

Marta Szymańska-Sowula
Katarzyna Chmiel

PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA

AUTORZY	lek. stom. Marta Szymańska-Sowula, mgr Katarzyna Chmiel
OPRACOWANIE REDAKCYJNE	Monika Nowicka
RECENZENCI	dr n. med. lek. dent. Joanna Tomaszewska, lek. stom. Romana Ostenda-Szargut, mgr Kalina Pabisiak-Ignaszewska
PROJEKT OKŁADKI	Magdalena Skrzydlewska
OPRACOWANIE GRAFICZNE, SKŁAD I ŁAMANIE, PRZYGOTOWANIE DO DRUKU	CGS Studio www.cgs.pl
ZDJĘCIA	Michał Mularczyk Zdjęcia wykonano w Centrum Stomatologii i Laryngologii LARDENT w Krakowie
WYDAWNICTWO	Centrum Rozwoju Edukacji EDICON sp. z o.o. ul. Kościuszki 57 61–891 Poznań Wydanie I
ISBN	978-83-943650-9-7
DRUK I OPRAWA	CGS Drukarnia Sp. z o. o. ul. Towarowa 3 62–090 Mrowino www.cgs.pl

Materiały edukacyjne obejmują zagadnienia zawarte w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz.U. 2012 poz. 184).

SPIS TREŚCI

3 Spis treści

11 Od Redakcji

13 Rozdział 1. Badanie jamy ustnej

14 Badanie podstawowe podmiotowe

16 Badanie podstawowe przedmiotowe

16 Badanie zewnątrzustne

16 Badanie wewnątrzustne

19 Etapy postępowania profilaktyczno-leczniczego

23 Metody oceny aktywności próchnicy. Wskaźniki epidemiologiczne próchnicy

23 Frekwencja próchnicy

23 Intensywność próchnicy

24 Zębowa intensywność próchnicy

24 Powierzchniowa intensywność próchnicy

25 Przyrost próchnicy

26 Wskaźniki próchnicy

29 Szczyty aktywności próchnicy

30 Testy ślinowe

33 Ocena stanu higieny. Wskaźniki higieny

33 Wskaźnik fuksynowy

38 Wskaźnik nalotu i kamienia OHI (Oral Hygiene Index) wg Greena i Vermilliona

42 Wskaźnik płytki w przestrzeniach międzyzębowych API (Approximal Plaque Index) wg Langego

45 Wskaźnik retencji płytki nazębnej PL.I. (Plaque Index) wg Silnessa i Loe

49	Ocena stanu przyzębia. Wskaźniki periodontologiczne
50	Wskaźnik zapalenia dziąseł GI (Gingival Index wg Loe i Sinessa)
53	Wskaźnik indywidualnych potrzeb leczniczych CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)
57	Wskaźnik intensywności chorób przyzębia PI (Periodontal Index) wg Russella
59	Wskaźnik położenia i utraty przyczepu łącznotkankowego wg Hugosona i Jordana
59	Wskaźnik furkacji korzeni FI (Furcation Involvement) wg Hampa
60	Wskaźnik ruchomości zębów wg Niemieckiego Towarzystwa Periodontologicznego
60	Pytania kontrolne

63 Rozdział 2. Dokumentacja medyczna

64	Podział dokumentacji medycznej
65	Dokumentacja indywidualna
66	Dokumentacja zbiorcza
66	Dokumenty wewnętrzne
67	Dokumentacja poradni stomatologicznej
68	Dostęp do dokumentacji medycznej
69	Przechowywanie dokumentacji medycznej
71	Pytania kontrolne

73 Rozdział 3. Wybrane zabiegi stomatologiczne

73	Polishing
74	Narzędzia i materiały potrzebne do wykonania zabiegu
74	Szczoteczki i gumki profilaktyczne
75	Technika pracy w trakcie polerowania
76	Charakterystyka wybranych narzędzi i materiałów
76	Szczoteczki Astrobrush
76	Gumki Pro-Cup
77	Gumki Pasteless Prophecy
77	Pasty oczyszczające i polerskie
81	Krażki ściernie
82	Paski ściernie
84	Kamienie Arkansas

85	Kątnice profilaktyczne
86	Piaskarki profilaktyczne
87	Skaling zębów - usuwanie złogów nazębnych
87	Skaling ręczny
87	Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu
87	Charakterystyka narzędzi
88	Etapy zabiegu skalingu ręcznego
94	Zalecenia pozabiegowe
94	Przykładowa karta pacjenta
94	Skaling ultradźwiękowy naddziąstłowy
96	Wskazania do zabiegu
97	Przeciwwskazania do zabiegu
98	Charakterystyka narzędzi
101	Etapy zabiegu skalingu ultradźwiękowego naddziąstłowego
107	Zalecenia pozabiegowe
108	Przykładowa karta pacjenta
109	Piaskowanie zębów
110	Wskazania do zabiegu
111	Przeciwwskazania do wykonania zabiegu
112	Charakterystyka narzędzi i materiałów
112	Piaskarka profilaktyczna
115	Charakterystyka piasków profilaktycznych
118	Technika pracy podczas zabiegu piaskowania
118	Ergonomia pracy
124	Technika pracy z użyciem piaskarki profilaktycznej
132	Etapy zabiegu piaskowania zębów
138	Zalecenia pozabiegowe
139	Przykładowa karta pacjenta
140	Kiretaż
141	Wskazania do zabiegu
141	Przeciwwskazania do wykonania zabiegu
141	Charakterystyka narzędzi i materiałów
141	Kirety
149	Sondy periodontologiczne

150	Zestaw do irygacji kieszonek dziąsłowych
151	Zestaw do wygładzania korzeni
152	Technika pracy podczas zabiegu kiretażu
152	Ergonomia pracy
153	Technika badania głębokości szczelin/kieszonek dziąsłowych sondą periodontologiczną
156	Technika pracy kiretami
159	Etapy zabiegu kiretażu
162	Zalecenia pozabiegowe
163	Przykładowa karta pacjenta
165	Lakowanie
165	Wskazania do zabiegu
166	Przeciwwskazania do zabiegu
166	Rodzaje laków
170	Etapy klasycznego zabiegu lakowania przy użyciu materiału typu flow
176	Przykładowa karta pacjenta
176	Etapy zabiegu lakowania przy użyciu materiału glasonomerowego w kapsułce
181	Przykładowa karta pacjenta
182	Lakowanie poszerzone (inwazyjne)
182	Lakowanie techniką PRR (ang. preventive resin restoration)
183	Zalecenia dla pacjenta po zabiegu lakowania
183	Zalecenia pozabiegowe
183	Zalecenia higieniczne
184	Zalecenia dietetyczne
185	Lakierowanie
185	Wskazania do zabiegu
186	Przeciwwskazania do zabiegu
186	Preparaty stosowane do lakierowania
187	Etapy zabiegu lakierowania zębów
189	Zalecenia pozabiegowe
190	Przykładowa karta pacjenta
191	Inne metody profilaktyki fluorowej – profilaktyka zbiorowa i indywidualna
191	Profilaktyka endogenna

193	Profilaktyka egzogenna (kontaktowa)
194	Charakterystyka wybranych metod profesjonalnej zbiorowej profilaktyki egzogennej (prowadzonej w szkołach i przedszkolach)
195	Charakterystyka wybranych metod profesjonalnej indywidualnej profilaktyki egzogennej (wykonywanych w gabinecie stomatologicznym)
198	Lapisowanie zębów
198	Wskazania do zabiegu
198	Przeciwwskazania do zabiegu
199	Charakterystyka materiałów
200	Etapy zabiegu lapisowania
202	Zalecenia pozabiegowe
203	Przykładowa karta pacjenta
204	Wybielanie zębów
205	Metody wybielania zębów
205	Wskazania do zabiegu
205	Przeciwwskazania do zabiegu
206	Charakterystyka narzędzi i materiałów
206	Lampy wybielające
207	Lasery
207	Żele wybielające
212	Preparaty znoszące nadwrażliwość zębów
212	Etapy zabiegu wybielania
212	I wizyta
213	II wizyta
220	Zalecenia pozabiegowe
221	Przykładowa karta pacjenta
222	Domowe wybielanie zębów przy użyciu nakładek
222	I wizyta
225	II wizyta
226	III wizyta
227	Przykładowa karta pacjenta
227	Wewnątrzkomorowe wybielanie zębów martwych
227	Zalecenia pozabiegowe
231	Przykładowa karta pacjenta
232	Szynowanie zębów

232	Wskazania do zabiegu
233	Przeciwwskazania do zabiegu
233	Charakterystyka materiałów
235	Etapy zabiegu szynowania ligaturą metalową
238	Etapy zabiegu szynowania ligaturą z włókna szklanego lub poliaramidowego
238	Zalecenia pozabiegowe
239	Przykładowa karta pacjenta
240	Korekta wysokości zwarciowo-zgryzowej
240	Charakterystyka sprzętu i materiałów
241	Etapy zabiegu
242	Wskazówki dotyczące higieny jamy ustnej
243	Pasty do zębów
245	Szczoteczki do zębów
245	Metody szczotkowania zębów
245	Metody klasyczne
246	Metody wibracyjne
248	Pytania kontrolne

249 Rozdział 4. Zalecenia dla poszczególnych grup pacjentów

249	Przybory do higieny jamy ustnej
249	Szczoteczki do zębów
250	Szczoteczki jednopęczkowe
251	Szczoteczki międzyzębowe
253	Wykałaczki
253	Nitka dentystyczna
256	Stymulator dziąsłowy
257	Irygator wodny
258	Skrobaczka do języka
259	Pacjenci z zapaleniem dziąseł (Gingivitis)
261	Pacjenci periodontologiczni
265	Pacjenci niepełnosprawni
267	Palacze
269	Dzieci i młodzież
269	Okres niemowlęcy

271	Okres żłobkowy i przedszkolny
272	Okres szkolny
273	Pacjenci ortodontyczni
278	Higiena u pacjenta z ruchomym aparatem ortodontycznym
281	Pacjenci protetyczni
281	Pacjenci użytkujący korony i mosty protetyczne
282	Stomatopatie protetyczne
282	Zasady użytkowania ruchomych protez zębowych
284	Środki i preparaty mocujące
286	Halitoza
286	Leczenie
288	Kserostomia
290	Pacjenci z erozją
291	Postępowanie terapeutyczne
294	Kobiety w ciąży
296	Leki a ciąża
297	Pasty do zębów
298	Znieczulenie w ciąży
299	Dieta ciężarnej
300	Ptyalizm
300	Kobieta ciężarna na fotelu stomatologicznym
303	Pacjenci implantologiczni
305	Badanie pacjenta implantologicznego
305	Zabiegi higienizacyjne
307	Pacjenci onkologiczni
310	Hipoplazja
312	Fluoroza
314	Pytania kontrolne
315	Bibliografia
316	Spis zdjęć
319	Spis rysunków
320	Spis tabel

Od REDAKCJI

Oddajemy w Państwa ręce książkę, która stanowi rozszerzenie informacji z zakresu profilaktyki stomatologicznej zawartych w publikacji *Zasady i techniki pracy w gabinecie stomatologicznym* (również autorstwa Marty Szymańskiej-Sowuli i Katarzyny Chmiel).

Książka powstała przede wszystkim z myślą o słuchaczach kierunku higienistka stomatologiczna, ale będzie przydatna również dla innych osób chcących pogłębić swoją wiedzę z zakresu profilaktyki stomatologicznej.

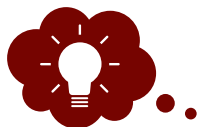
Informacje zawarte w niniejszej książce dotyczą zarówno metod wykrywania próchnicy, oceny stanu przyzębia i higieny jamy ustnej, jak również szczegółowego opisu wybranych zabiegów stomatologicznych: polishingu, skalingu, piaskowania, kiretażu, lakowania, lakierowania, lapisowania, wybielania i szynowania zębów, a także metod profilaktyki fluorowej.

Niewątpliwym atutem książki jest obszerny rozdział poświęcony edukacji zdrowotnej oraz zaleceniom higienicznym i dietetycznym dla poszczególnych grup pacjentów: periodontologicznych, ortodontycznych, protetycznych, kobiet w ciąży, dzieci, młodzieży, osób niepełnosprawnych, a także palaczy, pacjentów onkologicznych i implantologicznych.

Publikacja została wzbogacona o profesjonalne zdjęcia, a także o ciekawostki, które mogą być pomocne w zgłębianiu wiedzy oraz stosowaniu zasad profilaktyki w codziennej higienie jamy ustnej.

Mamy nadzieję, że niniejsza pozycja będzie pomocna w nauce i przygotowaniu do egzaminów oraz pozwoli jak najlepiej przygotować się do pracy zawodowej.

LEGENDA



W polach oznaczonych żarówką znajdziesz różnego rodzaju ciekawostki.

W ramach otrzymasz dodatkowe, ważne informacje, np.:

PAMIĘTAJ!

Każda wizyta higienizacyjna i kontrolna powinna być połączona z wyczerpującym instruktażem higieny jamy ustnej.

BADANIE JAMY USTNEJ



Pacjenci zgłaszają się do gabinetu stomatologicznego w różnych celach, dlatego do każdego pacjenta należy podchodzić w sposób indywidualny.

Postępowanie lekarskie powinno składać się z kilku określonych etapów.



Rys. 1. Etapy postępowania lekarskiego

Badanie pacjenta składa się z badania:

- podstawowego (podmiotowego i przedmiotowego),
- dodatkowego.

BADANIE PODSTAWOWE PODMIOTOWE

Polega na zebraniu wywiadu chorobowego obejmującego informacje dotyczące:

- danych personalnych pacjenta – wywiad ogólny (imię, nazwisko, wiek, płeć, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, telefon kontaktowy, informacja o ubezpieczeniu),
- chorób, związanych z nimi dolegliwości oraz przyjmowanych leków – wywiad chorobowy (w tym także ogólnoustrojowy i rodzinny).

Konieczne jest także uwzględnienie czynników ryzyka, interakcji lekowych oraz dokonanie analizy informacji zawartych w karcie pacjenta.

Na tym etapie należy zgromadzić informacje na temat powodu zgłoszenia się pacjenta do gabinetu stomatologicznego, początku choroby i związanych z tym okoliczności, czasu trwania choroby, przebiegu i objawów choroby, dotychczasowego leczenia (jeśli takie było podejmowane) i jego wyników oraz stanu obecnego. Wywiad rodzinny ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci. Obejmuje on informacje o obciążeniach genetycznych, nałogach i żywieniu matki w czasie ciąży, przebiegu ciąży i porodu, warunkach bytowych i środowiskowych, mogących mieć wpływ na dalszy rozwój całego układu stomatognatycznego dziecka.

Pacjenci wymagający szczególnej uwagi podczas badania podstawowego podmiotowego to osoby z:

- niedostateczną higieną jamy ustnej,
- przewlekłymi stanami zapalnymi jamy ustnej,
- wadami wymowy,
- parafunkcjami w zakresie narządu żucia,
- występującymi owrzodzeniami i trudno gojącymi się ranami,
- zaburzeniami wydzielania śliny,
- wysokim wskaźnikiem próchnicy,
- próchnicą kwitnącą,
- chorobami przyzębia,
- ubytkami niepróchnicowego pochodzenia,
- dentofobią,

oraz pacjenci:

- użytkujący uzupełnienia protetyczne i ortodontyczne,
- palący nałogowo,
- uzależnieni od alkoholu i/lub narkotyków,
- chorzy na cukrzycę.

Wywiad stomatologiczny

Czy Pani/Pana zęby są wrażliwe podczas	NIE	TAK
Spożywania ciepłych, zimnych lub słodkich potraw		
Gryzienia lub żucia		
Czy zauważył(a) Pani/Pan nieprzyjemny zapach w jamie ustnej?		
Czy często ma Pani/Pan opryszczkę lub inne zmiany w jamie ustnej?		
Czy cierpi Pani/Pan na choroby dziąseł? (krwawienie lub ból)		
Czy Pani/Pana rodzice cierpią na chorobę dziąseł?		
Czy zdarza się Pani/Panu zaciskać lub zgrzytać zębami podczas snu?		
Czy leczył(a) się Pani/Pan ortodontycznie?		
Czy miał(a) Pani/Pan przeprowadzony zabieg chirurgiczny w jamie ustnej?		
Czy był(a) Pani/Pan leczony/a periodontologicznie?		
Czy miał(a) Pani/Pan urazy w łub w obrębie głowy? (Jeżeli tak to proszę określić jakiego rodzaju)		
Czy doświadczył(a) Pani/Pan bólu w okolicy stawów skroniowo-żuchwowych, uszu lub części twarzy?		
Czy ma Pani/Pan trudności przy otwieraniu/zamykaniu jamy ustnej?		
Czy jest Pani/Pan zadowolony z wyglądu swoich zębów? (Jeśli nie proszę podać przyczynę niezadowolenia)		
Czy ma Pani/ Pan obawy przed leczeniem stomatologicznym? (Jeżeli tak to proszę określić czym są one spowodowane)		

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu

.....

Data

.....

podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Zdj. 1. Wzór wywiadu chorobowego

BADANIE PODSTAWOWE PRZEDMIOTOWE

Polega na dokładnym badaniu pacjenta w zakresie układu stomatognatycznego. Składa się na nie badanie:

- zewnętrzne,
- wewnętrzne.

Badanie zewnętrzne

Badanie zewnętrzne polega na wzrokowej ocenie symetrii głowy i prawidłowości jej rozwoju, stanu skóry (zmian skórnych, np. przebarwień i wykwitów). U dzieci szczególną uwagę zwraca się na kształt nosa, sposób oddychania, ułożenie i symetrię warg. Oprócz wzrokowej oceny wykonuje się również badanie palpacyjne (dotykowe). Ocenie podlega wówczas napięcie skóry, węzły chłonne zlokalizowane pod żuchwą, pod brodą i na szyi, ruchomość stawu skroniowo-żuchwowego (obrzęki, trzaski, zakres rozwarcia, nieprawidłowe zbaczanie żuchwy), napięcie mięśni, ujścia gałęzi nerwu trójdzielnego (nadoczodołowego, podoczodołowego i żębodołowego dolnego) – pod kątem ewentualnej neuralgii. Ponadto w zakresie stawu skroniowo-żuchwowego przeprowadza się badanie osłuchowe oceniające ewentualne trzaski.

Badanie wewnętrzne

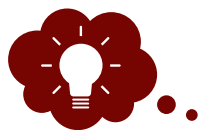
Badanie wewnętrzne obejmuje badanie warg, przedsionka (w skład którego wchodzi: policzki, dziąsła, wędzidełka wargi górnej, dolnej, policzków) i jamy ustnej właściwej (w skład której wchodzi: podniebienie twarde, fałdy podniebienne, podniebienie miękkie, języczek podniebenny, dno jamy ustnej, język, wędzidełko języka, dziąsła) ograniczonych łukami zębowymi.

W zakres tego badania wchodzi:

- wargi i kąciki ust – powinny być wolne od wykwitów, pęknięć, nadżerek; wszelkie zmiany mogą świadczyć o niedoborze witamin z grupy B, zakażeniach grzybiczych czy też cukrzycy;
- przedsionek jamy ustnej – powinien być wyścielony jednolitą, bladoróżową, lśniącą i wilgotną błoną śluzową (charakteryzującą się zdolnością odbudowy). Badanie przeprowadza się palpacyjnie w kierunku ewentualnych przetok, świadczących o toczącym

się stanie zapalnym okołowierzchołkowym. Ponadto w zakresie przedsionka należy sprawdzić przyczep i ruchomość wędzidełka wargi górnej i dolnej (zbyt krótkie wędzidełko może powodować wady ortodontyczne, takie jak diastema, a także być przyczyną recesji dziąseł i w konsekwencji obnażenia szyjek zębowych). Badanie ruchomości wędzidełka polega na stopniowym odchyłaniu wargi, a następnie obserwacji ruchomości dziąsła w okolicy szyjek zębowych i stopnia anemizacji;

- policzki – podobnie jak przedsionek powinny być pokryte lśniąca, bladoróżową błoną śluzową, nawilżaną przez dwa ujścia ślinianek przyusznych (znajdujących się na wysokości drugiego górnego zęba trzonowego, widocznych w postaci wyniosłości błony śluzowej). Policzki powinny charakteryzować się jednolitą strukturą (bez nadżerek, pęcherzy, przebarwień). Zaczerwienione i obrzęknięte ujścia ślinianek mogą być objawem kamicy. Natomiast matowa, blada i przesuszona błona śluzowa policzków może świadczyć o kserostomii;
- język – oceniany jest pod kątem ruchomości (ocenie podlega także wędzidełko języka, które połączone jest z dnem jamy ustnej). Zbyt krótkie wędzidełko może być przyczyną wad wymowy. Ponadto ocenia się zabarwienie języka, grzbiet (wygląd brodawek nitkowatych, liściastych, grzybowatych, okolonych oraz zdolność odczuwania smaków poprzez licznie zgromadzone kubki smakowe). Pod językiem zlokalizowane są ujścia ślinianki podjęzykowej i ślinianki podżuchwowej (ich drożność ocenia się na podstawie wyglądu błony śluzowej, która powinna być lśniąca i nawilżona);



Zmiana zabarwienia języka może świadczyć o chorobach wątroby, zasinienie języka i błon śluzowych o chorobach serca, a powiększony język o niedoczynności tarczycy.

- podniebienie twarde i miękkie – powinno charakteryzować się bladoróżowym, lśniącem kolorem, być wolne od przebarwień, nalotu i nadżerek, które mogłyby świadczyć o zmianach patologicznych czy też grzybicy;
- przyzębie i zęby – podczas badania ocenie podlegają:

- wyrostki zębodołowe (ocena palpacyjna oraz ocena wzrokowa wysokości i szerokości wyrostków kostnych);
- dziąsła (spistość, kolor, obecność wysięków ropnych, surowicznych, krwawienie, zmiany przerostowe, obecność patologicznych kieszonek dziąsłowych, stan brodawek międzyzębowych, recesje);



Bolesność, krwawienie dziąseł czy rozpulchnienie często towarzyszą zaburzeniom hormonalnym, np. w związku ze zmianami zachodzącymi u kobiet w ciąży lub u pacjentów z chorobą tarczycą.

- zęby (ubytki próchnicowe, ubytki niepróchnicowego pochodzenia, żywotność zębów, stan higieny jamy ustnej, ruchomość pozioma i pionowa zębów, starcie zębów, obnażenie szyjek zębowych, obnażenie korzeni zębów, przebarwienia zewnętrzne i wewnętrzne, ubytki szkliwa, usytuowanie zębów w łuku, braki zębów, zgryz w zakresie ruchów pionowych, poprzecznych, przednio-tylnych).

Metody przeprowadzania badania wewnątrzustnego:

- badanie wzrokowe – polega na ocenie wzrokowej stanu błony śluzowej i uzębienia, dodatkowo w tym celu można użyć lusterka stomatologicznego (do odchylenia warg, policzków, przytrzymywania języka i obserwacji miejsc trudno dostępnych, uzyskując pośrednie pole widzenia) oraz lup powiększających umożliwiających bardziej wnikliwą ocenę stanu jamy ustnej;
- badanie palpacyjne – badanie odbywa się poprzez dotyk. W ten sposób bada się m.in. ruchomość zębów, wyrostki kostne, lokalizuje wysięki, przetoki, wyrzynające się zęby;
- osłuchiwanie – badanie przy pomocy słuchu;
- opukiwanie – wykonywane przy użyciu trzonka narzędzia diagnostycznego (np. lusterka lub zgłębnika). Polega na pionowym lub poziomym ostukiwaniu korony zęba, celem badania jest sprawdzenie reakcji bólowej zęba na bodźce mechaniczne (reakcja bólowa podczas opukiwania może świadczyć o stanie zapalnym tkanek okołowierzchołkowych);

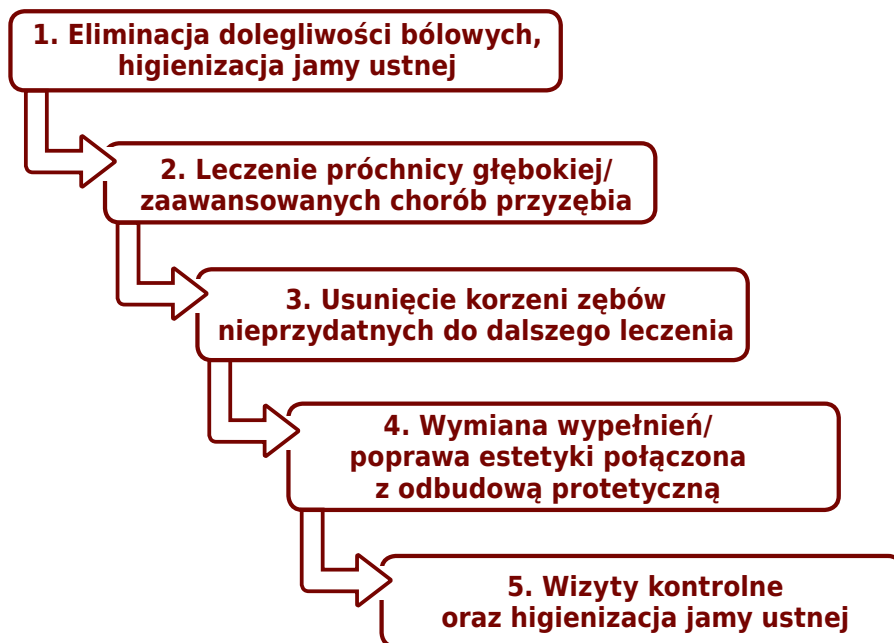
- zgłębnikowanie – badanie przeprowadza się przy użyciu zgłębnika stomatologicznego lub kalibrowanego zgłębnika periodontologicznego (tzw. sondy). Zgłębnikowanie przeprowadza się w zakresie uzębienia celem wykrycia ubytków próchnicowych, nawisów wypełnień, nieszczelności wypełnień, wrażliwości zębiny. Przy użyciu sondy periodontologicznej badanie przeprowadza się w zakresie dziąseł, oceniając głębokość kieszonek dziąsłowych (poprzez wprowadzenie zgłębnika pomiędzy dziąsło a szyjkę zęba).

Urządzenia i materiały do diagnostyki jamy ustnej:

- zestaw diagnostyczny (lusterko, zgłębnik, pęseta),
- dmuchawka (strzykawka) wodno-powietrzna,
- sonda periodontologiczna (sonda perio),
- kamera wewnątrzustna,
- lampa polimeryzacyjna,
- urządzenia do wykrywania próchnicy (np. Diagnodent, Caries Scan Pro, DiagnoCam, Facelight),
- preparaty do wybarwiania próchnicy (np. Caries Marker, SeableSeek, Caries Detector, Caries Test),
- zdjęcia RTG, RVG,
- nić dentystyczna,
- preparaty do wykrywania płytki bakteryjnej (np. fuksyna zasadowa, erytrozyna, zielony sulfan i żółta tartrazyna, TriPlaque ID gel, Plaque Search, płyn Plaque Agent, Colgate Plax Magic, Tabletki GUM Red Cote, Curaprox, Paro Plak),
- testy ślinowe (np. Saliva Check Buffer, Saliva Check Mutans),
- urządzenie do wykrywania zmian nowotworowych jamy ustnej (Oralitest),
- narzędzia i preparaty do badania żywotności miazgi (np. chlorek etylu, gorąca gutaperka, Pulp Tester, laser, laserowo-dopplerowski pomiar przepływów w pęczku naczyniowym miazgi – Laser-Doppler Flowmetry, LDF).

ETAPY POSTĘPOWANIA PROFILAKTYCZNO-LECZNICZEGO

W zależności od sytuacji klinicznej pacjenta postępowanie może obejmować etapy przedstawione na rysunku.



Rys. 2. Etapy postępowania profilaktyczno-leczniczego

W celu zapewnienia prawidłowej diagnozy stanu jamy ustnej często konieczne jest wcześniejsze wykonanie zabiegów higienizacyjnych. Kamień i osad nazębny zalegające na powierzchniach zębów maskują ubytki próchnicowe i są przyczyną stanów zapalnych dziąseł.

PAMIĘTAJ!

Zdrowie pacjenta jest wartością nadrzędną, dlatego w pierwszej kolejności należy ulżyć pacjentowi w bólu i zlikwidować ogniska stanów zapalnych stanowiące duże niebezpieczeństwo dla całego organizmu.

Wskazane jest, aby zabiegi estetyczne były wykonywane na końcu, po wcześniejszym przygotowaniu jamy ustnej pod docelowe rozwiązania estetyczne.

Zabiegi wybielania zębów należy planować z wyprzedzeniem, tak aby kolor uzębienia zdążył się ustabilizować przed ostatecznym doбором koloru ewentualnych uzupełnień protetycznych (z wyprzedzeniem ok. 2-4 tygodni).

Wizyty kontrolne zaleca się w odstępach 3 miesięcy u pacjentów: periodontologicznych na etapie fazy podtrzymującej, u dzieci - z uwagi na szybciej rozwijającą się próchnicę, oraz u pacjentów ortodontycznych w pierwszym roku po zakończonym leczeniu.

Ponadto częste wizyty kontrolne zaleca się u pacjentów:

- z wysokim wskaźnikiem próchnicy,
- ze złą higieną jamy ustnej,
- niepełnosprawnych,
- z kserostomią,
- w ciąży.

Kontrole co 6 miesięcy dotyczą pozostałych pacjentów.

PAMIĘTAJ!

Każda wizyta higienizacyjna i kontrolna powinna być połączona z wyczerpującym instruktażem higieny jamy ustnej.

Postępowanie profilaktyczno-lecznicze powinno uwzględniać informacje dotyczące:

- a. w przypadku dzieci i młodzieży
 - stanu uzębienia i przyzębia (w tym także prawidłowości w wyrzynaniu zębów),
 - wartości wskaźnika puw lub PUW (por. informacje w dalszej części rozdziału),
 - stanu higieny jamy ustnej,
 - głębokości bruzd,
 - warunków zgryzowych;
- b. w przypadku dorosłych
 - stanu higieny jamy ustnej,
 - stanu uzębienia i przyzębia,

- warunków zgryzowych (w tym także braków w uzębieniu i stanu wyrostków kostnych),
- uzupełnień protetycznych (ich stanu i szczelności),
- błony śluzowej (stanu, zmian, np. suchości jamy ustnej).

MOJE NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dokumentacja medyczna to zbiór dokumentów dotyczących stanu zdrowia pacjenta i udzielanych mu świadczeń zdrowotnych.

Dokument medyczny to każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji zawierający co najmniej:

- oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- oznaczenie zakładu ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której został sporządzony dokument,
- dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń,
- datę sporządzenia.

Dany dokument będzie mógł być uznany za medyczny wyłącznie wówczas, gdy zawierać będzie wszystkie cztery grupy elementów, a pominięcie chociażby daty jego sporządzenia oznacza, iż mamy do czynienia z dokumentem innego rodzaju.

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona dokładnie, skrupulatnie oraz chronologicznie. Właściwe prowadzenie dokumentacji jest ważne dla lekarza, pacjenta i organów kontrolujących, np. NFZ.

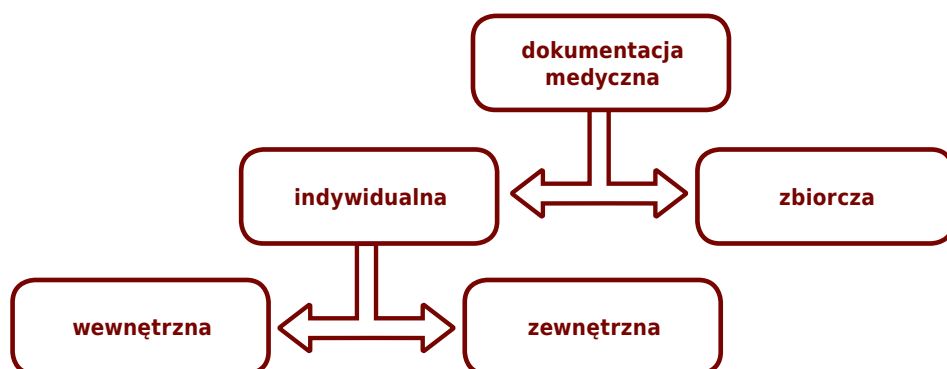
Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wynika z regulacji prawno-ustawowych wprowadzonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069).

Do 31 lipca 2016 roku obowiązują przepisy nakazujące prowadzenie dokumentacji w formie papierowej i elektronicznej.

Dokumentacja medyczna po 1 sierpnia 2017 roku będzie mogła być prowadzona przez lekarzy wyłącznie w postaci elektronicznej pod warunkiem, że system teleinformatyczny będzie zapewniał:

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- integralność treści dokumentacji i metadanych, polegająca na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji;
- udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej, dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 Ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- funkcjonalność wydruku dokumentacji.

PODZIAŁ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Rys. 20. Podział dokumentacji medycznej

Dokumentacja indywidualna

Dokumentacja indywidualna odnosi się do danego pacjenta, któremu placówka medyczna oferuje świadczenia zdrowotne.

Stanowią ją zbiory dokumentów medycznych, zawierające dane i informacje medyczne, dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jest prowadzona dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, na formularzach lub drukach, a w uzasadnionych przypadkach w innej formie pisemnej.

Obejmuje:

- dokumentację indywidualną wewnętrzną,
- dokumentację indywidualną zewnętrzną.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby danej placówki medycznej (zakładu opieki zdrowotnej). Wyróżniamy w niej np. historię zdrowia i choroby. Do dokumentacji wewnętrznej dołącza się:

- upoważnienie – ze wskazaniem osoby, która może uzyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta lub oświadczenie o braku upoważnienia,
- zgody na leczenie.

Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana u lekarza, który ją sporządził.

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna przeznaczona jest dla potrzeb pacjenta oraz na zewnętrzny użytek zakładu opieki zdrowotnej (poradni). Stanowią ją dokumenty przekazywane pacjentowi, np. orzeczenia, zaświadczenia, opinie lekarskie, skierowania na konsultacje, skierowania na badania diagnostyczne, np. RTG pantomograficzne, karty informacyjne.

Skierowanie

Powinno zawierać informacje, które będą pomocne w czasie diagnostyki dokonywanej przez podmiot, do którego będzie kierowany pacjent: dane pacjenta, oznaczenie podmiotu, do którego pacjent jest kierowany, nazwę zabiegu, datę wystawienia skierowania, podpis i pieczętkę lekarza kierującego oraz pieczętkę gabinetu kierującego.

Dokumentacja zbiorcza

Dokumentacja zbiorcza dotyczy ogółu pacjentów w danej placówce medycznej, korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Stanowią ją księgi przyjęć, dzienne ewidencje przyjęć i kartoteki.

Każdy wpis powinien być opatrzony: numerem wpisu, datą, danymi pacjenta, zwięzłą informacją o rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego (rozpoznanie, czynności lecznicze, zlecenia i zalecenia lekarskie – badania, recepty) oraz podpisem osoby udzielającej świadczenia.

Wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty. To samo dotyczy błędnych, pomyłkowych wpisów. Wówczas należy błędny wpis przekreślić czerwonym długopisem, opatrzyć datą, krótkim opisem dotyczącym przyczyny błędu i podpisem osoby dokonującej poprawy. W dokumentacji elektronicznej po dokonaniu edycji wpisu, pojawia się informacja o uzasadnieniu wprowadzonej poprawki. Po zapisaniu w dokumentacji widnieje błędny wpis skreślony na czerwono i pod nim właściwy.

Ustawowo odpowiedzialność za poprawne prowadzenie dokumentacji medycznej ponosi lekarz.

DOKUMENTY WEWNĘTRZNE

Placówka służby zdrowia może je tworzyć na potrzeby organów kontrolnych bądź w celu usprawnienia funkcjonowania poradni.

Do tej grupy dokumentów zaliczyć można:

- zeszyt pracy lampy UV biosterylizacyjnej (na potrzeby stacji sanitarno-epidemiologicznych),
- zeszyt kontroli urządzeń sterylizacyjnych (j.w.),
- receptariusze,
- książkę materiałów i leków poradni (do rozliczeń materiałowych),
- zeszyt wydawanych druków L-4 (statystyka),
- książkę konserwacji i napraw sprzętu oraz urządzeń stomatologicznych,
- zeszyt sterylizacji materiałów i bielizny operacyjnej (poradnie chirurgiczne),
- książkę pracy aparatu RTG (jeśli poradnia taki aparat ma i wykorzystuje),

- dokumentację finansową (fiskalną, w gabinetach objętych fiskalizacją).

DOKUMENTACJA PORADNI STOMATOLOGICZNEJ

W publicznych zakładach opieki zdrowotnej, realizujących usługi i świadczenia stomatologiczne, stosuje się dokumentację medyczną oznaczoną symbolem Mz/St.

Dokumentację z taką sygnaturą zalicza się do formalnej lub podstawowej. Są to następujące rodzaje dokumentów:

- Mz/St-1 – Karta choroby poradni stomatologicznej,
- Mz/St-1a – Wkładka do karty chorobowej poradni stomatologicznej,
- Mz/St-4 – Zlecenie do poradni stomatologicznej,
- Mz/St-7 – Karta choroby poradni chirurgii stomatologicznej, poradni chirurgii szczękowej,
- Mz/St-10 – Karta ortodontyczna,
- Mz/St-10a – Wkładka do karty ortodontycznej,
- Mz/St-14 – Dziennik prac technika dentystycznego,
- Mz/St-15 – Karta fluoryzacji zębów,
- Mz/St-17 – Zawiadomienie dla rodziców o stanie zdrowia jamy ustnej i uzębienia dziecka,
- Mz/St-18 – Dzienna ewidencja przyjęć w poradni stomatologicznej,
- Mz/St-18a – Dzienna ewidencja przyjętych pacjentów poradni chirurgii stomatologicznej,
- Mz/St-18c – Dzienna ewidencja przyjętych pacjentów w specjalistycznej poradni protetyki stomatologicznej,
- Mz/St-18b – Dzienna ewidencja przyjętych pacjentów w specjalistycznej poradni stomatologii dziecięcej,
- Mz/St-19 – Wykaz uczniów objętych planowanym leczeniem,
- Mz/St-21 – Dzienna ewidencja prac technicznych wykonanych w pracowniach stomatologicznych,
- Mz/St-25 – Terminy wizyt i zleceń dla pracowni ortodontycznej,
- Mz/St-2 – Rejestr pacjentów leczonych protetycznie,

- Mz/St-4 – Zlecenie do poradni stomatologicznej – laboratorium,
- Mz/St-26 – Koperta stomatologiczna,
- Mz/Szp-38 – Książka operacyjna.

DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Prawo nakłada na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, jej przechowywania i udostępniania pacjentom, ich przedstawicielom, lekarzom i pielęgniarkom dla celów medycznych oraz innym instytucjom wymienionym w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.).

Za prowadzenie, zabezpieczenie, a także dostęp do dokumentacji medycznej, odpowiada kierownik szpitala lub przychodni.

Placówka, w której chory się leczył, nie może odmówić mu dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Szpital ma 30 dni od złożenia wniosku przez pacjenta na udostępnienie zainteresowanemu dokumentacji (w praktyce robi to natychmiast lub w ciągu kilku dni).

Zgodę na to wydaje kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w praktyce najczęściej jest to lekarz sprawujący opiekę nad chorym.

Pacjent może po prostu do niej zajrzeć lub prosić o sporządzenie wyciągów, odpisów lub jej kopii.

Jeśli dokumentacja wewnętrzna, czyli sporządzona na potrzeby szpitala, jest niezbędna pacjentowi do zapewnienia mu dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić go na utratę zdrowia, decyzję o jej udostępnieniu na zewnątrz na potrzeby innych placówek medycznych (lub lekarzowi) może podjąć także ordynator oddziału, lekarz prowadzący lub inny sprawujący opiekę nad pacjentem.

Dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta może mieć:

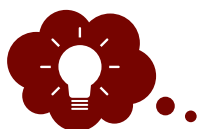
- sam pacjent,
- osoba upoważniona przez niego lub jego przedstawiciel ustawowy,
- inna placówka medyczna (lekarz) w celu zapewnienia ciągłości leczenia,
- sądy, prokurator,

- rzecznik odpowiedzialności zawodowej,
- organy rentowe oraz zespoły orzekające o stopniu niepełnosprawności,
- ZUS.

W przypadku śmierci pacjenta o dokumentację mogą wystąpić osoby wcześniej przez niego upoważnione (np. współmałżonek, dzieci).

Za sporządzenie wyciągów, odpisów i kopii dokumentacji pacjent musi zapłacić, a zakład opieki zdrowotnej wystawić pokwitowanie.

W przypadku wydania dokumentacji zewnętrznej, w dokumentacji wewnętrznej, np. karcie choroby, umieszcza się wpis o jej wydaniu i załącza jej kopię.



Za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot może, ale nie musi, pobierać opłat. Maksymalna stawka za jedną stronę odpisu dokumentacji nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w Polsce w poprzednim kwartale, natomiast dokumentacja wydana na elektronicznym nośniku danych to maks. 0,0004. Dane te są aktualizowane i podawane przez GUS. Placówka medyczna może również nadać dodatkowe opłaty za poświadczenie zgodności z oryginałem.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Czas przechowywania dokumentacji medycznej zależy od jej rodzaju.

Zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2009 r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu. Od tej ustawowej zasady przewidziane są wyjątki:

- w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

- zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je wykonano;
- skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia medycznego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
- dokumentacja medyczna dzieci do ukończenia 2. roku życia jest przechowywana przez okres 22 lat, czyli do 24. roku życia pacjenta.

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej stanowią dane osobowe wrażliwe. Każdy pracownik placówki medycznej jest zobowiązany do zachowania poufności co do wykonanych świadczeń zdrowotnych i danych osobowych pacjenta, jak również do nieudostępniania informacji, z którymi zapoznał się podczas wykonywania obowiązków służbowych.

MOJE NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BIBLIOGRAFIA

1. Bloch-Szotowska, B., *Skaling poddziąsłowy metodą ręczną* [w] *Asysta dentystyczna*, nr 3/2013, s. 12.
2. Grzyńska, D., Kluczkowski, M., *Vademecum asysty dentystycznej. Profilaktyka w gabinecie*, Wydawnictwo Elamed, Katowice 2015.
3. Jańczuk, Z. (red.), *Podręcznik dla asystentek i higienistek stomatologicznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Jańczuk, Z. (red.), *Praktyczna periodontologia kliniczna*, Wydawnictwo Kwintesencja, Warszawa 2004.
5. Jańczuk, Z., Szymaniak, E. (red.), *Próchnica zębów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
6. Jurczyński, W., Pawelczyk-Madalińska, M., *Usuwanie złogów nazębnych. Instrumentarium i procedura zabiegowa*, Wydawnictwo Kwintesencja, Warszawa 2008.
7. Kordek, R. (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Wydawnictwo ViaMedica, Gdańsk 2013.
8. Knychalska-Karwan, Z., *Zbiór wskaźników stomatologicznych, klasyfikacji i testów*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010.
9. Krajewski, W. (red.), *Podstawy profilaktyki stomatologicznej. Metodyka i środki*, Med Tour Press International, Warszawa 2005.
10. Olczak-Kowalczyk, D., Wagner, L. (red.), *Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2013.

SPIS RYSUNKÓW

Str.	Nazwa
13	Rys. 1. Etapy postępowania lekarskiego
20	Rys. 2. Etapy postępowania profilaktyczno-leczniczego
36	Rys. 3. Zęby wskaźnikowe w uzębieniu stałym (1) oraz mlecznym (2)
36	Rys. 4. Powierzchnie podlegające ocenie podczas badania wskaźnika fuksynowego
37	Rys. 5. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zębów podczas badania wskaźnika fuksynowego
38	Rys. 6. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zębów podczas badania wskaźnika fuksynowego
39	Rys. 7. Powierzchnie podlegające ocenie podczas badania wskaźnika OHI
41	Rys. 8. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zębów podczas badania wskaźnika OHI
41	Rys. 9. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zębów podczas badania wskaźnika OHI
42	Rys. 10. Powierzchnie podlegające ocenie podczas badania wskaźnika API
44	Rys. 11. Diagram uzębienia stałego dla przykładu nr 1
45	Rys. 12. Diagram uzębienia stałego dla przykładu nr 2
46	Rys. 13. Powierzchnie podlegające ocenie podczas badania wskaźnika PL.I.
47	Rys. 14. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zębów podczas badania wskaźnika PL.I.
51	Rys. 15. Powierzchnie podlegające ocenie podczas badania wskaźnika GI
52	Rys. 16. Noty punktowe przyznane poszczególnym powierzchniom zęba podczas badania wskaźnika GI
54	Rys. 17. Podział uzębienia na sektory podczas badania wskaźnika CPITN
56	Rys. 18. Noty punktowe przyznane poszczególnym zębom i sektorom podczas badania wskaźnika CPITN
58	Rys. 19. Noty punktowe przyznane poszczególnym zębom podczas badania wskaźnika PI
64	Rys. 20. Podział dokumentacji medycznej
153	Rys. 21. Pozycje pracy operatora podczas zabiegu kiretażu, z uwzględnieniem poszczególnych powierzchni zębów

SPIS TABEL

Str.	Nazwa
30	Tabela 1. Szczyty aktywności próchnicy
180	Tabela 2. Wskazówki dotyczące sposobu użycia materiału Fuji triage (wg instrukcji producenta)
192	Tabela 3. Zalety i wady podaży fluoru

PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA



lek. stom. Marta Szymańska-Sowula – absolwentka Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Współwłaścicielka gabinetu LARDENT w Krakowie. Wykładowca w Policealnej Szkole TEB Edukacja w Krakowie, od 2014 r. egzaminator w zawodach asystentka i higienistka stomatologiczna. Dużo czasu poświęca na rozwój zawodowy. W wolnych chwilach sięga po książki z zakresu historii medycyny i biografie.



mgr Katarzyna Chmiel – higienistka stomatologiczna, pedagog. Absolwentka WNSP w Katowicach na kierunku edukacja zdrowotna oraz podyplomowych studiów z zarządzania jednostkami medycznymi na Uniwersytecie Jagiellońskim. Doktorantka na WSNS w Warszawie. Wykładowca w Policealnej Szkole TEB Edukacja w Krakowie. Prowadzi szkolenia z zakresu profilaktyki jamy ustnej. Prywatnie szczęśliwa żona, pasjonatka natury i szczerego uśmiechu dodającego pozytywnej energii w każdej sytuacji.

„Książka stanowi cenne narzędzie do nauki dla przyszłych higienistek. Jako zdecydowane zalety należy wymienić liczne zdjęcia ilustrujące poszczególne zabiegi oraz wyszczególnienie niektórych informacji (np. w formie ciekawostek), które w interesujący sposób zwracają uwagę na ważne treści.”

dr n. med. lek. dent. Joanna Tomaszewska



wydawnictwo@edicon.pl

ISBN 978-83-943650-9-7



cena: 110,00 zł