



Próchnica u osób dorosłych

**Zalecenia higieniczne
- informacje dla zespołów
stomatologicznych**



Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ
- dla zdrowych zębów w przyszłości
Central and Eastern European Chapter

Colgate®

Dokładna diagnostyka choroby próchnicowej uwzględnia:

- » stopień zaawansowania zmian próchnicowych z użyciem systemu ICDAS II (<https://www.icdas.org>)
- » stopień aktywności zmian próchnicowych
- » ocenę wskaźników higieny jamy ustnej
- » ocenę tempa wydzielania śliny
- » ocenę poziomu bakterii próchnicotwórczych w ślinie
- » analizę nawyków żywieniowych
- » choroby ogólnoustrojowe i przyjmowane leki (wpływ farmaceutyków na poziom i jakość wydzielanej śliny)

Do oceny stopnia zaawansowania zmian próchnicowych zaleca się stosowanie systemu **ICDAS II**. Diagnostyka próchnicy koron oparta jest na **6-stopniowej skali**. Powierzchnie zębów ocenia się w warunkach wilgotnych i po osuszeniu. Poszczególne kody oznaczają:

Kod 0: szkliwo prawidłowe

Kod 1: matowa plama, biała lub brązowa – zmiana widoczna po osuszeniu powierzchni

Kod 2: matowa plama, biała lub brązowa – zmiana widoczna na wilgotnej powierzchni

Kod 3: miejscowe przerwanie ciągłości szkliwa, bez zmian w obrębie zębiny

Kod 4: podpowierzchniowe zacienienie w obrębie zębiny, bez lub z miejscowym przerwaniem ciągłości szkliwa

Kod 5: niewielki ubytek ekspozujący zębinę

Kod 6: rozległy ubytek ekspozujący zębinę

W przypadku oceny próchnicy korzenia proponowane są następujące kody:

Kod E: brak dostępu do powierzchni korzenia- ocena niemożliwa

Kod 0: brak przebarwień na powierzchni korzenia, brak przerwania ciągłości tkanek i utraty zarysu anatomicznego w okolicy połączenia szklwno-cementowego i w obrębie powierzchni korzenia spowodowanego demineralizacją próchnicową

Kod 1: wyraźnie odgraniczona strefa przebarwienia (żółta lub jasnobrązowa) na powierzchni korzenia lub w okolicy połączenia szklwno-cementowego bez wyraźnego ubytku tkanek, utrata anatomicznego zarysu <0.5 mm

Kod 2: wyraźnie odgraniczona strefa przebarwienia (żółta, ciemnobrązowa lub czarna) na powierzchni korzenia lub w okolicy połączenia szklwno-cementowego z wyraźnie widocznym ubytkiem tkanek, utrata anatomicznego zarysu ≥ 0.5 mm

Istotnym elementem diagnostyki jest badanie aktywności zmian próchnicowych. Badanie to opiera się na ocenie wzrokiem barwy i połysku tkanek oraz ocenie ich konsystencji przy użyciu sondy stomatologicznej. Na tej podstawie można wyróżnić zmiany:

- » twarde – nieaktywne, zatrzymane, ciemnobrązowe lub czarne
- » skórzaste – aktywne lub nieaktywne, żółte lub brązowe
- » miękkie – aktywne, żółte lub jasnobrązowe



Charakter zmian oraz stopień ich zaawansowania warunkuje postępowanie profilaktyczno- terapeutyczne. Współpraca z pacjentem musi być więc poprzedzona **szczegółowym wywiadem i badaniem przedmiotowym**. W przypadku stosowania złożonej farmakoterapii zalecana jest konsultacja z lekarzem ogólnym w celu jej ewentualnego zmodyfikowania i ograniczenia wpływu na poziom wydzielania śliny.

Pierwszym etapem działań interwencyjnych jest realizacja wstępnego planu leczenia uwzględniającego wykonanie zabiegów eliminujących ból, usunięcie płytki nazębnej i złogów kamienia, instrukcję higieny jamy ustnej oraz edukację dotyczącą wdrożenia prawidłowych nawyków dietetycznych i higienicznych. Elementem wstępnego planu leczenia jest również odtworzenie ciągłości tkanek zębów, co ogranicza akumulację płytki bakteryjnej i poziom czynnika infekcyjnego.

Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku próchnicy zlokalizowanej zarówno w obrębie korony jak i korzenia zęba, uwzględniają procedury nieinwazyjne lub inwazyjne, w zależności od stopnia zaawansowania i aktywności zmian próchnicowych.

W przypadku zmian nieaktywnych, ocenionych w skali ICDAS jako 0 lub 1 poleca się pacjentowi rzetelne wykonywanie domowych zabiegów higieny jamy ustnej oraz regularne poddawanie się rutynowym, profesjonalnym zabiegom profilaktycznym w gabinecie stomatologicznym. Obecność zmian aktywnych w obrębie korzenia- miękkich i skórzastych, zakwalifikowanych jako 0 lub 1 lub ognisk próchnicy koronowej, którym przypisano kod 1 lub 2 w skali ICDAS, wiąże się z podjęciem działań profilaktyczno-terapeutycznych mających na celu

zatrzymanie postępu choroby w oparciu o wdrożenie procedur nieinwazyjnych. W ramach tych zabiegów zalecana jest aplikacja preparatów zawierających związki fluoru.



Ogniska próchnicy ubytkowej (z cechami przerwania ciągłości tkanek - ICDAS 3-6 dla próchnicy koron i ICDAS 2 dla próchnicy korzenia) wymagają wdrożenia leczenia odtwórczego. Leczenie inwazyjne próchnicy musi uwzględniać współcześnie obowiązujące trendy Stomatologii Małoinwazyjnej (MID). Ze względu na potencjał naprawczy twardych tkanek zęba, opracowanie ubytków obejmujących zębinę powinno być ograniczone do jej zainfekowanej warstwy. Poleca się stosowanie częściowej lub stopniowej eliminacji zębiny próchnicowej. Rozległość, zasięg oraz lokalizacja ubytku determinują rodzaj zastosowanego materiału odtwórczego oraz rodzaj odbudowy - bezpośrednie lub pośrednie (wkłady, nakłady). Warto stosować materiały bioaktywne, które inicjują procesy remineralizacyjne w zębinie i hamują postęp próchnicy.

Szczególne trudności wiążą się z leczeniem ubytków zlokalizowanych w obrębie korzenia. Ich lokalizacja i wieloogniskowy charakter stwarza problemy zarówno w fazie opracowania ubytku, jak i w odbudowie brakujących tkanek. Preparacja tkanek powinna odbywać się z użyciem klasycznych wiertel na turbinę i mikrosilnik, lub z użyciem narzędzi ręcznych typu ekskawator, zgodnie z techniką ART. Materiałem z wyboru w leczeniu próchnicy korzenia jest cement szkłoionomerowy - klasyczny lub modyfikowany żywicą. W przypadku osób starszych, dotkniętych kserostomią, dla których utrzymanie higieny jamy ustnej na zadowalającym poziomie bywa problematyczne, wybór materiału aktywnego biologicznie, o zdolnościach remineralizacyjnych jest niezwykle istotny. Fluor uwalniany z cementów szkłoionomerowych, działa również antybakteryjnie, co ogranicza miano drobnoustrojów próchnicotwórczych. W szczególnie trudnych warunkach klinicznych zaleca się

stosowanie elektrochirurgii lub chirurgicznych zabiegów periodontologicznych, dla uzyskania lepszego dostępu do ubytku i odsłonięcia pola zabiegowego. Założenie wypełnienia umożliwia lepszą kontrolę odkładania płytki nazębnej, poprawę estetyki uzębienia i ogranicza ryzyko powikłań. Warto jednak pamiętać, że rekonstrukcja tkanek to tylko jeden z elementów walki z próchnicą. Istotą procesu terapeutycznego jest ograniczenie czynników etiologicznych, które przyczyniły się do rozwoju choroby. Utrzymanie homeostazy w środowisku jamy ustnej daje możliwość kontroli procesu próchnicowego, ale wymaga bezwzględnego stosowania zaleceń profilaktycznych i ścisłej, regularnej współpracy z lekarzem stomatologiem.

Podsumowując, współczesna koncepcja walki z próchnicą oparta na modelu MID uwzględnia:

- » utrzymanie równowagi mikrobiologicznej w środowisku jamy ustnej,
- » wczesne wykrywanie zmian próchnicowych,
- » nieinwazyjne leczenie ognisk próchnicy początkowej,
- » remineralizację zębiny próchnicowej,
- » przekształcanie aktywnych ognisk próchnicy w nieaktywne,
- » mikro-zachowawcze opracowanie ubytków,
- » stosowanie bioaktywnych chemicznie materiałów odtwórczych,
- » naprawę uszkodzonych wypełnień,
- » uświadomienie pacjentowi współodpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej i ogólny stan zdrowia.