

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
Plakk okozta gingivitisről
(1. módosított változat)

Készítette: A Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

1. A protokoll alkalmazási területe:

Az általános fogorvosi praxis és szak parodontológiai ellátás keretében ellátott, íngyulladásban szenvedő páciensek körére terjed ki

- 1.1. A gingivitis az egyik leggyakoribb orális népbetegség, ez indokolja a kezelési protokoll felállítását
- 1.2. A protokoll célja útmutatást nyújtani az íngyulladásban szenvedő betegek adekvát ellátására
- 1.3. A célcsoport: minden gyakorló fogorvos és minden íngyulladásban szenvedő gyermek és felnőtt

2. Definíció: plakk okozta gingivitis - elfogadott rövidítése nincs

3. A megbetegedés definíciója

A plakk okozta gingivitis a leggyakoribb gyulladós parodontális kórkép, amely az ínszélre korlátozódik és nem jár parodontális tapadásvesztéssel (1,2,13,).

- 3.1. Oka a nem kielégítő egyéni szájhigiéne következtében felhalmozódó dentális plakk és calculus (13). Fő kockázati tényezők a helyi plakk retenciós faktorok, elálló tömészsél, valamint a dohányzás és általános szervezeti hajlamosító tényezők, hormonális és immunológiai háttér (15,16).
- 3.2. A gingivitis genetikai rizikó tényezői, szembe a parodontitissel nem igazoltak.
- 3.3. A felnőtt lakosság közel 70%-a enyhébb- súlyosabb gingivitisben szenved, ezek közül 30 % szorul szakorvosi ellátásra.
- 3.4. Az incidencia a pubertás korban magas, majd nőknél a terhesség kapcsán, a női nemi hormonszint emelkedés következtében mutat kiugró értékeket. Idős korban a prevalencia a fogak elvesztésével ill. a folyamat parodontitisbe fejlődésével csökken (1).
- 3.5. Fő tünete: ínylvérzés, az ínszél színének elváltozása és az ínszél duzzanata. általában fájdalommal nem jár. általános tüneteket, vérvértelődést nem okoz (1).
- 3.6. Érintett szervrendszerek – csak az ínszélre lokalizálódik, gócként nem szerepel.
- 3.7. Gyakori társbetegség: Terhességben, diabetesben előfordulási gyakorisága szignifikánsan magasabb (14)

4. Ellátási folyamat leírása

II. Diagnosztikai eljárások

1. Anamnézis

1.1. Általános anamnézis – családi, szociális, magatartási, táplálkozási szokások, krónikus betegségek (különös tekintettel endocrin, immunológiai, keringési betegségekre) terhesség, gyógyszeresedés

1.2. Parodontális anamnézis – Az íny és parodontális tünetek kezdete, ínylvérzés, fogmosási gyakorlat, szájhigiéniés eszközök használata,

2. Fizikális vizsgálatok

3. Kötelező- minimálisan elvégzendő vizsgálatok:

A száj higiénés állapotának vizsgálata A száj higiénés állapotáról a dentális plakk mennyisége, a fogkö-felhalmozódás mértéke és a plakk retenciós tényezők jelenléte ad képet. A kis mennyiségű plakk szabad szemmel nem látható. A nagytömegű vastag plakk már szabad szemmel is jól látható, szondával karcolható. A pontosabb diagnosztika érdekében, valamint a beteg számára demonstrációs célokból célszerű a dentális plakkot festő folyadékkal megfesteni (1).

Az íny vizsgálata: Értékeljük az íny színét, formáját, konzisztenciáját, az interdentális papillák alakját, a feszes keratinizált íny szélességét, a mucogingivalis határvonal jellegét, a vestibulum mélységét, az ínszél közelében tapadó frenulumoknak és izomrostoknak az ínszélhez való viszonyát (1,2).

Az **Ínyvérzési Index** százalékosan fejezi ki az ínylvérzés mutató vizsgálati egységek arányát, az összes vizsgált egységhez viszonyítva. Az ínylvérzést általában egy-egy fog hat felszíne mentén vizsgáljuk (a fogfelszín distalis, középvonalis és mesialis oldalán mind orálsan, mind pedig buccalisán). Így pl. 28 fogat alapul véve ha valakinek

a lehetséges 168 felszín közül 42 felszínén mutatkozott vérzés, akkor az ínyvérzési index pontosan 25%. (42:165x100)

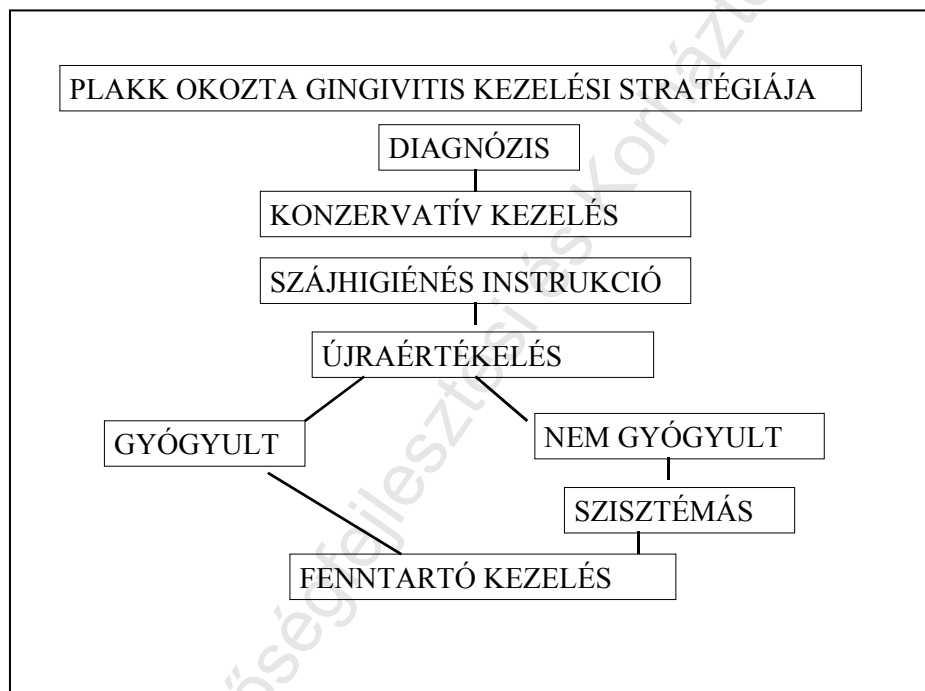
3.1. Laboratóriumi vizsgálat általában nem indokolt. Súlyos, ínyduzzanattal járó ínygyulladásban rutin vérkép és vércukorszint vizsgálat indokolt.

3.2. Képalkotó - Radiológiai diagnosztikus módszerek. A csontos parodontium állapotáról röntgen felvételen tájékozódhatunk. Gingivitisben a csontos parodontium röntgen elváltozása nem látható. Áttekintő, előzetes diagnosztikus célból megfelelő az orthopantomograph felvétel. Szükséges intraorális fogfelvételeket is készíteni. Ez lehet szárnyas film vagy standard beállítású periapicalis fogfelvétel. A szárnyas film előnye, hogy viszonylag vetülés mentesen ad éles képet a fogkorona approximális felszíneiről és az interdentalis csontseptumról és jól láthatók az approximális plakk retenciós tényezők is.

3.3. Egyéb kiegészítő vizsgálat a diagnózis felállításához nem szükséges

4. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok: nem indokolt

III Kezelés



III/1 Gyógyszeres kezelés: a gingivitis kezelése elsősorban nem gyógyszeres, hanem mechanikus tisztítás és a szájhigiéne helyreállítása. A gyógyszeres, antiszeptikus kezelés magában hatástalan. Csak kiegészítésként rendelhetünk 1,2 ill. 2 ezrelékes chlorhexidines öblítést vagy egyéb antiszeptikumot (Meridor, Betadine). Gingivitisben antibiotikum adása nem indikált. Gyógyszeres kezelésre általában a mechanikus terápiára nem reagáló, szisztémás háttérbetegség által súlyosbított esetekben van szükség (1,2).

III/2 . Sebészi jellegű ellátás

Gingivitisben műtét csak fibrotikus ínyduzzanat esetében indikált. A gingivitis alapvető terápiája nem sebészi de operatív jellegű.

1. Szájhigiénés motiváció és előzetes szájhigiénés instrukciók dentális plakk festő folyadék vagy tableta segítségével a beteg számára láthatóvá tesszük a plakkot és demonstráljuk a szájhigiénés hiányosságokat és felhívjuk a figyelmét arra, hogy az ínygyulladás alapvető oka a nem megfelelő fogmosási technika, ill. a nem megfelelő minőségű tömésekben és pótlásokban keresendő (1,2)

2. Professzionális szájhigiénés kezelés: a supra,- és subgingivális fogkövek és plakk retenciós tényezők eltávolítása (depurálás)

A depurálás és gyökérsimítás célja a dentális plakk maradéktalan eltávolítása. az ínygyulladás megszüntetése azáltal, hogy a gyulladásért felelős bakteriális tényezőket eltávolítjuk. Nagyon sok klinikai vizsgálat bizonyította, hogy alapos supra- és subgingivális depurálás után drámai módon csökken a subgingivális Gram- negatív anaerob baktériumok száma és a supragingivális plakk összetétele a dominánsan Gram negatív, anaerob flórától a dominánsan Gram pozitív, aerob flóra irányába tolódik el

Supragingivális depurálás könnyebb és igénytelenebb formája a sonikus vagy ultraszonikus depurálás. Ilyenkor a depurátor vibráló vége zúzza porrá a fogköveket és tisztítja meg a fogakat. Depuráláskor a műszert a fog felszínével párhuzamosan, állandóan mozgatva, enyhe nyomással vezetjük. A vibráló műszervég a hűtővízből permetet képez. Ennek a hűtővíz permetnek veszélyes mellékhatásai vannak (3,4,5,)

Subgingivális depurálás és gyökérsimítás A subgingivális depurálás és gyökérsimítás lényegesen bonyolultabb és nagyobb felkészültséget igényel, mint a supragingivális. A subgingivális fogkövek keményebbek és szívósabban tapadnak a fognyakon. A művelet során a vizuális kontroll is limitált vagy teljesen hiányzik. Legtöbbször az operátor csupán tapintással tájékozódik. A tasakfal jelentős mértékben korlátozza a mozgási lehetőséget. Subgingivális depuráláshoz ma leginkább univerzális és felület specifikus (Gracey) küretteket alkalmazunk. Ultrasonikus depurátorokkal is végezhető subgingivális depurálás, azonban ezt követően a gyökérsimítást mindig kézi műszerrel kell elvégezni (1,3,4).

Plakk retenciós faktorok eliminálása

Ennek kapcsán a következő lokális faktorok eliminációjára kerül sor:

- túlérő tömések korrekciója
- hibás koronaszélek korrekciója
- hibás hézagfogak korrekciója
- plakk retenciót okozó carieses léziók ideiglenes ellátása
- nyitott kontakt pontok korrekciója
- fogak anatómiai hibáinak korrekciója
- orthodontiai korrekciók

Az **elálló tömésszélek** Az amalgám töméseket vagy finom, láng alakú finírozó vidia fúróval korrigáljuk, vagy specialis reciprok mozgást végző reszelővel (EVA rendszer) polírozzuk le. A kompozíciós töméseket finom, láng alakú gyémánt finírozó/polírozó fúrókkal, vagy/és az EVA rendszer reszelőivel korrigáljuk majd finom polírozó csikokkal polírozzuk ki (1,3).

A **túlérő koronaszél** korrekciója során választhatunk a korona/híd pótlás eltávolítása és jó minőségű, szigorúan supragingivális széli zárású ideiglenes korona/híd munka elkészítése és a hídvezetékben elvégzett korrekciója között.

Helyi érzéstelenítésben vidia fissura fúróval, vagy specialis vidia korona felvágóval nagyon óvatosan az íny alá menő, elálló koronaszélt levágjuk, majd 1-2 mm-rel supragingiválisan alakítjuk ki az új koronaszélt. A koronaszélt polírozó gyémánt fúrókkal simára polírozzuk. Approximálisan itt is alkalmazható az EVA rendszer.

Az ínyszél közelében kifejlődő, ellátatlan **III, IV. V. osztályú szuvas üregek** jelentős plakk retenciót okoznak és lehetetlenné teszik a fogak plakk mentesítését. Ezért ezeket az üregeket ideiglenesen, kivételes esetben végleges tömással el kell látni. Mivel gyulladt íny mellett dolgozunk, ajánlatos kofferdam izolálás alkalmazása (1).

A **nyitott kontakt pont** étel beékelődéshez vezet, amely jelentős mértékben rontja szájhygiénés kilátásainkat. A kontakt pont korrekciójára szóba jöhet orthodontiai kezelés, a kontakt pont kiépítése vagy esetleg olyan mértékben történő kiszélesítése, amely már könnyen tisztíthatóvá teszi a fogközt.

A torlódott, mesialisan bedőlt, rotációban lévő fogak, vagy ectopias fogak tisztítása nehéz, sokszor lehetetlen. Ezért indokolt lehet **orthodontiai kezelés** indikációja.

A tökéletes egyéni szájhygiénés technika kialakítása – végleges szájhygiénés instrukció

A végleges egyéni szájhygiénés gyakorlatot csak a professzionális szájhygiénés kezelési fázis sikeres lezárásával kezdhetjük el (6,7,8,9,10,).

- Az egyéni mechanikai plakk kontroll legfontosabb eszköze a fogkefe és a fogkefével végzett fogmosás. A hagyományos fogkefék mellett vannak speciális célokra készült fogkefék. A professzionális szájhygiéniában használt polírozó kefék működési elvét használják ki az oscilláló félkörkörös mozgásokat végző elektromos fogkefék (Oral B-Braun, Colgate, Aquafresh stb) és az ultrahang rezgés tartományban dolgozó ultrasonikus fogkefe (Sonicare, Oral B Soni), amelyek nem csupán mechanikai dörzsöléssel, hanem a fogkefe sörteszálak által továbbított alacsony energiatarományú, ultrahang-frekvenciájú rezgésekkel fellazítják és eltávolítják a dentális plakkot (19,20,21,22,23)

Interdentális fogtisztító eszközök Elsősorban a hagyományos fogkefékkel el nem érhető approximális fogfelszínnek tisztítását szolgálják (9,18).

Fogselyem az ép parodontiumu fogak és a gingivitises fogak approximális és interdentalis subgingivális felszíneinek tisztítását szolgálja (18).

A **Superfloss** olyan speciális, a cipőfűző végére emlékeztető kemény műanyag véggel van ellátva, melynek segítségével a fogselyem bevezethető a fogközökbe akkor is, ha a kontakt ponton nem lehet átvizetni

A **Gépi interdentalis fogtisztító** eszközök közül ajánlott a legújabb Oral B Kolibri

Gingivoplastica Amennyiben az ínnyulladás megszüntetése után duzzadt, fibrotikus ínyszél marad vissza, az ínnyelmezéssel korrigálható.

III/3 Egyéb beavatkozások –

III/4 Egyéb terápia – nem igényel

IV. Rehabilitáció

nem igényel

V. Gondozás

1. Primér és szekunder prevenciók teendői

– A páciens egyéni szájhigiénéje, plakk- és fogkőképződésének sebessége függvényében professzionális szájhigiénés kezelésre fél évente vagy évente a beteg visszarendelendő. Ilyenkor nem csupán fogköveit távolítjuk el, hanem újra motiváljuk és újabb szájhigiénés tanácsokkal látjuk el.

Primér prevenció – lényege az idejében, még teljesen ép íny és fogazati státusz mellett bevezetett, jó fogmosási technika és időszakos professzionális fogtisztítás.

Szekunder prevenció lényege a kezelést követő időszakos visszarendelés és professzionális fogtisztítás.

2. Prognózis – a gingivitis prognózisa jó. Hatékony fogmosás és időszakos ellenőrzés és tökéletes minőségű restauratív fogászati munkák mellett nem tér vissza

3. Az ellátás megfelelőségének indikátorai

A végleges diagnózis azon alapul, hogy a gingivális/parodontális szövetek hogyan reagáltak a dentális plakk eltávolítására és rendszeres távoltartására. A terápia sikere és kimenetele alapján az esetek újabb három diagnosztikai csoportba sorolhatók:

A. **Gyógyult plakk okozta gingivitis:** Amennyiben a klinikai tünetek megszűntek, a szájhigiéné jó, nincs jelentős plakk és fogkőképződés a beteg gyógyultnak nyilvánítható. Ez azonban nem jelentheti páciensünk végleges elbocsátását. Továbbra is rendszeres motivációra és időszakos szájhigiénés instrukcióra szorul

B. **Nem gyógyult plakk okozta gingivitis:** Amennyiben a klinikai tünetek nem szűntek meg, a szájhigiéné nem kielégítő, további plakk és fogkőképződés észlelhető a beteg ismételt professzionális szájhigiénés kezelésre és szájhigiénés instrukcióra szorul. Ezt követően betegünk újabb ellenőrző vizsgálatra szorul. Mindezt addig kell megismételni, amíg tökéletes egyéni szájhigiénét nem érünk el és a beteg gyógyultnak nem nyilvánítható.

C. **Kondicionált gingivitis:** A plakk képződésén kívül több általános tényező is hozzájárulhat a gingivitis fenntartásához. Ilyen esetben a fogorvosnak a beteg általános kivizsgálását kell kezdeményeznie, hogy kiderüljön, milyen tényező miatt nem gyógyul meg betegünk. Szükség szerint parodontológus szakorvosi ellátás indikált.

4. A protokoll bevezetésének feltételei

4.1. Tárgyi feltételek

Akkreditált, a minimumfeltételeknek megfelelő, működési engedéllyel rendelkező fogorvosi rendelő

4.2. Személyi feltételek

Parodontológus szakorvos, fogorvos, fogszakorvos, fogászati szakdolgozó

4.3. Szakmai/képzési feltételek

Graduális és posztgraduális képzés, folyamatos továbbképzés

4.4. Egyéb feltételek

- a beteg és ellátó közötti közvetlen kommunikáció
- betegtájékoztató kiadványok terjesztése
- oktatáshoz, továbbképzéshez társul terjesztés
- a minőségirányítási rendszer megköveteli a protokoll használatát

VI. Irodalomjegyzék

1. Parodontológia szerk. Gera Semmelweis Kiadó 2005.
2. Fog és Szájbetegségek Szakmai Kollégium – Parodontológiai Módszertani levél
3. Axelsson P Lindhe J.: The effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol* 1981;8:239-248.
4. Axelsson P, Lindhe J, Nystrom B.: On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15 year longitudinal study in adults. *J. Clin Periodontol* 1991;18:182-189
5. Axelsson,P. és Lindhe,J.: Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J. Clin. Periodontol.* 1978;5:133-151
6. Beals, D, Ngo T., Feng Y., Cook D., Grau D.G., Weber D.A.: Development and laboratory evaluation of a new toothbrush with a novel brush head design *Am J Dent* 2000; 13: 000-000
7. Boyd RL, Murray P, Robertson PB.: Effect on periodontal status of rotary electric toothbrushes versus manual toothbrushes during periodontal maintenance. I. Clinical results *J. Periodontol* 1989;60:390-395.
8. Cronin, MJ., Dembling WZ, Low MI., Jacobs DM, Weber DA.: A comparative clinical investigation of a novel toothbrush designed to enhance plaque removal efficacy *Am J Dent* 2000; 13: 000-000
9. Gjermo L, Flötra L.: The effect of different methods of interdental cleaning. *J. Periodontol Res* 1970;5:230-236.
10. Graves Rc, Disney JA, Stamm JW.: Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding. *J. Periodontol* 1989;60:243-247.
11. Heasman PA, Jacobs DJ, Chapple IL.: An evaluation of the effectiveness and patients compliance with plaque control methods in the prevention of periodontal disease *Clin Prev Dent* 1989;11:24-28
12. Lang WP, Farghey MM, Ronts DL.: The relation of preventive dental behaviors to periodontal health status *J. Clin Periodontol* 1994;21:194-198.
13. Løe H, Theilade E, Jensen SB.: Experimental gingivitis in man. *J. Periodontol* 1965;36:177-187.
14. Payne JB, Zachs NR, Reinhardt RA et al. The association between estrogen status and alveolar bone density changes in postmenopausal women with a history of periodontitis. *J Periodontol* 1997;68:24-31.
15. Preber H, Bergstrom J: Occurrence of gingival bleeding in smoking and non-smoking patients. *Acta Odontol Scand* 1985; 43: 315-320.
16. Preber H, Bergstrom J: Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J Clin Periodontol* 1990;17: 324-329.
17. Rich SK, Friedman JA, Schultz LA.: Effects of flossing on plaque and gingivitis in third grade schoolchildren *J. Public Health Dent* 1989;49:73-77.
18. Ronis DL,Lang WP, Farghey MM. Passow E.: Toothbrushing, flossing and preventive dental visits by Dittroit-area residents in relation to demographic and socioeconomic factors *J Public Health Dent* 1993;53:138-145.
19. Sharma NC., Qaois JG., Galustian HJ., King D.W., Low ML, Jacobs DM, Weber DA.: A 3-month comparative investigation of the safety and efficacy of a new toothbrush: Results from two independent clinical studies *Am J Dent* 2000; 13: 27A-32A
20. Sharma NC., Qaois JG., Galustian HJ., Low ML, Jacobs DM, Weber DA.: An advanced toothbrush with improved plaque removal efficacy *Am J Dent* 2000; 13: 15A-19A
21. Van der Weijden GA, Denser MM, Nijboer A, Timmerman MF, Van der Velden U.: The plaque removing efficacy of an oscillating/rotating toothbrush. A short term study. *J. Clin. Periodontol* 1993;20:273-278.
22. Van der Weijden GA, Timmermann MF, Reijerse E, Mantel MS, Van der Velden U.: The effectiveness of an electronic toothbrush in the removal of established plaque and treatment of gingivitis. *J. Clin Periodontol* 1995;22:179-182.
23. Van der Weijden GA, Timmermann MF, Nijboer A, Lie MA, Van der Velden U.: A comparative study of electric toothbrushes for the effectiveness of plaque removal in relation to toothbrushing duration. Timer study. *J. Clin Periodontol* 1993;20_ 478-481.

Kapcsolódó Internetes oldalak

www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_
www.bspd.co.uk
www.fdiworldental.org/resources
www.pubmed.gov
www.who.int/oral_health/database/en

A szakmai protokoll érvényessége: 2009. december 31.

VII. Melléklet

1. A protokollfejlesztés módszerei

Hazai és nemzetközi protokollok és irányelvek adaptációja. Figyelembe vettük az érintett ellátotti kör preferenciáit és a növekvő társadalmi elvárásokat a preventív technikák alkalmazását illetően. Az ajánlást véleményeztettük az ellátási felelősséggel bíró szakterületek képviselőivel.

1.1. Az irodalomkeresés és kiválasztás módszerei

Elektronikus adatbázisok (lásd kapcsolódó internetes oldalak, Medline) Irodalomkutatás elsősorban 2000-2006 között megjelent szakmai könyvek, cikkek, különös tekintettel a randomizált, kontrollált vizsgálatok, rendszerezett áttekintés angol és német nyelvű publikációkra.

1.2. A felhasznált nemzetközi irányelvek adaptálási módszerei

A nemzetközi irányelveket szisztematikusan és kritikusan értékeltük, figyelembe vettük saját beteganyagunkat és szolgáltatói környezetünket. Előfordult, hogy ugyanazt a kérdést több irányelv eltérő módon és ajánlási fokozattal tárgyalta. Az információk minősége alapján történő mérlegelés után alakítottuk ki a hazai ajánlást.

1.3. Érintett társszakmákkal való véleményezés és konszenzus

Együttműködés és egyeztetés javasolt az primer prevenció érdekében az iskolaorvosi, valamint felnőtt alapellátás fogorvosaival

1.4. A bizonyíték és ajánlási szintek meghatározása, magyarázata

A bizonyítékok szintjei:

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló irányelvek fejlesztéséhez. Egészségügyi Közlöny 2004, 3, 753. 5. sz. táblázat.

2. Az ajánlások alkalmazását támogató segédanyagok, betegtájékoztatók

- Betegtájékoztató a gingivitisről és parodontitisről

3. A protokollfejlesztést támogató szervezetek, szponzorok

A Magyar Fogorvosok Egyesülete.

Magyar Parodontológiai Társaság

Szponzor támogatás nem volt.

Betegtájékoztató

„A parodontium megbetegedéseinek ellátása/Plakk okozta gingivitis” című protokollhoz

Az ínygyulladás és fogágy gyulladás a szájbán élő, a fogak felszínére tartósan kitapadt baktériumok, az ún. plakk okozza. Ön most részt fog venni olyan íny és fogágykezelés sorozatban, amelyben kisebb műtéti beavatkozásokra is sor kerülhet. Ezek a kezeléseket az Ön számára semmilyen veszélyt nem jelentenek, de a kezeléseket után átmenetileg a megtisztított fogak hidegre és fogmosásra érzékennyé válhatnak. Mivel a fogágybetegség bakteriális fertőzés, ezért szükség lehet antibiotikum adására is. Az antibiotikus kezelésében már évek óta kipróbált és hazánkban is széles körben alkalmazott gyógyszereket alkalmazunk, amelyek a patikában, orvosi vényre kapható. Az alkalmazott kezelésben és a kiválasztandó gyógyszerek összetételében meghatározó, hogy Ön a jelentkezéskor kapott adatlapot mennyire pontosan és a valóságnak megfelelően tölti ki, különösen figyelve a gyógyszerallergiára, vérzékenységi állapotokra vagy szív-keringési betegségekre.

Az első vizit alkalmával fogorvosa az általános egészségügyi állapotával kapcsolatban még több kérdést tehet fel Önnek. Ezt követően orvosa alaposan megvizsgálja a szájüreget, hogy meggyőződjön arról, hogy ínypanaszai mellett vannak-e egyéb fogászati vagy szájnyálkahártya elváltozásai is.

Először a fogait alaposan le fogjuk tisztítani, hogy eltávolítsuk az íny feletti bakteriális lepedéket és fogkövét, amely alapvetően felelőssé tehető az egész fogágy-gyulladásért. Majd elvégezzük az íny alatti fogfelszínnek tökéletes letisztítását és az ínytasakok kikaparását (kürett). Ezt követően el kell sajátítania a helyes fogmosás szabályait. Tartós eredmény csak akkor érhető el, ha Ön otthon, az általunk ajánlott fogkefével a megtanult technikával és gyakorisággal mossa fogait. **Ha nem tud javítani otthoni fogmosási technikáján, akkor nagyobb parodontális műtéti beavatkozások vagy egyéb helyreállító kezelések sikerrel nem alkalmazhatók.**

Ínytasak műtét helyi érzéstelenítésben, ambuláns körülmények között végezzük. A műtét után számíthat kisebb-nagyobb fájdalomra, íny vagy arcduzzanatra. Ezek a műtétet követő 3-4 napon belül elmúlnak. Sokkal kisebb a műtét utáni komplikációk veszélye, ha a műtét után is tökéletes szájhigiénét tart fenn és a korábban már

elsajátított módszerekkel mossa, tisztítja fogait. A műtéti területet éppen akkor kíméli, ha rendszeresen tisztán tartja és nem hagyja ismételtelen befertőződni. A műtét egyik legfontosabb célja, hogy a mély ínnytasakokat megszüntesse. Ez sokszor azzal jár együtt, hogy a műtét után a fognyak kisebb-nagyobb mértékben (az eredeti tasakmélységtől függően) szabaddá válik. A szabaddá vált felszín hőre kezdetben érzékeny lehet. Ezt azonban kezelni lehet és az érzékenység a legtöbb esetben spontán is megszűnik.

Az alkalmazott antibiotikumnak is lehet mellékhatása. Ha Ön bármilyen kellemetlen mellékhatást, vagy bármilyen utóhatást észlel, mely kapcsolatba lehet a kezeléssel, azonnal forduljon a fogorvosához.

Azt nem tudjuk garantálni, hogy a kezelés azonnali gyógyulást fog eredményezni. Azonban az alkalmazott kezelés-sorozat a ma elfogadott egyik leghatásosabb kezelése az ínnygyulladásnak és a súlyos, pusztító fogágybetegségnek. Ez képes megállítani az Ön szájában is a fogmedercsont további pusztulását és a fogai megszilárdulását eredményezi.

Amennyiben aláírja a Beleegyezési Nyilatkozatot, ezzel kinyilvánítja, hogy részt kíván venni a kezelésben. Kijelenti, hogy elolvasta a Betegtájékoztatót, és volt alkalma kérdéseket feltenni és ezekre a kérdésekre megnyugtató és kielégítő válaszokat kapott orvosától. Önnek bármikor joga van megszakítani a kezelést.

Egészségügyi Minőségfejlesztési és Korháztechnikai Osztály