се повеќе релативна состојба на чувствување , па оттука здравјето е описано како состојба на оптимален капацитет за ефективно извршување на соодветните задачи.

Оттука произлегува дека промоцијата на здравјето треба да води грижа не само за превенцијата на болестите во оралната празнина , туку и за животните навики на секој поединец кои можат да го засегнат како оралното така и општото здравје .

Генералната цел на промоцијата на оралното здравје не се разликува суштествено од целите на било кој стоматолошки третман ,односно да се постигне задржување на дентицијата во текот на целиот живот што е најпријатно како за поединецот така и функционално и социјално најприфатливо ,а кое воедно придонесува за добро општо здравје

Меѓутоа промоцијата на доброто орално здравје треба да се разгледува и како поопшт концепт при што се вклучуваат аспекти од општото здравје како намалување на ризикот од инфективен ендокардитис од бактериемии со орално потекло кај сусспектни индивидуи, намалување на ризикот од иридоциклитис, намалување на ризикот од предвремено породување ,намалување на ризикот од донесување на свет плод со помала родилна тежина, преку овозможување на индивидуата соодветно се храни , па се до градењето на самодоверба и добра претстава за себеси.

Треба да се нагласи дека некои индивидуи со поголема подложност на болести можат да бидат неспособни да ја задржат природната дентиција за целиот живот. Во таа смисла, има состојби на забите како на пример тешки малоклузии, импактирани заби и др. кои ги оневозможуваат нормалните превентивни мерки. Затоа, идеалната орална хигиена може за нив да биде недостижна. Во најголем број кај ваквите случаи треба да се примени индивидуален пристап кон секој пациент согледувајќи ги потребите и можностите на секој поединечно , Во спротивно генералниот пристап во пласирањето на едукациската порака која не ги задоволува индивидуалните потреби може да резултира со непотребни и неправилни чувства на вина кај овие индивидуи

ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЈЕТО

Со цел да се процени како се вклопува здравствената промоција во превенцијата на стоматолошките болести, неопходно е да се разгледаат и факторите кои можат да влијаат на оралното здравје.

Познато е дека на бактерискиот плак, шеќерот и флуоридите неоспорно им се префрла за двете најчести стоматолошки болести: кариесот и пародонталната болест. Контролата на создавањето на плакот, радикална редукција на шеќерите во диета и експедитивна употреба на флуориди пролонгирано и долгорочно ќе ги превенира овие болести. .

За жал, не секогаш овие фактори во нашите животи можат да се контролираат. Храната често е купена и подготвена за нас така што немаме контрола на количината шеќери што се конзумира или пак кога се јадат воопшто. Недостатокот на средства во општеството може да резултира со нефлуорирана вода за пиење .

Ваквите фактори се описаны како детерминанти на здравјето. Основата за разгледување на детерминантите на здравјето била предложена од Лалонде (1974). Тој укажал дека има четири основни елементи или полинја кои имаат улога во детерминирањето на здравјето.

1. Биолошки: Ова е детерминирано долгорочно со генетското наследство. Феномен кој е чест кај многу хронични болести напаѓајќи го потомството. Тој е варијација од индивидуалната подложност на состојби и покрај очигледанта сличност на нивна експозиција на препознатливи етиолошки фактори.. Друг голем биолошки аспект над кој немаме контрола е матурацијата и стареењето и нивниот ефект на оралните ткива. Засега може многу малку да се стори во врска со оваа биолошка детерминанта. Брзиот развој на генетиката во иднина, веројатно ќе овозможи контрола и во овој сегмент.

2. Средина: Ова ги зафаќа оние фактори кои не опкружуваат во секојдневниот живот. Средината може да има видливи ефекти врз здравјето ако ги земеме во обзир аспектите како загадувањето на водата и воздухот и употребата на пестициди во непреработената храна, како овошјето, дневните продукти и месото. Факторите на животната средина вклучуваат и ниво на флуорирање на водата за пиење и ефектот врз нивото на кариес. Ние живееме и во социјална средина. Социо-економскиот недостаток е во корелација со многу болести и состојби на морбидитет меѓу кои и се и заразните болести, кои одново го компромитираат и оралното здравје

3. Начин на живот: Општо е прифатено дека начинот на живот веројатно има најдолготраен ефект врз здравјето и болеста, а голем дел од традиционалниот период во стоматолошката здравствена едукација е цел на оваа тема. Во стоматологијата, ова главно ја зафаќа модификацијата на диеталниот режим и техниката на орална хигиена. Меѓутоа, унапредувањето на здравјето зема во обзир пошироки аспекти на животниот стил а, не само секојдневните навики.

4. Систем на здравствена заштита: Квалитетот, квантитетот и еднаквоста на системот за здравство и спроведувањето на здравствената заштита ги афектира животите на многу луѓе. . Секако во стоматологијата планирањето на третманот е главна преокупација,. Пристапот до здравствениот систем е исто така важна детерминанта при неговата употреба воопшто. На пример, пониските социо-економски групи, кои се мачат со најтешки здравствени проблеми, имаат најголеми тешкотии во пристапот до превентивен здравствен систем

Секако , лесно може да се заклучи дека во обидот да го унапредиме здравјето и да ги превенираме заболувањата од неспорна важност е да се ценат сите фактори кои играат улога во здравјето и болеста.

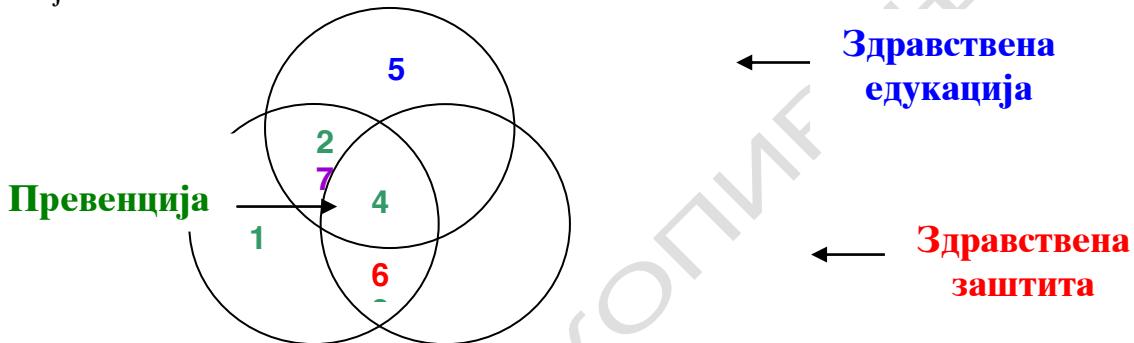
УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО (ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЈЕТО)

Промоцијата на здравјето честопати била изедначувана со здравствена едукација, но поновиот концепт промоцијата на здравјето ја опишува како процес на оспособување на луѓето и заедниците да ја зголемат контролата над детерминантите на здравјето и со тоа да го подобрят нивното здравје УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО е процес на оспособување на луѓето да ја зголемат контролата над своето здравје и истото да го подобрят.

ЗДРАВСТВЕНО ОБРАЗОВАНИЕ е активност која овозможува образование, учење за сопственото здравје и соодветно на тоа трајно менување на индивидуалните способности. Тоа може да даде промени во разбирањето на работите или начините на размислување; може да доведе до промени во верувањето или ставот и овозможува усвојување на способности; Истото може да создаде промени во однесувањето, навиките и животниот стил.

Унапредувањето на здравјето вклучува аспекти од индивидуалниот начин на живот, структурата на општеството и мултидисциплинарниот пристап на здравството.

Еден убедлив модел на унапредување на здравјето е предложен од Таннахилл (1985) кој ги опишува трите есенцијални елементи за промоција на здравјето. Овие три есенцијални елементи за промоција на здравјето се: здравствена едукација, превенција и здравствена заштита. Интерните врски меѓу овие три елемента создаваат седум домена (сл.ика). Секој од овие седум домена може да биде описан во рамките на промоцијата на здравјето за да ги илустрира широко рангираните влијанија кои можат да бидат употребени за да ја достигнат здравствената цел (Доњние и сор. 1990). И покрај тоа што границите на овие домени остануваат малку нејасни и се преклопуваат, овој модел дава добра основа за дискусија за промоцијата на здравјето и за нејзината корелација со стоматологијата.



Модел на промоција на здравјето (по Таннахилл, во Хеалтх Промотион од Доњние, Фсфе и Таннахилл (1990). Глава 4.)

Првите четири домени ја нагласуваат превенцијата на болеста. Тие инволвираат многу служби кои веќе постојат во рамките на болниците, заедниците и општите стоматолошки служби. Крајните три домена се задолжени за зајакнување на позитивното здравство.

1. Превентивни служби и дејности

Постоењето на служби вклучува програми за следење, надгледување на училиштата, кои служат за идентификација на децата на кои може им е потребна стоматолошка помош, упатувајќи ги на општ стоматолог или на клиника. Тогаш превенцијата може да биде спроведена во форма на залевање на фисурите и апликација на флуориди за да го намалат кариесот кај овие идентификувани високо ризични групи. Друга служба е професионалното чистење на забите кај стоматолог или стом. хигиеничар со надеж ваквиот третман да ја намали инциденцијата на пародонталната болест. Има простор за проширување на овие служби на пример во развојот на надгледувачките програми за рано откривање на канцерогени промени во устата или други состојби на меките орални ткива. Утврдено е дека оралниот канцер што порано се диагностицира, толку подобри се долгочните прогнози за пациентите и исто така редукцијата на морбидитетот што следи со ова, значи помалку трошоци за здравствено згрижување. Вакви надгледувачки програми можат да бидат дел од стоматолошкиот преглед или да бидат вклучени во здравствените проверки што се спроведуваат во општата медицинска пракса.

Превентивна здравствена едукација

Превентивната здравствена едукација има за цел да влијае врз животниот стил и навиките за орална хигиена во корист на превенција на оралните болести. Исто така има за цел поддршка на активноста на превентивните служби, претходно објаснети. Поддршката за нега на забите и гингивата и советите против пушењето и алкохолот за превенција на рак, се наоѓаат под овој наслов. Традиционалната стоматолошка здравствена едукација, онаква каква што била практикувана со години е во рамките на овој домен,. Овој тип на здравствена едукација често се јавува на база 'еден на еден' но сепак си наоѓа свое место во единиците и училиштата за стоматолошка здравствена промоција.

Превентивна здравствена заштита

Превентивната здравствена заштита е употреба од легални и фискални контроли и политика, или волонтерски начин на работа за превенција на болеста', кое израсна од старите регуларни јавни здравствени мерки. Флуорирањето на водоводната вода е одличен пример за ова и улогата на флуоридите во редукција на кариесот е како искуство надалеку прифатено. Употребата на флуоридите во солта претставува уште еден ефикасен начин применет во некои кантони во Швајцарија кој може да понуди успешна алтернатива на флуоризацијата на водата за пиење каде водоснабдувањето е лимитирано од трошоците за флуоризација Понатамошен пример може да се наведе волонтерскиот начин на работа во трговската мрежа кој може да обезбеди нов трговски израз, да ги отстрани слатите продукти од касите на супермаркетите и да ги поддржи производителите да пронајдат здрави алтернативи за ужинките. Волонтерството или легалната контрола може да се искористи и за убедување на маркетингот да не промовираат јадење на слатки пред спиење или барем да акцентираат конзумирање на ужинка од благи производи само меѓу оброците, Политиката за етикетирање на храната е веќе развиена, но не е веројатно дека ќе биде задолжително да се означи и количината на шеќер на секој продукт, одделно од содржината на јаглехидрати. Конечно, превентивната здравствена заштита е и за обезбедување на инфраструктура и легислатива неопходна секому да му овозможи пристап до превентивните служби каде има и стоматолог.

Здравствена едукација за превентивна здравствена заштита

Треба да се осигури фактот дека оние кои се во позиција да ја развиваат оваа политика, ја разбираат важноста на превентивната здравствена заштита. Основата на здравствената едукација за превентивна здравствена заштита е со цел да им влијае на овие одлучувачки фактори. Тоа има многу заедничко со лобирањето на различни политички групи и други влијателни тела да ја разберат потребата од превентивна здравствена заштита . . Важно е да се обезбеди одлучувачите и потрошувачите на здравствената заштита да разберат зошто треба да се обезбедат пари за превентива и набљудувачки (скрининг) програми како и за третмани на лицата идентификувани како лица со висок ризик за развивање на орални болести. Здравствената едукација во корист на здравствената заштита исто така спроведува поттикнување на мулти-агенциска свест за придобивките од добро орално здравје и обезбедување на поддршка за вклопување на пораката за промоција на оралното здравје во политиката и програмите на други професионалци. Должност е да се.eduцираат други професионалци за тоа како можат да ги промовираат позитивните ставови за

здрава уста со промовирање на здрав начин на живот. Еден пример би бил да се активира поддршка од фармацевтите. Тие би можеле да се поттикнат да промовираат продажба на лекови и пом. лек. средства кои не содржат шеќер освен ако тој не е специјално потребен во лекот, исто би можеле да даваат совети за 'пријателски за забите' лекови кои не одат на рецептата. Друг влијателен субјект би бил здравствениот посетувачи, кој би можеле исто така да даваат совети за важноста на млечните заби и како истите да се заштитат од забен кариес.

Останатите три домени се фокусираат на позитивните димензии на здравството преку употребата на позитивни здравствени мерки и осветлување на придобивките во квалитетот на животот. Тие се задолжени со развој на позитивни здравствени атрибути како високи нивоа на себе почитување и развивање на способности за одлучување. Во развивањето на ваквите способности и создавање на самодоверба, луѓето се поверијатно ќе можат да ги исполнат социјалните очекувања и притисокот на окolinата против промени. До полесно правење на здрав избор, се доаѓа преку зајакнување на индивидуата или заедницата.

Позитивна здравствена едукација

Позитивната здравствена едукација бара други фактори за разлика од чисто биомедицинските причини на болеста. Тоа ќе им дозволи на луѓето да прават правилни пресуди и да го изберат овој начин на дејствување, кој според нив ќе им користи ним и во исто време ќе ги намали ризиците од заболување¹. Употребата од позитивни здравствени едукациски пораки може индиректно да му помогне на оралното здравје и обратно, употребата на пораки за орално здравје може да му влијае на општото здравје. На пр. поттикнувањето на здрава диета веројатно би вовела пониска конзумација на шеќер. Стоматолошките придобивки од ова би биле очигледни. Слично на ова, промовирањето на позитивни придобивки од фонетски исправна и естетска дентиција може да има влијание на конзумирањето на шеќерот и со тоа да фаворизира здрави навики во исхраната.

Позитивна здравствена заштита

Позитивната здравствена заштита се однесува на зголемување на можноста луѓето да живеат во здрава средина. Примери за ова се политиката за пушење на работно место во насока на обезбедување на чист воздух, промоција на придобивките од здрав живот како естетска, функционална дентиција и осигурување на пристап до ваквиот начин на здр. заштита, потребна да се задржи таа состојба. *Се рабоши на тоа здравиот избор да биде полесниот избор.*

7.Здравствена едукација во корист на позитивната здравствена заштита

Ова вклучува зголемување на свеста и обезбедување на поддршка на позитивните заштитни здравствени мерки во јавноста и кај креаторите на таа политика.

Оттука промоцијата на здравјето собира сили да го зајакне позитивното здравје и да го превенира болестите², преку преклопување на сферите на здравствена едукација, превенција и здравствена заштита.

Поширока улога на промоцијата на денталното здравје

Стоматолошките здравствени работници не мора да бидат врзани со ограничено на пределот на устата при инволвирањето во промоцијата на здравјето. На пр. тие можат да помогнат со вклучување во програми за општото здравје, наменети на најчестите ризични фактори и на развојот на здравјето во насока на развивање животни способности преку кои ќе се подобри и оралното здравје

Целни групи

Има два основни приоди до целните групи за превенција. Високо-rizичен приод или популацијски. Ако индивидуите или групите можат точно да се идентификуваат како предиспонирани да развијат некакво орално заболување, тогаш превентивната активност превземена на овие групи може да биде многу успешна. Ако овие високо-rizични групи пак, не можат да се идентификуваат, тогаш треба да се најдат превентивни програми, наменети за пошироки целни групи кои секако би содржеле извесен број на луѓе што никогаш нема да развијат болест. Употребувајќи ваков популацијски приод, моменталниот успех на превентивните програми обично не е толку очигледен како кај програмите наменети за високо-rizични групи. Кај популацијскиот приод, за разлика од ситуацијата со високо-rizичните групи, индивидуите немаат некакви драматично брзи придобивки од него. Сепак, долгорочечно, може да се јави редукција во преваленцијата на болестите во рамките на таа популација.

Овие проблеми, со одредување на целните групи при развивање на превентивни програми, во стоматологијата ги има многу. Тоа може да се образложи така што на резистентните групи во популацијата не им ни треба стоматолошка здравствена едукација во превенција,. Сличен аргумент би бил и оној во врска со кариесот. Кога поголем процент од 5-годишните деца немаат кариес теоретски би требало да целиме на кариес-предиспонирани групи.

Има неколку приговори на овој приод. Прво, се уште не сме во позиција да можеме да ја процениме подложноста на индивидуите на болест со преоголема точност, за да се има голема доверба во нашите селектирани цели. Второ, многу од методите или предиктивните тестови што се развиваат се релативно скапи да се разнесат низ цела една популација. Комерцијално достапните средства што ги проценуваат заштитниот капацитет на плунката и бројот на лактобацили и Стрептоцоцус мутанс се скапи во однос на тековните трошоци за стоматолошка здравствена едукација. Трето, очигледно е дека промените во однесувањето има поголема веројатност да се појави ако цела популација е инволвирана отколку само високо-rizичниот сектор.

Ваквата одбрана на општо-популацијскиот приод за стоматолошка здравствена едукација се потпира на понатамошната висока преваленција од дентални болести и од потребата од промени во однесувањето, за да се постигне редукција на овие болести. Тоа не подразбира некакво насочување кон одредени широки групи. Епидемиолошките податоци можат да се искористат во прикажување на тоа кои социјални, географски или возрасни групи се со најголем ризик за различни дентални болести. Други фактори, како очекуваниот прием од целната публика или нејзиниот потенцијал за влијание врз другите луѓе, може исто така да биде важна.

Целните групи идентификувани општо се дефинираат као

Јавноста: иако се смета дека целата јавност има потреба од стоматолошка здравствена едукација, сепак предложените целни групи се : мали деца (3 до 5 години);adolесценти; млади (16- до 20-годишни); средовечни луѓе; и постари луѓе.

1. Професионалици: од сите професии; а особено членовите на стоматолошките тимови.

2. Одлучувачи: рангирајќи од оние вклучени во одлуките за работи како флуоризација, до производители на прехрамбени продукти, на кои им треба поттик да развијат некариогени и нутрициски прифатливи ужинки и пијалоци.

Дури и ако целата популација треба да биде цел на стоматолошката здравствена едукација, пораката треба да биде составена така да води сметка за потребите на поединците или поедините групи со специфични потреби . па се чини практична следната поделбата на целни групи

- a) Бремени жени, особено оние кои очекуваат прво дете.
- b) Предшколски деци и нивните родители.
- c) Мали школски деца.
- d) Адолесценти и млади возрасни:
- e) Постари возрасни.
- f) Индивидуи од етнички малцинства.
- g) Лица од пониски социјални кругови
- h) Лица со физички пречки
- i) Лица со тешкотии во учењето
- j) Лица со комплексни медицински состојби.
- k) Ученици за мед. сестри, наставници, студенти по медицина, негователи и слични групи.

ЗНАЧЕЊЕТО НА ПРАВИЛНАТА ПОРАКА

Во преглед на стоматолошката здравствена едукација низ претходните сто години, Фоџ и Маддицк (1980) забележале дека постои конзистентна порака за тоа време: (1) редовни стоматолошки контроли; (2) добра орална хигиена; и (3) соодветно балансирана диета. Проблемите, во врска се промените во знаењето, се влошуваат со тоа што кај здравствените едукатори се јавува потреба од релативно едноставни пораки. Порака оптеретена со премногу "ако", "но", и "сепак", престанува да биде порака која е лесно разбиралива и прифатена од целната публика. Од друга страна, пресимплификација на фактите може да резултира со порака која наскоро и ќе престане да биде точна. Ова е особено вознемирувачки во поглед на фактот дека различни генерации ги задржуваат пораките кои биле актуелни за време на нивните школски денови. со што на луѓето им се оневозможуваат сознанијата од оваа област како и можноста за здрав избор. Треба да се нагласи дека овој проблем не е единствен кај стоматолошката здравствена едукација,

ТЕКОВНИ ПОРАКИ ВО СТОМАТОЛОШКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЕДУКАЦИЈА

Во минатото информацијата презентирана на публиката преку едукаторите била непотребно компицирана, често контрадикторна, а понекогаш и погрешна. Сугерирано е дека советите треба да бидат базирани на четири едноставни става :

1. 'Редукција на конзумацијата, а особено на чеснојата на земање на храна и пијалоци што содржат шеќер. Колку пати шеќер ќе внесеме во уста е најважниот фактор во детерминирање на ратата од забен кариес. Ужините и пијалоците треба да се без шеќер.

Честата конзумација на киселински пијалоци исто така треба да се одбегнува.'

Еден проблем при сугерирањето 'сигурна ужинка' е одбегнувањето на конфликт со пораката на едукацијата за општо здравје. Сирење, чипс и кикирики можат да се прифатат од стоматолошки аспект, но отворено се критикуваат од аспект на општото здравје, заради тоа што содржат масти и сол. Важно е да се осигураме дали диететскиот совет даден како дел од стоматолошката здравствена едукација е во согласност со приоритетите на општоздравствената едукација. Во исто време, стоматолошката професија мора да се обиде и да обезбеди овие приоритети да се во согласност со добро дентално здравје. Тековните диетални трендови ја поддржуваат конзумацијата на овошје и овошни сокови, кои пак ако се екстремни, можат да предиспонираат на ерозија. Важно е јавноста да е свесна за ова.

2. *'Мијште си ги шемелно забиите и гингивите секој ден со флуоридна паска за заби.* Отстранувањето на денталниот плак е есенцијален за превенција на пародонталната болест. Четката за заби е единственото средство за отстранување на плакот кое треба како основно да ѝ се препорачува на јавноста, додека другите начини за орална хигиена, надвор од средствата за одбележување на плак, се работа на професионално советување на персоналот. Темелното миење секој ден е од поголема важност отколку почестото површно миење, а треба да се советува техника на внимателно четкање. Големината и дизајнот на четката треба да му овозможи на корисникот лесно и комфорно да ги дофати сите достапни површини на забот и маргините на гингивата. Правилното четкање на забите само од себе нема да го превенира кариесот, но дефинитивна придобивка се постигнува со употреба на флуорирана паста за заби.'

Овој постулат е јасно насочен на превенцијата и на кариес и на пародонтална болест, а со поставување на овие два аспекти заедно јавноста си гради перцепција дека четкањето на забите е позитивна придобивка за денталното здравје. На ова верување му се должи голем дел од претходните активности на стоматолошка здравствена едукација.

'Флуорирање на водата. Флуорирањето на водата за пиење има базично влијание на денталното здравје на заедницата и треба да биде имплементирана уште од најрано. Флуоридните таблети или капки се алтернатива за мотивираните пациенти.'

Во текот на многу години, здравствената едукација беше свесна за промоцијата на флуоридните таблети или капки откако беше установено дека нивната употреба има тенденција да го надмине случајот со флуорирање на водата за пиење. Дополнително, врската меѓу кариесот и социо-економскиот статус укажува дека луѓето кои имаат најголема веројатност да профитираат од нивната употреба, има најмала веројатност да ги земаат на регуларен начин освен ако таблетите не се администрацираат на училиште..

3. *'Редовни посети на стоматолог.* Студиите за контрола пародонталната болест ја акцентираат важноста од редовно професионално чистење како надополнување на дневното

отстранување на плакот. Стоматолошка одговорност е да обезбеди ова да се спроведува ефективно во интервали зависно од потребите на пациентот индивидуално. Еднаш воспоставениот кариес и присутен кавитет од него не може да се реминерализира, но забот може да се санира, а важноста од рана детекција и соодветен третман ги прави редовните контроли толку препорачливи. Исто така во устата можат да се појават и други промени кои можат да се и опасни по живот. Од сите овие причини за секого се препорачува преглед барем еднаш годишно, така што здравствената состојба на устата може да се следи и на истата да се реагира со соодветен третман. Сепак, децата треба да се надгледуваат почесто заради активниот степен на нивниот дентален развој затоа што некои од нив може и дополнително да се склони на орални болести.

Планирање на програми за промоцијата на оралното здравје

Здравствената едукација и промоцијата на оралното здравје најчесто се изведува преку планирање и развој на едукативни програми .

Едукативните програми претставуваат планирани комбинирани активности кои се развиваат за одредена популација , а се засноваат на проценка на потребите , примена на јасни едукативни принципи , со јасна цел што сакаме да постигнеме и кои подлежат на крај на периодични евалуации за успешноста од самиот програм.

При внимателно разгледување на дефиницијата , може да се согледа дека развојот на едукативните програми е комплексна задача , која минува низ неколку неизбежни фази

1 фаза на проценка на потребите на целната група

Процесот опфаќа целосно , темелно прибирање и анализа на карактеристиките и потребите на претходно одредената целна група како , степен на образование, демографски карактеристики, пол, возраст , професија, заеднички проблеми , способности , претходна информираност за оралното здравје ,навики традиции и ставови..Најпрепорачлив начин е претходно дс се запознае и анкетира целната група , како и користење на други извори на информации.

По прибирањето на податоците потребно е да се направи сеопфатна анализа на согледувајќи ги специфичностите , потребите на целната група,како и евентуалните проблеми на кои би можноло да се наиде во тек на работа , како и начини како тие да се надминат .

2фаза Планирање на програмот

Суштествено за оваа фаза е поставување на јасна цел .Целта треба да опише одредени навики и однесувања кои можат да бидат прифатени од целната група и конечно истите да бидат мерливи , за да може да се согледаат ефектите од примена на едукативниот програм.

Најчесто дефинирањето на целта одговара на прашањето

ШТО САКАМЕ ДА ПОСТИГНЕМЕ?

Најчесто поставувани цели во едукативните програми се :

Да се намали забниот кариес, којшто може да доведе до болка и инфекција. (намалување на високата конзумација на рафинирани јаглехидрати меѓу оброците)

Да се намали пародонталната болест, која може да доведе до загуба на забите.

Да се намали ерозијата на забите со кисели пијалоци и носење на протетски надоместоци кај возрасните.

Рано дијагностиирање на рак во усната празнина.

Зголемување на процентот на популација која прави контролни стоматолошки прегледи.

Откако јасно ќе се дефинира целта се планираат средства и методи со кои најлесно таа ќе се постигне

#3фаза Имплементација на едукативниот програм

Подразбира дизајнирање и раководење со процеси кои ќе го активираат претходно напревениот план .Постојат повеќе можности како да се изведе планот и кои средства ќе се користат . Изборот зависи од специфичностите на целната група, од целта која сме ја зацртале и од финансиските средства кои ни стојат на располагање.Имплементацијата на програмот зависи секако и од способностите на изведувачите , пред се способноста за комуникација , вештината во презентациите и прилагодливоста кон различни целни групи . Во текот на реализацијата на програмот , постојано треба да сесогледуваат придобивките и недостатоците за да може навреме да се интервенира со промени во начинот и користените средства

4 фаза ЕФЕКТИВНОСТ НА СТОМАТОЛОШКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЕДУКАЦИЈА(евалуација на спроведената програма)

Постојат повеќе периоди во оценката на успешноста на едукативните програми

Еден период за проценката на ефективноста на стом. здр. едукација е да се каже дека соодветните програми не вреди да се имплементираат, ако тоа не резултира со сигнификантно редуцирање на денталните болести. Ова веројатно е резултат на добро замислените но, погрешно водени напори на стом. здр. едукација коишто во некои случаи се базирани на неточни проценки околу методите за превенција на денталните болести. Ваков строг период ја потценува важноста од подобрување на знаењето, ставовите и навиките. Навистина може да се коменира и дека стом. здр. едукација е оправдана ако резултира со сигнификантна цел во знаењето и разбирањето и на причините на денталните болести и на нивната превенција. Теоретски тогаш луѓето се способни да направат правилен избор но, всушност расположливите избори можат да бидат рестрикирани од економски или други ограничувања. Дури и ако се прифати аргументот дека секој има право на некаква стом. здр. едукација, се јавуваат прашања колку едукацијата е ефикасна и колку од нашите ресурси треба да се посветат на здр. едукација. Меѓутоа, ние мора ова да го ставиме во однос со вкупните трошоци за стоматолошки услуги и потенцијалните придобивки од превенцијата. Затоа е вообичаено да се прави евалуација за програмите на стом. здр. едукација

При евалуацијата важно е да се предвиди ефектот, добивката и процесот.Во смисла дали со програмот е постигнат моментален или краткорочен резултат,дали е постигнато тоа што е замислено? Дали постигнатото може да се измери?

Резултатите треба да одговорат на прашањата

Дали се остварени задачите?

Дали целната група е свесна за работата?

Дали трошоците се оправдани?

Колку долго ќе траат ефектите?

Може ли да се измерат?
Дали се излегло како што е планирано?
Дали методите биле соодветно искористени?
Сопствена евалуација
Евалуација во Ваше ниво-што мислат колегите?
Евалуација од клиентите-што мисли целната група?

Во моментов, јавната свест во здравствената област е во пораст, создавајќи плодна почва за промоција на оралното здравје, што би довело до понатамошни подобрувања во оралното здравје.

ЗАКЛУЧОЦИ

- Здравје не е само отсуство на патологија туку состојба на оптимум од капацитет за ефективно извршување на важни задачи. За оралното здравје ова значи доживотно задржување на дентицијата што е пријатно, функционално, социјално прифатливо и промовира добро општо здравје.
- Детерминантите на здравјето не се секогаш под контрола на човекот и можат да се категоризираат како биолошки, на средината, начин на живот и служби за здравствена заштита
- Здравствената промоција прави напори да доведе до позитивно здравје и да го превенира болното здравје преку преклопувачките сфери на здравствената едукација, превенција и здравствена заштита
- Важно е да се идентификуваат целни групи при планирањето на превентивни програми и да се образложи здравствената цел.
- Стоматолошкиот здравствен совет треба да е базиран на четири едноставни става:
 - Редукција на конзумацијата на шеќер а особено на фреквенцијата на земање на храна и пијалоци што содржат шеќер
 - Чистење на забите и гингивата темелно секој ден со флуорирана паста за заби
 - Флуорирање на водата за пиење
 - Редовни стоматолошки контроли

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- 1) Доњелл Т.Б Дентал хеалтх едуцацион. Соурс фое лифе programme Дент. Адварт. Xsrg. фор. 1983 22(феб.) 16-18
- 2) Доњние Р.С. Фсфе Ц., Таннанхилл .А Хеалтх промотион, моделс анд валуес 1990 Оуфорд Университис Прес. Оуфорд
3. Фоџ, Б. Маддицк И А хундред searcс оф дентал хеалтх едуцацион Бр. Дент. J. 1980 149. 28-32
- 4) Kescer Б.Б Працтицинг тхе аппликацион оф хеалтх едуцацион скилс 1997 Јонес анд Бартлетт Публишорс Инц

5Лалонде МА нењ перспециве оф хеалтх оф Цанадианс 1974 Министрс
офф Супплс анд сервицес

5 Левине Р.С. Тхе сциентифиц басис офф дентал хеалтх едуцатион 1980
Хеалтх едуцатион цонцул Лондон

6МуррасJ.J Превентион офф орал дисеасес Оуфорд Университс Пресс
Оуфорд 1995

7ТаннанхиллА Џхат ис хеалтх промотион ? Хеалтх едуц.J1985 44 167-8

ЗАШТИТА ОД КОПИРАЊЕ