

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stomatologická klinika



Zuzana Ptáčková

**Vstupní vyšetření v ordinaci
dentální hygienistky**

*Inaugural Examination at the Dental
Hygienist's Office*

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: Zuzana Ptáčková

Studijní program: Dentální hygienistka

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Olga Jiroutová

Pracoviště vedoucího práce: **Stomatologická klinika 3. LF UK FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: 12. 6. 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 3. 5. 2018

Zuzana Ptáčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mojí vedoucí práce, paní doktorce Jiroutové za ochotu, trpělivost a odborné rady během uplynulého roku. Dále mé rodině, která mě podporuje celé studium. Za jejich neutuchající optimismus v mé studijní úspěchy a podporu a pomoc, kterou mi poskytli při psaní této práce.

Obsah

OBSAH	5
1. CÍL PRÁCE	7
2. ÚVOD	8
3. TEORETICKÁ ČÁST	10
3.1. ANAMNÉZA	10
3.1.1. Odběr anamnézy	10
3.1.1. Rodinná anamnéza	11
3.1.2. Osobní anamnéza	12
3.1.3. Nynější onemocnění	12
3.1.4. Farmakologická anamnéza	13
3.1.5. Epidemiologická anamnéza	13
3.1.6. Sociální a pracovní anamnéza	13
3.1.7. Stomatologická anamnéza	13
3.2. EXTRAORÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	15
3.2.1. Vyšetření aspekci.....	15
3.2.2. Vyšetření palpaci.....	19
3.2.3. Vyšetření auskultací.....	22
3.3. INTRAORÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	23
3.3.1. Sliznice	23
3.3.2. Parodont	26
3.3.3. Indexy.....	31
3.3.4. Jazyk a podjazyková oblast.....	37
3.3.5. Zuby	38
3.3.6. Foetor ex ore.....	39
3.4. DALŠÍ VYŠETŘENÍ.....	40
3.4.1. RTG.....	40
3.4.2. Mikrobiologické	42
3.4.3. Fotografie	43
3.4.4. Modely.....	44
3.5. SPOLUPRÁCE LÉKAŘE A DENTÁLNÍ HYGIENISTKY	45
4. PRAKTICKÁ ČÁST	47
4.1. HYPOTÉZY	47
4.2. MATERIÁL A METODIKA	47
4.3. VÝSLEDKY.....	48

4.4.	VÝSLEDKY - HYPOTÉZY	59
5.	DISKUSE	60
6.	ZÁVĚR.....	64
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
8.	SOUHRN.....	73
9.	SUMMARY.....	74
10.	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	75
11.	SEZNAM PŘÍLOH	76
12.	PŘÍLOHY	77

1. Cíl práce

Cílem teoretické části práce je shrnout poznatky o vyšetření pacienta z hlediska dentální hygieny. Zaměřuje se na úkony, které provádí dentální hygienistka a na jejich využití pro správné ošetření pacienta.

Cílem praktické části je analyzovat, jak se běžně v praxi dentální hygienistky provádí vyšetření. Vyhodnotit efektivitu daných výkonů a zdůvodnit získané výsledky. Dalším cílem je vytvoření obrázkového atlasu, kde jsou souhrnně uvedeny součásti vyšetření ve stomatologii.

2. Úvod

Téma mé bakalářské práce Vstupní vyšetření v ordinaci dentální hygienistky se zabývá důležitou problematikou. Vstupní vyšetření je první kontakt s pacientem, proto je nutné pacienta lépe poznat a tím snížit rizika spojená s ošetřením na minimum.

Toto téma jsem si vybrala, protože se mi líbilo jeho praktické využití pro každodenní praxi dentální hygienistky. Jeho zpracováním lze získat informace, které jsou důležité pro ochranu pacienta i ošetřujícího. Téma je aktuální, stále je nutné upozorňovat na rizika, která jsou spojena s podceněním vyšetření a s předpokládáním nenadálých situací. Ošetřující by měl být připraven na vážné situace a jeho rozhodnutí musí být obhajitelné i v případě soudního jednání.

Kompletní vyšetření pacienta ve stomatologii se skládá z anamnézy, extraorálního vyšetření, intraorálního vyšetření a dalších pomocných vyšetření.

V části anamnéza se ptáme pacienta na jeho zdravotní stav. Pro správné ošetření je nutné získat informace o celkovém zdravotním stavu – v minulosti i nyní, dále o lécích, které pacient užívá, a o alergiích. Pro dentální hygienistku jsou důležité i informace ohledně běžné hygieny dutiny ústní pacienta i o předchozích návštěvách na dentální hygieně a u zubního lékaře. Pro získání pacienta je potřeba znát proč pacient přišel na dentální hygienu a jaká jsou jeho očekávání.

Extraorální vyšetření následuje po odebrání anamnézy a hygienistka při něm vyšetří oblast hlavy a krku. V této oblasti se mohou nacházet různé projevy celkových onemocnění, vyrážky, alergické reakce a další (Strub, 2015). Správné vyšetření hlavy a krku může ošetřujícího upozornit na infekční či dědičné onemocnění (Slezák, Dřízhal, 2013), dále například na pacienta pod vlivem alkoholu nebo drog a v neposlední řadě na možnost domácího násilí. Pacient by neměl být ošetřen v případě nálezu aktivní infekce ani pod vlivem omamných látek.

Intraorální vyšetření je zaměřeno do oblasti dutiny ústní, tedy na chrup, jazyk, parodont i sliznice. Díky důkladnému vyšetření dutiny ústní může hygienistka (po indikaci zubního lékaře) navrhnout léčbu a ošetřit pacienta dle jeho potřeb.

Mezi pomocná vyšetření je řazeno rentgenologické vyšetření (provádí zubní lékař), laboratorní vyšetření, dále fotografie a modely. Dentální hygienistka se zubním lékařem spolupracuje a při vyšetření a ošetření pacienta postupuje dle pokynů lékaře v souladu s léčebným plánem.

V rámci ordinace dentální hygienistky není možné provést detailní vyšetření a vyřknout diagnózu, ale je možné všimnout si nezvyklostí a patologií a odeslat pacienta k praktickému nebo zubnímu lékaři a dále pak na specializované pracoviště.

3. Teoretická část

V teoretické části mé bakalářské práce se zabývám všemi aspekty správného vyšetření, zejména provedením, zápisem a nejčastějšími nálezy. Je důležité, aby se dentální hygienistka orientovala v projevech onemocnění vyskytujících se v oblasti hlavy a krku. Přestože nestanovuje diagnózu, může být první, kdo pacienta upozorní na možný závažný stav.

Ke zpracování tématu jsem použila českou i zahraniční literaturu a odborné články publikované v periodiku pro odbornou veřejnost.

3.1. Anamnéza

Anamnéza je základním prostředkem pro stanovení diagnózy a ideální léčby. Je vhodné si vyměřit na začátku prohlídky dostatek času a s pacientem probrat jeho zdravotní stav, tak aby nebyly žádné detaily opomenuty (Táborský, 2014). Odběr anamnézy také slouží k vytvoření vztahu pacienta a ošetřujícího, seznámení s pracovištěm a podobně (Táborský, 2014; Weber, 2012). Anamnestická data jsou získána od pacienta nebo od jeho doprovodu, tedy dělíme na anamnézu přímou a nepřímou (Slezáková et al., 2016).

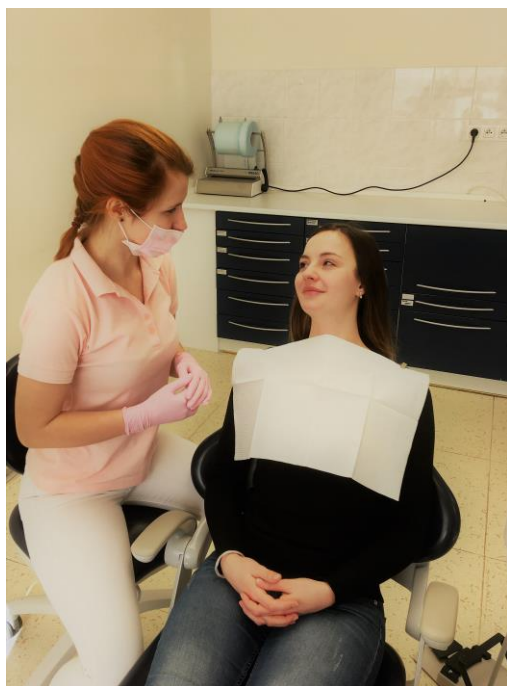
Při akutních stavech je používána minimální anamnéza nebo zkrácená CAVE (Klener, 2009). Anamnestická data přísně podléhají ochraně v rámci mlčenlivosti dle právních předpisů a etického kodexu (Vondráček, Vejvodová, 2012).

3.1.1. Odběr anamnézy

Odběr anamnézy je prováděn pomocí dotazníkového šetření a následně rozhovorem (Viz příloha č. 1, 2, obr. 1). Dotazník ušetří ošetřujícímu čas a zároveň poskytuje pacientovi klid na rozmyšlení a správný zápis. Slouží i pro účely dokumentace (Slezáková et al., 2016). Při ústním rozhovoru je třeba dbát na stručnost a jasné otázky, nepoužívat příliš odborné výrazy a vyvarovat se subjektivního hodnocení bez předchozího objektivního

vyšetření (Táborský, 2014). Ošetřující kriticky hodnotí pacientovy odpovědi, zejména u pacientů, kteří mají k onemocnění vyhraněný postoj, tedy problém agravují, bagatelizují, disimulují nebo jsou neurotičtí (Špinar, Ludka, 2013).

Při vstupním vyšetření pacienta je nutné provést celkovou anamnézu, která se snaží získat informace ze všech oblastí. Pro snadnější orientaci je dělena na několik částí (Slezáková et al., 2016).



Obrázek 1: Odběr anamnézy rozhovorem (Archiv autorky)

3.1.1. Rodinná anamnéza

Hlavním tématem rodinné anamnézy jsou geneticky podmíněné choroby. Zahrnuty jsou i civilizační nemoci, které jsou multifaktoriálně podmíněné, ale rodinný vliv je významný. Jako například hypertenze, diabetes mellitus nebo ischemická choroba srdeční. Důležité jsou i psychické nemoci a sexuálně přenosné choroby (Mazánek, 2014). Může sloužit i k prevenci z hlediska přenosu na dítě pacienta nebo doporučení preventivního vyšetření pro příbuzné pacienta (Táborský, 2014).

3.1.2. Osobní anamnéza

Nemoci, které pacient prodělal, nebo aktuálně probíhají, zapisuje ošetřující do osobní anamnézy (Chrobák, 2003). Jako důležité jsou zapisovány závažná infekční onemocnění jako virové hepatitidy, HIV, cytomegaloviry (CMV) a EBV (Weber, 2012). Pacienti s tímto typem onemocnění jsou dispenzarizováni na infekčních ambulancích (Rozsypal, 2013). Zkoumáno je i riziko setkání s onemocněním například při cestování do exotických zemí (Mazánek, 2014). Dětské nemoci jako spalničky, příušnice a podobně. Dále jsou zapisovány vážnější úrazy a prodělané operace (Slezáková et al., 2016). Civilizační onemocnění – diabetes mellitus, hypertenze, vředová choroba a další včetně léčby jsou též důležitým bodem osobní anamnézy (Klener, 2009).

3.1.3. Nynější onemocnění

Problémy, se kterými pacient přichází, jsou zapisovány do podkapitoly nynější onemocnění. Základem je to, co pacient cítí nebo pozoruje. Cílenými dotazy ošetřující získá podrobnosti o problému jako je délka trvání nebo charakter – akutní, chronický. Dále zda už se problém někdy vyskytl, okolnosti, za jakých vznikl, čím se příznaky zhorší nebo naopak zmírní. Dalším vodítkem může být cirkadiální periodicitu příznaků, tedy intenzita potíží během dne (Táborský, 2014).

Charakteristiky příznaků jsou děleny do sedmi hlavních kategorií (Dobiáš, 2013).

1. Lokalizace – místo výskytu a šíření
2. Charakter/kvalita – jaké jsou projevy, chování
3. Rozsah – jak pacienta ovlivňuje v běžném životě (spánek, potrava,...)
4. Časový průběh – kdy symptomy začaly, délka trvání, opakování
5. Co to způsobilo – ošetřující se ptá na vyvolávací příčinu
6. Ovlivnění – zmírňuje nebo naopak zhoršuje příznaky
7. Přidružené příznaky

(Dobiáš, 2013)

3.1.4. Farmakologická anamnéza

Farmakologická anamnéza zahrnuje dlouhodobou i krátkodobou léčbu. Vztahuje se na léčiva předepsaná lékařem, ale i na léčiva bez doporučení jako jsou analgetika nebo potravinové doplňky (Špínar, Ludka, 2013). Ošetřující se ptá na druh léčiva, dávkování a na dobu užívání (Nejedlá, 2015).

3.1.5. Epidemiologická anamnéza

V části epidemiologická anamnéza jsou zahrnuty otázky, které se týkají infekčních onemocnění a možností jejich přenosu. Od pacienta jsou získávané informace ohledně výskytu infekčního onemocnění v okolí pacienta, případně na jeho pobyt v léčebném zařízení. K riziku nákazy může dojít i při pobytu v přírodě – koupání, pokousání hmyzem, přisátí klíštěte, konzumací neověřených potravin a vody z nespolehlivých zdrojů. K přenosu infekčního onemocnění může dojít i v případě aplikace piercingu, tetování a rizikových sexuálních aktivit a praktik. Další kategorií může být i cestování do exotických destinací (Rozsypal, 2015).

3.1.6. Sociální a pracovní anamnéza

Sociální anamnéza je odebírána z důvodu zjištění pacientova zázemí a životního stylu. Znalost těchto údajů je důležitá v případě domácí léčby.

Při odběru pracovní anamnézy se ošetřující soustředí na pracovní místa, kde je pacient ohrožen například infekcí, jedy, vyšší mírou stresu nebo vysokou fyzickou zátěží. Tyto informace slouží nejen ke správnému naplánování další léčby, ale i k ochraně pacienta a ošetřujícího personálu (Špínar, Ludka, 2013).

3.1.7. Stomatologická anamnéza

Ve stomatologické anamnéze má pacient uvést problémy v dutině ústní, ale i v okolních strukturách. Přesně definované otázky na oblast temporomandibulárního kloubu, poruchy žvýkání, bolest zubů nebo dásní

pomohou předejít nedorozumění (Weber, 2010). Dále by měl pacient uvádět jméno praktického zubního lékaře a kontakt na něj, datum poslední návštěvy a pravidelnost kontrol. Ošetřující se ptá i na důvody kléčbě, a zhodnotí motivaci pacienta. Je důležité uvést jakým způsobem je prováděna hygiena dutiny ústní a kolik času pacient čištěním stráví denně. (Strub, 2015).

3.2. **Extraorální vyšetření**

Zevní vyšetření slouží ke kontrole oblasti okolo dutiny ústní, tedy hlavy a krku. Je prováděno po odebrání anamnestických údajů a před vyšetřením samotné dutiny ústní. Základem je fyzikální vyšetření – pohmat, pohled a poslech (Mazánek et al., 2015).

3.2.1. **Vyšetření aspekci**

Pohledem je vyšetřována symetrie obličeje. **Symetrie** může být narušena zvětšením z důvodu otoku nebo tumoru, barevnou změnou nebo parézou nervu (Strub et al., 2015).

Otoky vznikají z různých celkových i lokálních příčin. Mezi celkové patří například alergie na léky nebo na potraviny, které se projevují erytémy a otoky (Braunová, 2001). Dále infekční mononukleóza, projevující se otokem kolem očí spolu se zvětšením lymfatických uzlin a celkovými příznaky (Roháčková, 2005). Narůžovělý otok kolem očí se objevuje i u onemocnění pojiva – dermatomyozitidy (Svobodová, 2012). U pacientů v imunopresi a pacientů s diabetem mellitus může vzniknout otok a zarudnutí po napadení *Streptococcus pyogenes* – erysipel. Toto onemocnění je provázeno velikou bolestivostí a zvětšením lymfatických uzlin (Bartoňová, 2014). Další příčinou je nefrotický syndrom, kdy dochází nejčastěji k otoku v oblasti očí, genitálu a dolních končetin (Gier, 2001). K otoku víček dochází i při poruchách štítné žlázy (Hehlman, 2010). Generalizovaný otok vzniká u Cushingovi nemoci nebo z nedostatku bílkovin (Weber, 2010).

Otoky z lokálních příčin vznikají po větším stomatochirurgickém zákroku, extrakci zubu a zlomenině v orofaciální oblasti (Mazánek, 2007). Také u výraznější odontogenní infekce (Weber, 2010) nebo při zánětu slinných žláz (Slezák, Dřížhal, 2004).

Tumory lokalizované v oblasti hlavy a krku jsou velmi často dobře viditelné a tedy i rozpoznatelné. Nejčastěji se vyskytují u starších pacientů, mužů s abúzem cigaret. Pacienti často pochází z nižší sociální vrstvy. Mezi nejčastější nádory v této oblasti patří nádory kůže, měkkých tkání a kostí,

horních dýchacích a polykacích cest. Dále se vyskytují i v parafarygeální a paranazálních dutinách a slinných žlázách (Molitor, 2006).

Barevné změny mohou být různého původu. Exantémy hematogenního nebo lymfogenního a neurogenního původu (Hehlman, 2010). Hematomy se vyskytují například při zlomenině čelisti, ale i jiném lehčím poranění měkkých či tvrdých tkání (Pazdera, 2005) a to z nejrůznějších příčin. Je důležité upozornit, že mohou být příznakem fyzického týrání (Biskup, 2001). Celkové zčervenání kůže a pocení může být způsobené horečkou (Mikšová, 2006). Další příčinou barevné změny může být piha nebo pigmentový névus, který se vyskytuje na obličeji zcela běžně (Obr. 2) (Slezák, Dřížhal, 2004).



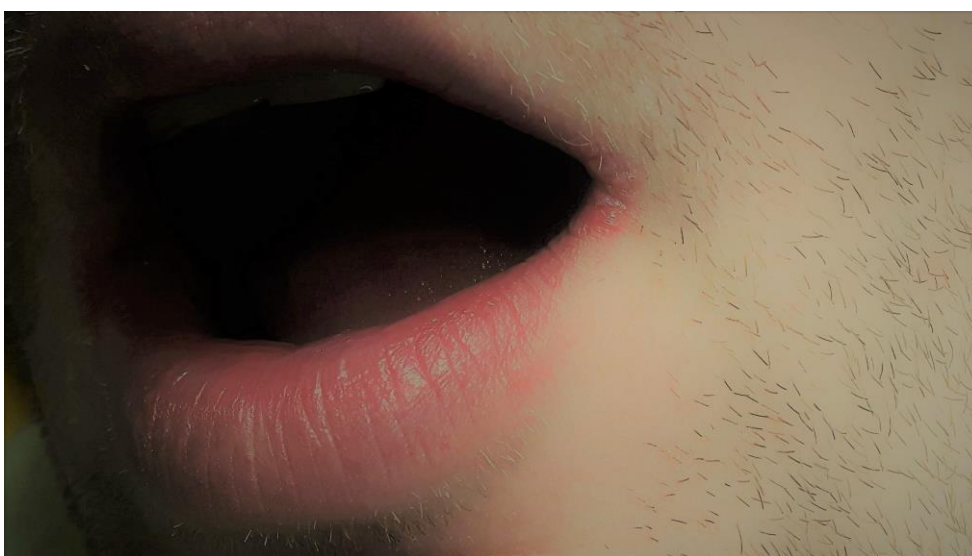
Obrázek 2: Pigmentový névus v oblasti horního rtu (Archiv autorky)

Na obličeji se mohou vyskytovat i různé dermatitidy, dermatózy nebo dermatofytózy. Dále například motýlovitý erytém typický pro lupus erythematoses (Štork, 2008).

Zvláštní pozornost je třeba věnovat oblasti retní červeně. V této oblasti se mohou vyskytovat příznaky některých virových, bakteriálních a mykotických onemocnění, imunopatologicky podmíněných chorob a potencionálně maligní stavy (Slezák, Dřížhal, 2004). Dále se zde mohou vyskytovat i ektopicky uložené mazové žlázy – Morbus Fordyce (neboli Fordycovy skvrny). Klinickým nálezem jsou bělavá až žlutá políčka na bukální či labiální sliznici nebo na retní červeně. Pacient je bez subjektivních

příznaků (Bienová, Ditrichová, 2010) nebo může cítit estetický handicap (Slezák, Dřížhal, 2004).

K defektům rtů dochází i kvůli traumatizaci přikusováním, které může souviset i s nadměrným olupováním rtů. Další příčinou olupování může být chladné počasí nebo ústní dýchání (Machová, 2010). Koutky úst také mohou ukazovat kromě infekce též na poruchy okluze, karence vitaminů a dlouhodobou traumatizaci (obr. 3, pacient s ortodontickými tahy). Projevy jsou ragády, bolestivost, někdy krvácení (Syravátková, Syrovátka, 2014).



Obrázek 3: Ragády v koutku úst u pacienta s ortodontickými tahy (Archiv autorky)

Paréza lícního nervu, která je většinou jednostranná, může mít mnoho příčin. Patří k nim poranění obličeje a zlomeniny, nádory, herpetické infekce nebo idiopatická Bellova obrna (Koutný, 2011).

Bakteriální infekcí, která postihuje zejména děti mladšího školního věku, je impetigo. Infekce se šíří v oblasti obličeje, případně bakterie impetiginizují jiné kožní onemocnění – například projevy herpetické infekce (Štork, 2008).

Na kožní straně rtu a oblasti filtra je možné se setkat s bakteriemi způsobeným furunklem, který vzhledem připomíná odontogenní záněty (Štork, 2008).

Je možné se setkat i s ulcus durum, prvním stádiem syfilis, pokud je orální cestou umožněn vstup *Treponemy pallidum*. V tomto případě jsou i zvětšené regionální uzliny (Bártová, 2015).

Původce **virové infekce** v oblasti retní červeně je Herpes simplex (Obr. 4). Ten po primoinfekci Perezistuje v ganglion trigeminale a znovu může být aktivován v případě onemocnění, vyššího stresu nebo jiných příčin. Častá je bakteriální superinfekce. Vážnější je Herpes zoster. Primoinfekce je varicella a další manifestace v oblasti hlavy herpes facialis, bolestivé puchýřnaté onemocnění, které může zasahovat i do oblasti rtu. Působením lidských papilomavirů mohou vznikat i v oblasti rtu solitární akantomy různého vzhledu (Slezák, Dřížhal, 2004).



Obrázek 4: Herpes simplex v oblasti horního rtu (Dyntr, 2012)

Mykotická infekce se nejčastěji vyskytuje v oblasti koutků úst. Doprovázena může být i bakteriální infekcí a vyskytuje se zejména v případě, že jsou koutky macerované slinou (Syrovátková, Syrovátka, 2014).

Příčina erozí a krust na retní červení může být i imunopatologická, je to jeden z příznaků lichen ruber planus nebo diskoidního lupus erythematodes. Projevy v této oblasti má i difuzní sklerodermie. Charakterizovány jsou jako bělavá políčka – přesuny pigmentu (Slezák, Dřížhal, 2004).

Postižení v oblasti úst postihuje i pacienty trpící Crohnovou chorobou. Typická je makrocheliie nebo angulární cheilitida.

V oblasti rtu se vyskytují i **pihy, pigmentové névy**, případně benigní melanotické skvrny - viz obrázek č. 2 (Štork, 2008).

Další oblastí jsou benigní nádory například pyogenní granulom, hemangiom nebo lymfangiom.

Na rtu se mohou objevovat i různé potencionální **maligní změny**. Abrazivní cheilitida projevující se drobnými erozemi, které se špatně hojí, Senilní keratom – verukózní útvar vznikající na místě ozáření sluncem (dlouhodobě) a Cornu cutaneum (Slezák, Dřížhal, 2004).

Maligní nádor rtu vycházející z červeně případně z koutku je dlaždicobuněčný karcinom rtu. Klinicky se projevuje jako nehojící se vřidek nejčastěji na dolním rtu (Slezák, Dřížhal, 2004).

Aspekci vyšetřujeme také oko a okohybné svaly. Vyšetření se provádí pomocí prstu ošetřujícího, který je vzdálen od očí pacienta do 30cm. Ošetřující požádá pacienta, aby sledoval jeho pohybující prst směrem do stran, a následně prst přibližuje a oddaluje pro kontrolu stahu zorniček (Nejedlá, 2015).

3.2.2. Vyšetření palpací

Palpačně vyšetřujeme **lymfatické uzliny** v oblasti hlavy a krku, štítnou žlázu, tlakovou senzibilitu v oblasti výstupu koncových větví nervus trigeminus a temporomandibulární kloub (Strub et al., 2015).

V oblasti před tragem je možné vyšetřit bolestivost a zvětšení i příušní žlázy (Nejedlá, 2015).

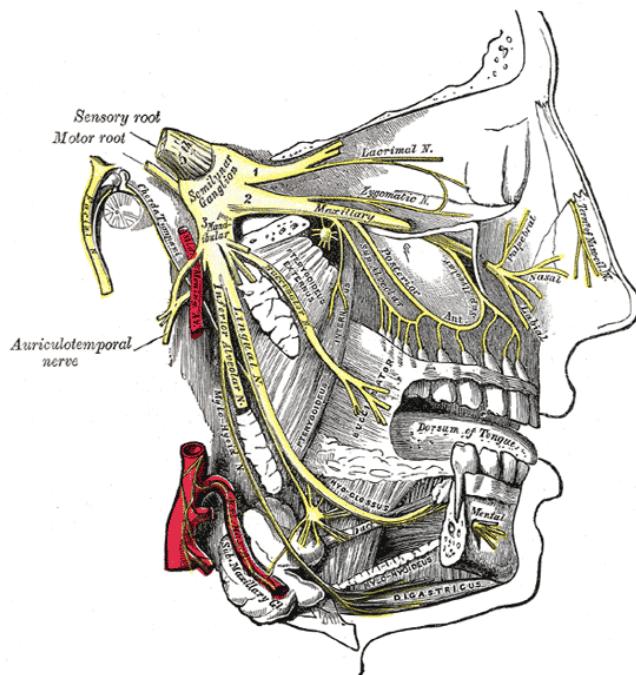
Palpačně lze vyšetřovat povrchové lymfatické řečiště hlavy a krku. Při kontrole je dbáno na velikost uzliny, konzistence, bolestivost, pohyblivost a jak vypadá kůže nad uzlinou (Obr. 5) Nejčastější příčinou zvětšení je zánět nebo novotvar (Bártová, 2015). V oblasti hlavy jsou jemným tlakem vyšetřovány okcipitální, retroaurikulární, parotické, submandibulární a submentální uzliny. Na krku jsou palpovány povrchové uzliny v okolí m. sternocleidomastoideus. Za fyziologického stavu jsou nehmatné (Bártová, 2015).



Obrázek 5: Vyšetření submandibulárních lymfatických uzlin (Archiv autorky)

Štítná žláza je také za fyziologického stavu nehmatná, ale při polknutí se mírně posunuje, tedy je vyšetřitelná (Nejedlá, 2015). Pokud je zvětšení štítné žlázy hmatné nebo i viditelné okem, jde o patologický stav nazývaný struma (Bártová, 2015). Kromě velikosti je důležitá i konzistence, tvar, bolestivost a povrch (Nejedlá, 2015).

Nervus trigeminus je V. hlavový nerv, který senzitivně inervuje kůži a sliznici obličeje včetně dutiny ústní a zubů. Také má motorická vlákna pro pohyb žvýkacích svalů (Petrovický, Druga, 1997). Pro vyšetření jsou důležité výstupy hlavních větví – n. ophtalmicus ve foramen supraorbitale, n. maxillaris ve foramen infraorbitale a n. mandibularis ve foramen mentale (Obr. 6). Tyto místa vyšetřujeme mírným tlakem. Při fyziologickém stavu, není bolestivé (Chrobák, 2003). Nejčastějším onemocněním je neuralgie typická šlehavou záchvatovitou bolestí, která vzniká na podnět ve spouštěcí zóně. Příčina může být idiopatická, nebo z důvodu onemocnění zubů, dutin, oka, případně postherpetická neuralgie či roztroušená skleróza (Kaňovský, Herzig, 2007).



Obrázek 6: Větvění Nervus trigeminus (Gray, 1948)

Čelistní kloub je složený z caput mandibulae, fossa articularis kosti spánkové a discus articularis. Čelistní kloub je typickým představitelem oboustranného (bilaterálního) kloubu – funkční jednotku tvoří dva klouby a navzájem se ovlivňují. Vytváří spojení mandibuly s lebkou a umožňuje přijímání potravy. Prováděné pohyby jsou rotační a translační. Slouží k depresi, elevaci, protrakci a retrakci mandibuly (Mazánek, Klepáček 2001). Zevně je možné kloub palpačně vyšetřit těsně před tragem při otevírání úst nebo uvnitř zvukovodu při zavřených ústech (Obr. 7). Palpačně je i zjišťována citlivost žvýkacích svalů. Nejčastěji vzniká onemocnění v důsledku přetěžování kloubu (často při dlouhodobé psychické zátěži), následkem traumatu, špatných skusových poměrů nebo artikulační překážky (Machoň, Hirjak, 2014). Příznaky onemocnění jsou bolest, omezené otvírání, zavírání úst a zvukové fenomény (Machoň, Hirjak, 2014).



Obrázek 7: Vyšetření TMK (Archiv autorky)

3.2.3. Vyšetření auskultací

Poslechem jsou vyšetřovány zvukové fenomény při patologii čelistního kloubu. Lupání a jiné zvuky mohou pacienta i ošetřujícího upozornit na onemocnění v této oblasti, jsou ale nutná další vyšetření pro správnou diagnózu (Machoň, Hirjak, 2014).

Pomocí fonendoskopu je možné zjistit přítomnost šelestu v a. carotis. Ten je známkou aortální stenózy, aneuryzma nebo stenózy a. carotis. A je nutné dále vyšetřit jinými metodami. Vyšetření je uvedeno pro úplnost (Nejedlá, 2015).

3.3. Intraorální vyšetření

3.3.1. Sliznice

Vyšetření sliznic by mělo následovat po extraorálním vyšetření a důležité je, aby bylo systematicky provedeno. Vyšetření je prováděno přímým pohledem a pomocí zrcátka. Jedná se mimo jiné o onkologickou prevenci (Mazánek, 2014).

Při vyšetření se hodnotí barva a prokrvení, povrch sliznice, množství a výtok sliny ze slinných žláz (Mazánek et al., 2015). Zkoumány jsou i uzdičky a jejich vliv na parodont (Slezák, 2007).

Sliznice neboli tunica mucosa je tvořena třemi základními vrstvami - povrchovým nerohovějícím epitelem, slizničním vazivem a svalovou vrstvou. Poskytuje mechanickou a imunologickou ochranu. Na její povrch vystupuje množství žláz s vnější (exokrinní) sekrecí. Zdravá sliznice má růžovou barvu a je vlhká (Uhlík et al., 2010).

Dutina ústní je vystavena množství vnějších vlivů při mluvení, jídle i dýchání, a proto nejsou výjimečné problémy v oblasti její sliznice. Vlivy dělíme na fyzikální, chemické a biologické. Poškození sliznice může vznikat i z důvodu vážného systémového onemocnění včetně autoimunitních. Další léze na sliznici mohou vznikat jako polékové reakce (Bienová, Ditrichová, 2010). Nejčastěji se onemocnění projevuje zarudnutím, erozemi, ulceracemi nebo bílou plochou (Gajdziok et al., 2009). Na sliznici a jazyku mohou být i odchylky dané vývojem. Tyto jsou často bez subjektivních příznaků (Slezák, Dřížhal, 2007).

Obecně se zánět sliznice dutiny ústní nazývá stomatitida a je často provázen i zánětem dásní, tedy gingivostomatitida. Jejich příčiny jsou mechanické vlivy – tlak protézy, ostré hrany výplně či nesanovaný chrup, dále chemické vlivy, alergické reakce či viry a bakterie (Beinová, Ditrichová, 2010).

Ulceracemi se projevuje například například herpetická primoinfekce **Herpes simplex**. Vznikají ohraničené vřídky se zarudlým okrajem, které

mohou splývat. Dalším příznakem je zvýšená teplota, bolest a gingivitida. Po vyléčení za jeden až dva týdny, viry zůstávají v latentní formě v trigeminálním ganglionu a při zvýšené zátěži na organismus znovu postihne organismus, nejčastěji jako herpes labialis (Obr. 7) (Střípek, 2012). Těžší projevy má nakažení virem **Herpes zoster**, který vyvolává plané neštovice a pásový opar. V ústech se tvoří malé bolestivé vřídky, ale projevy jsou i kožní v podobě puchýřků. Pacienti mají zvýšenou teplotu. U pásového oparu je typická vyrážka a výsev puchýřů unilaterálně a je přesně ohraničena (Pospíšilová, 2009). Méně časté jsou vezikulární stomatitidy – **Hand-foot-and-mouth disease a herpangína**. Jejich původcem jsou enteroviry a onemocnění se projevuje vřídky na sliznici. Gingiva nebývá napadena. U první zmíněné dochází k výsevu kožních projevů na prstech rukou a nohou, ale celkové příznaky se vyskytují zřídka (Resl, Reslová, 2015). U herpangíny jsou často zvětšené uzliny, zánět hltanu, nechutenství a dysfagie (Štork, 2008).

Ulcerativní charakter mají i jiné onemocnění, které nesouvisí s napadením viry. Zánět a ulcerace, stomatitida, může například vzniknout i na podkladě nedostatečné ústní hygieny a přemnožení anaerobních a fusiformních bakterií. Onemocnění je bolestivé a provází ho pálení a zvýšené slinění (Gajdziok et al., 2009).

Nejčastější onemocnění sliznice je **rekurentní aftózní stomatitida**. K výsevu dochází u některých pacientů dvakrát až čtyřikrát do roka. Lokalizace je různá a liší se i množstvím a velikostí vřídků. Dle průběhu se dělí na Aphthosis minor, Aphthosis major a Herpetiformní typ. Etiologie je nejasná, vliv na vznik aft mají faktory exogenního i endogenního původu (Zoulová, 2014).

Širokou skupinou jsou bílé plochy. Etiologie, velikost, povrch i struktura je variabilní. Častým původcem jsou kvasinky rodu *Candida*, ty způsobují **orální kandidózu**. Projevem jsou bílé, měkké a snadno setřitelné povlaky. Po odstranění povlaku je sliznice erytematozní. Onemocnění je provázené bolestí, pálením v ústech a dysfagií. Orální kandidózou nejčastěji trpí pacienti se sníženou buněčnou imunitou, tedy děti, senioři, pacienti

s diabetem nebo pacienti s pokročilým AIDS. Další faktory podporující vznik kandidózy je snížení množství sliny a suchost sliznic, místní dráždění například zubní náhradou, stav po užívání širokospektrých antibiotik a dalších léčiv (Weber, 2010). Bílou ploškou se projevují i lichenoidní změny sliznice (Obr. 8). Jsou to chronické změny, které vznikají v reakci na dentální materiál. Objevují se v blízkosti výplní na labiální a bukální sliznici (Slezák, Dřížhal, 2004).



Obrázek 8: Lichenoidní změny na sliznici (Archiv autorky)

Některé systémové choroby mají své typické projevy i v dutině ústní. **AIDS** v pokročilém stadiu, kdy je imunita výrazně oslabena, může být podkladem pro rozvoj kandidóz, vlasaté leukoplakie, nekrotizující gingivitidu či parodontitidu. Příznakem jsou i nádorové změny jako Kaposiho sarkom a maligní lymfomy non-Hodgkinova typu (Mačák et al., 2012).

Lupus erythematodes je autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k poškození pojiva. Nejzávažnější typ je systémový lupus erythematodes. Projevy v dutině ústní jsou ulcerace, atrofie sliznice a erytémy. Na obličeji, v oblasti nosu je patrný typický motýlovitý erytém (Štork, 2008).

Bílá plocha nebo linie se může objevit i z důvodu **traumatizace** sliznice zuby. Časté je přikusování nebo otlak protézou.

Vzácně se v dutině ústní pacienta může objevit tvrdý vřed - ulcus durum v prvním stadiu **syfilis**, případně mokvavé, bělavé pláty charakteristické pro druhé stadium syfilis. Třetí stadium je typická tvorbou granulační, pružné, laločnaté, rozpadavé tkáně nazývané gumma, která se také může vytvořit v dutině ústní (Bártová, 2015).

U sliznice dutiny ústní je důležité sledovat i vlhkost – fyziologicky je sliznice vlhká, na pohled lesklá a světle růžová. Nedostatečně vlhká sliznice (xerostomie) může ukazovat nedostatečný příjem tekutin, dekompenzovaný diabetes mellitus, zánětlivé změny slinných žláz, nádorová onemocnění slinných žláz, stavy po radioterapii v oblasti hlavy, léky ze skupiny antidepresiv, antihistaminik, apod. (Vokurka et al., 2013). Další příčinou může být **Sjögrenův syndrom**, autoimunitní onemocnění žláz s exokrinní sekrecí, tedy projevuje se suchostí sliznic dutiny ústní, spojivek, kůže a polyartritidou. Pacienta je nutné vyšetřit na specializovaném pracovišti a nasadit léčbu (Bienová, Ditrichová, 2010).

Součástí sliznice jsou i slizniční nebo vazivové pruhy – **uzdičky (frenula)**. Retní uzdičky se nachází ve frontálním úseku a spojují horní nebo dolní ret s alveolárním výběžkem. Podjazyková uzdička spojuje spodinu dutiny ústní se střední čarou jazyka. Z bukální sliznice k alveolární kosti vybíhají další slizniční řasy (Strub et al., 2015). U retních uzdiček hodnotíme typ úponu – gingivální, papilární a papilou procházející. Dále také symptom tahu, který se vyšetřuje mírným tlakem boční plochou sondy po odtažení rtu. Symptom tahu se projevuje anemizací v místě úponu nebo oddálení tkáně od zubu. V místě výrazného tahu se může objevovat zánět, parodontální kapsa nebo odhalení krčku zubu (Koval'ová et al., 2006). Jazyková uzdička může být od narození zkrácená a je nutné provést malý chirurgický zákrok z důvodu špatné výživy dítěte a později z logopedických důvodů (Kejklíčková, 2011).

3.3.2. Parodont

Parodont je závěsný aparát zubu. Skládá se z alveolární kosti, periodoncia, zubního cementu a gingivy (Slezák, 2007).

Alveolární kost je tvořena kompaktní kostí na povrchu a spongiózní kost uvnitř. Kompaktní kost tvoří vnitřní a vnější lamelu, vnější je pokryta periostem a do vnitřní se upínají vazy periodoncia. Kost vytváří mezi jednotlivými zuby interdentalní a mezi kořeny interradikulární septa. V oblasti kořene kostí prochází nervy a cévy (Poleník, 2008).

Periodoncium zajišťuje pevné, ale pružné spojení zubu s kostí. Je tvořeno souborem vláken a fibroblasty. Vlákná se dělí na supraalveolární vazy a intraalveolární vazy. Supraalveolární probíhají v pojivu gingivy, spojují gingivu s kostí a zajišťují její napětí. Intraalveolární slouží k upevnění zubu (Slezák, 2007).

Cement pokrývá povrch zubu od krčku až ke kořeni. Slouží k upnutí vazů periodoncia (Sharpeyova vlákna) a zároveň má funkci reparativní a adaptivní. Typy cementu jsou acelulární afibrilární cement, který neobsahuje kolagenní vlákna a nachází se pouze v malých okrscích, acelulární fibrilární cement, který se nachází v cervikální třetině, a celulární fibrilární cement, který se tvoří v oblasti apexu, vyrovnává nerovnosti na povrchu a neslouží přímo ke spojování (Dostálová et al., 2008).

Gingiva je modifikovaná sliznice, která nemá svalovou vrstvu a je přímo srostlá s kostí – mukoperiost. Je pokryta rohovějícím epitelem a od sliznice se odděluje mukogingivální hranicí (Hellwig et al., 2003). Typy gingivy jsou připojená a volná. K části volné gingivy patří i mezizubní papila. Zdravá dásněň by měla mít světle růžovou barvu. Povrch by měl být vlhký a na připojené gingivě je možné najít stippling (Mazánek et al., 2015). Volná gingiva by měla dosahovat 2mm od cementosklovinné hranice. V tomto prostoru, mezi zubem a dásní, tak vzniká mělký žlábek – sulcus gingivalis, (Slezák, 2007).

Vyšetření je zaměřené na zhodnocení barvy, konzistence, povrch a šířku. Objevené změny jsou dále vyšetřovány pomocí tupé sondy. Tou se zkoumá přítomnost zánětu a hloubka sulcus gingivalis, případně hloubka paradontální kapsy (Hellwig et al., 2003).

American Academy of Periodontology vytvořila v roce 1999 nyní uznávanou klasifikaci paradontopatií.

Nejčastější onemocnění dásní je plakem podmíněná **gingivitis** charakteristická zarudnutím, otokem až ulceracemi na gingivě. Gingiva produkuje zvýšené množství sulkulární tekutiny a po sondáži krvácí. Zduření dásní vytváří nepravé parodontální kapsy (Mazánek, 2014).

Akutní forma je způsobena mechanickým nebo termickým podnětem. Může být způsobena i plakem, ale v tomto případě velmi rychle přechází do chronické formy (Dostálová et al. 2008). Specifickou skupinou je **akutní nekrotizující ulcerózní gingivitida (ANUG)**, která zasahuje oslabené pacienty. Zánět postihuje interdentální papily, později i zbytek gingivy. Tvoří se ulcerace, eroze a nekrózy papil. Nepříjemný je i silný zápach z dutiny ústní a bolest. Rizikovými faktory rozvoje onemocnění jsou špatná ústní hygiena, kouření, emocionální stres a nedostatečná výživa (Slezák, Dřížhal, 2004).

Chronická forma gingivitidy je plakem podmíněná. Dáseň je oteklá, zarudlá, hyperplastická, ale nejsou pozorovány úbytky kosti. Při sondáži dochází ke krvácení a kvůli hyperplazii je možné sondovat nepravé parodontální choboty (Koval'ová et al., 2010).

Gingivitida má i zvláštní formy vyvolané zejména hormonálními změnami. Příkladem je těhotenská, pubertální, vyvolaná kontraceptivy nebo fázemi menstruačního cyklu. Například při **těhotenské gingivitidě** dochází ke zvýšené reaktivitě parodontu vůči bakteriím, snadněji se tvoří edémy a dochází i ke spontánnímu krvácení. V těhotenství vznikají i hyperplazie – epulis gravidum (Mutschenlknaus et al. 2002).

Pokročilé stadium chronické gingivitidy už nenapadá pouze gingivu, ale i další části parodontu, tedy přechází do parodontitidy. Symptomy jsou stejné, ale dochází také k úbytku alveolární kosti a ztrátě podpůrných tkání. Později dochází i k viklavosti a ztrátě zubu. U jednotlivých zubů se tvoří parodontální choboty s hnisavým obsahem a krví. Příznaky se zhoršují a zlepšují v nárazech.

Parodontologická trias, tedy obligátní příznaky parodontitidy jsou zánět dásně (gingivitida), pravé parodontální kapsy a úbytek alveolární kosti potvrzený RTG vyšetřením (Dřížhal, 2007).

Agresivní parodontitida může být lokalizovaná i generalizovaná, množství plaku se u jednotlivých pacientů liší. Onemocnění probíhá ve fázích. V aktivní fázi je silně rozvinutý zánět a z parodontálních chobotů vytéká hnis. V klidové fázi je zánět mírný a kost neubývá (Slezák, 2007).

Chronická parodontitida se postupně vyvíjí z plakem podmíněné gingivitidy. Většinou je generalizovaná (ale může být i lokalizovaná) a kost horizontálně ubývá v nárazech – opět se střídá aktivní a klidová fáze. V ústech pacienta je přítomný supragingivální i subgingivální plak a kámen. Hygiena není dostatečná (Hellwig et al., 2003).

Na gingivě a závěsném aparátu zubu se ukazují i některé typické příznaky pro vážné systémové onemocnění. Jsou oddělovány od čistě plakem podmíněných parodontopatií. Jedním z nich je **diabetes mellitus**, kdy při hyperglykémii dochází ke zvýšení hladiny glukózy ve slině. To podporuje růst bakterií a rozvoj zánětu. Také dochází ke zhoršenému hojení (Piřhová, Jarešová, 2007). **Crohnova choroba** je vrozené onemocnění, které napadá celý trávicí trakt. Je to granulomatózní zánět, při kterém dochází ke zmnožení vaziva a výskytu ulcerací. Tyto příznaky mohou napadnout i dásně. Rizikovým faktorem pro rozvoj zánětu jsou poruchy imunity, které provází některé syndromy – Cheidiakův – Higashiho, Lazy – leukocyte, nebo ke kterým dochází u některých hematologických onemocnění (Hellwig et al., 2003).

Na dásni se objevují i bulózní změny, které jsou způsobeny některými dermatózami. Souhrnně se označují jako deskvamativní gingivitidy a příčinou může **být multifornní erytém, pemfigoid** nebo **pefigus vulgaris** (Dřížhal, Slezák, 2004).

Také některé dědičné syndromy ovlivňují orální zdraví. Často je přidružený i problém špatného provádění ústní hygieny a těžká ošetřitelnost pacienta. Pacienti postižení **syndromem Papillon – Lefèvre** mají kromě hyperkeratózy dlaní a chodidel také problémy s rychlým úbytkem alveolární kosti a tím související předčasnou ztrátu dočasných i stálých zubů (Izakovičová et al., 2009). U **Downova syndromu** je ztížená hygiena z důvodu mentální retardace pacienta, menších úst a velkého jazyka. Dalším

faktorem je ústní dýchání a nedostatečná chemotaxe neutrofilních granulocytů (Hellwig et al., 2003). Parodontitida začíná nejčastěji u dolních řezáků a šíří se na další zuby. **Rathbunův syndrom** negativně ovlivňuje mineralizaci kostí a tím dochází k předčasné ztrátě zubů (Šumník et al., 2016).

Dáseň může být také hyperplastická, a to lokálně nebo generalizovaně z různých příčin. Na pohled je zduřelá, bledá, má dolíčkovaní a někdy má granulovaný povrch. **Hyperplazie** může být vedlejší efekt některých léčiv – antiepileptika, antihypertenziva, či cyklosporin A. U některých hyperplazií je příčina neznámá – idiopatická fibrózní hyperplazie (Koval'ová et al., 2010).

Epulidy jsou lokalizované uzlíkovité útvary připojené ke gingivě. Jedná se o proliferativní záněty, které jsou ohraničené a často vznikají na podkladě dráždění gingivy. Formy jsou epulis granulomatosa, gigantocelularis a fibromatosa, fissurata nebo pyogenicum (Liška, 1983).

Věkem dochází k **involučním změnám**, tedy ke zmenšení nebo ústupu tkáně či orgánu. V dutině ústní je patrný ústup dásně a vznik gingiválních recesů. Je to nezápovědný proces a zejména postihuje vestibulární část dásně. Recesy klasifikujeme dle Millera:

- I. Recesy nedosahují mukogingivální hranice, v mezizubí ztráty nejsou.
- II. Recesy dosahují nebo překračují mukogingivální hranici, interdentalně ztráty nejsou.
- III. Recesy dosahují nebo překračují mukogingivální hranici, zjištěny jsou drobné chyby v postavení zubu a mírná ztráta kosti interdentalně.
- IV. Recesy dosahují nebo překračují mukogingivální hranici a je zjištěno chybné postavení zubu a vážná ztráta kosti interdentalně.

Kromě ústupu gingivy dochází i k fyziologické ztrátě alveolu (Starosta, 2005).

3.3.3. Indexy

Indexy slouží k objektivizaci výsledků daného kritéria. Jeho vyšetření, zapsání i čtení má být jednoduché. Zároveň by mělo být co nejefektivnější a nejpřesnější. Nejčastěji jsou indexy využívány k hodnocení množství a výskytu plaku, stavu zánětu gingivy a stavu parodontu. Výsledky je možné využít pro motivaci jednotlivých pacientů i v rámci epidemiologických studií (Weber, 2010). V rámci individuální léčby je možné vyšetřit všechny zuby, nebo jen vybrané plošky. U epidemiologických studií jsou často využívány Ramfjordovy zuby (16, 21, 24, 36, 41, 44). Výsledky jsou interpretovány pomocí tabulky nebo pomocí výpočtu, většinou se jedná o aritmetický průměr nebo procentuální vyjádření (Kilian et al., 1999).

Indexy plaku

Index dle Silnesse a Löea – Plaque Index (PI) z roku 1964 hodnotí přítomnost plaku pomocí zrcátka a sondy na vybraných ploškách zubu. Aby byly výsledky objektivní, je nutné zub před vyšetřením osušit. Hodnocení probíhá od okraje gingivy a hodnoty indexu jsou 0 až 3.

0. plak není
1. plak není viditelný, ale lze setřít sondou
2. plak je viditelný a lze setřít sondou
3. plak je silně nahromaděný v okolí gingivy a je přítomný i v aproximálním prostoru

Index se vyhodnocuje výpočtem:

PI = součet naměřených hodnot / součet vyšetřených plošek

(Hellwig et al., 2003).

Index dle Quigleho a Heina (QH) udává množství obarveného plaku (Obr. 9) na jednotlivých zubech. Barvení probíhá pomocí detekčního roztoku či tablet s obsahem erytrosinu, fluorescinu nebo brilantové modři. Dle obarvení je stanoveno množství plaku. Hodnocení je šestistupňové:

0. zub není obarvený
1. jemné, nesouvislé povlaky barvy
2. barevný lem na okraji gingivy
3. klinická korunka je zbarvena do jedné třetiny od okraje gingivy
4. klinická korunka je zbarvena do dvou třetin od okraje gingivy
5. klinická korunka je zbarvena celá



Obrázek 9: Obarvený plak pomocí detekčního roztoku (Archiv autorky)

Po obarvení je vyšetřován i **Approximalraum plaque index (API)** dle Langa. Je to dichotomní index, ve kterém se určuje, zda je či není plak v aproximálním prostoru. Vydělením součtu pozitivních nálezů součtem hodnocených aproximálních prostor je získávána číselná hodnota vypovídající o stavu hygieny. Pro přehlednost jsou hodnoty uvedeny v procentech.(Kilian et al., 1999; Weber 2010)

Do 25% - optimální ústní hygiena

25% - 39% - dobrá ústní hygiena

40% - 69% - horší ústní hygiena

70% - 100% - nedostatečná ústní hygiena

Ploškový index detekce plaku (CKP) dle Koval'ové a Čarnoké z roku 2010 informuje o stavu ústní hygieny a přesně označuje plochy, kde se plak vyskytuje a jejich počet. Vyšetření se provádí po obarvení detekčním roztokem pohledem.

0. žádný plak
1. plak na žvýkacích ploškách
2. plak v mezizubních prostorech
3. plak v krčkové oblasti
4. plak na orální plošce zubu
5. plak na vestibulární plošce zubu

Vyhodnocení spočívá v sečtení čísel stejné hodnoty. Od výsledku se odvíjí instruktáž pacienta (Např. při vysokém počtu 3, je doporučena Bassova metoda čištění) (Koval'ová a kol., 2010).

KOD je zkratka pro **Ploškový index krvácania po obvodu zuba** z roku 2009 dle Koval'ové. Index hodnotí stav hygieny podle zánětu dásní. Vyšetřují se všechny plošky zubu pomocí tupé sondy a do zdravotnické dokumentace se zapisuje za daný zub nejhorší hodnota. Tupou sondou se ošetřující dostane do dásňového žlábků a podráždí ho mírným tlakem. Sledovaným znakem je množství a plocha krvácení. Stupně jsou čtyři:

0. dásně nekrvácí, zánět není přítomný
1. na dásni se objevil jeden krvácející bod, zánět je slabý
2. na dásni se objevilo více krvácejících bodů nebo body splynuly do linie
3. po dásni stéká kapka krve, zánět je velmi silný

Výsledek zapisujeme v procentech:

<1% výborná hygiena

2-39% přiměřená hygiena

40-69% špatná hygiena

70-100% velmi špatná hygiena

(Koval'ová et al., 2010)

Gingivální indexy

Gingivální indexy kvantifikují zánět dásní pomocí jeho projevů. Nejčastějším projevem zánětu je krvácení, dále zarudnutí, edém a ulcerace (Mazánek et al., 2015).

Sulcus bleeding index (SBI) od autorů Mühlemanna a Sona z roku 1971 byl vyvinut pro potřeby běžné stomatologické praxe. Je časově nenáročný a citlivě ukazuje vážnost zánětu. Vyšetření je prováděno vizuálně a za pomoci tupé sondy. Stupně zánětu jsou hodnoceny pomocí čísel 0 -4.

0. dásněň má normální vzhled a na podnět nekrvácí
1. dásněň krvácí, vzhled je normální
2. dásněň je zarudlá a na podnět krvácí
3. dásněň je zarudlá, mírně oteklá a na podnět krvácí
4. dásněň je zarudlá, výrazně oteklá, může být ulcerující a krvácí na podnět i spontánně

(Kilian et al., 1999; Hellwig et al., 2003, Weber, 2010).

Papilla bleeding index (PBI) vytvořený Saxerem a Mühlemannem v roce 1975 je ideální pro využití v ordinaci a dobrou motivaci pacienta. Vyšetření je prováděno pomocí tupé sondy, která je vedena v oblasti sulcu. Mírným tlakem (0,15 – 0,25N) je sondována oblast papily od báze po vrchol, meziálně i distálně. Index má pět stupňů.

0. papila na podnět nekrvácí
1. na okraji vyšetřované papily je pouze jeden krvácející bod
2. objeví se několik krvácejících bodů v oblasti papily
3. trojúhelníkový mezizubní prostor je vyplněn krví
4. krev stéká od vyšetřované papily do okolí

Papila se vždy řadí k zubu, který je od ní meziálně. Nevyšetřuje se oblast mezi středními řezáky a vždy je nutné mít vyšetřovaný úsek řádně osušený (Hellwig et al., 2003; Weber, 2010; Kilian et al., 1999).

Bleeding on brushing (BoB) index krvácivosti v oblasti zubních papil. Index je dichotomní. Provedení je pomocí mezizubního kartáčku odpovídajícího velikosti mezizubního prostoru. Pokud papila na po zavedení kartáčku nekrvácí, je dásně bez zánětu, značeno 0. Pokud papila krvácí, je přítomný zánět, značeno 1 (Solo profylaxe, 2003.)

Community periodontal index of treatment needs (CPI -TN) v češtině Index potřeby ošetření parodontu určité vyšetřované skupiny lidí. Vytvořen byl v roce 1982 Ainamem et al. Nejenže ukazuje daný stav, ale zároveň dává pokyny k rozsahu potřebné terapie. K získání hodnoty indexu se využívá tupá sonda, která má na konci kuličku o průměru 0,5 mm (Obr. 10). Kulička umožňuje lepší taktilní citlivost a díky tomu je možné lépe odhalit zubní kámen, nepřesnost protetických prací, či převis výplně. Na rozdíl od ostré sondy nezraňuje dásně a neproniká pod úroveň sulcu nebo kapsy. Pro dobré vyšetření je vhodné použít např. WHO parodontální sondu, která kromě tupého zakončení má i barevně oddělené úseky. První úsek měří 3,5 mm, druhý 5,5 mm, třetí 8,5 mm a poslední 11, 5 mm. Vyšetření je prováděno u chrupu rozděleného na sextanty, kdy v každém zubním oblouku jsou dva laterální a jeden frontální. Do frontálního úseku řadíme řezáky a špičáky. V případě epidemiologické studie jsou u každého dospělého pacienta vyšetřovány zuby 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 41, pokud nějaký zub chybí, je určen jiný. U pacientů do 19 let se nevyšetřují druhé moláry. V případě běžného vyšetření ve stomatologické praxi jsou vyšetřovány všechny zuby kromě třetích molárů. Pro hodnotitelnost sextantu je potřeba alespoň 2 zubů, pouze molár může být hodnocen samostatně. Za každý sextant je zaznamenána jen nejhorší hodnota.

CPI:

0. zdravý parodont
1. gingiva krvácí na podnět
2. gingiva krvácí na podnět a je přítomný zubní kámen či iatrogenní noxa
3. u zubu je kapsa do 5,5 mm
4. u zubu je kapsa nad 5,5 mm

TN:

0. není třeba úprava dentální hygieny
1. u pacienta je provedena motivace a instruktáž ke správné dentální hygieně
2. motivace, instruktáž a odstranění zubního kamene či iatrogenních nox
3. motivace, instruktáž a odstranění zubního kamene či iatrogenních nox
4. komplexní parodontologická terapie

Pro přesné zhodnocení stavu parodontu CPI-TN není dostačující a je nutné doplnit rentgenologickým vyšetřením (Slezák, 2007; Hellwig et al., 2003).



Obrázek 10: Vyšetření CPI - TN pomocí kalibrované sondy (Archiv autorky)

Periodontal Screening and Recording – PSR (1993) vychází z CPI-TN. Je lépe využitelný pro získání přesných výsledků v klinické praxi. Pro vyšetření se používá WHO sonda, Wiliamsova sonda nebo jiná tupá sonda s kalibrací. Jako u CPITN, je vyšetřeno 6 míst po obvodu zubu a kromě klasických symptomů se zaznamenávají tečkou další nálezy.

- Postižení furkací
- Přítomnost gingiválních recesů, které jsou hlubší než 3,5 mm

- Patologická pohyblivost
- Mukogingivální postižení

(Slezák, 2007).

Hodnoty:

PSR

0. barevný proužek plně viditelný (v nejhlubším místě sulcu dané oblasti), bez zubního kamene, bez zánětu dásní, tedy známek krvácení
1. barevný proužek je plně viditelný, není přítomen zubní kámen, ale zánět dásní je viditelný, krvácení na podnět
2. barevný proužek je plně viditelný, ale je detekován zubní kámen a zánět dásní s krvácením na podnět
3. barevný proužek je částečně viditelný, to značí hloubku kapsy mezi 3,5 až 5,5 mm
4. barevný proužek není viditelný, to značí hloubku kapsy nad 5,5mm

Terapie

0. motivace k udržení dobré dentální hygieny
1. instruktáž a motivace ke správné domácí hygieně
2. Profesionální ošetření dentální hygienistky, instruktáž a motivace ke správné domácí hygieně
3. Celkové parodontální vyšetření, včetně RTG snímků a komplexní péče
4. Celkové parodontální vyšetření, včetně RTG snímků a komplexní péče (Landry, Jean, 2011).

3.3.4. Jazyk a podjazyková oblast

K celkovému vyšetření dutiny ústní patří i vyšetření jazyka a podjazykové oblasti. Jazyk je svalový orgán, který pomáhá při polykání nebo mluvení a má senzitivní funkci. Jazyk přirůstá ke spodině dutiny ústní v oblasti blízko začátku hltanu. Vyplňuje značnou část úst. Skládá se z těla a kořene, vrchní vrstva jazyka je pokryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem s velkým množstvím papil – nitkovité, houbovitě, listové a hrazené. Spodní část je také pokryta epitelem, který je ale stejný jako epitel spodiny dutiny ústní. Od spodní části vybíhá uzdička, kterou je spojena spodina

dutiny ústní s jazykem. Kolem uzdičky jsou vývody submandibulární a sublinguální slinné žlázy – Caruncules sublinguales. Menší vývody jsou rozprostřeny na podjazykové řase (Mazánek et al., 2015).

Zánět jazyka nazýváme glossitis, jazyk je zarudlý, zduřelý, může být i bolestivý. Někdy dochází ke vzniku erozí a ulcerací.

Vývojové vady se v oblasti jazyka vyskytují v několika podobách – lingua plicata, kdy je jazyk rozbrázděn hlubokými rýhami, lingua geographica – ostře ohraničená ložiska, která mění tvar a připomínají mapu.

Lingua villosa nigra je hypertrofie nitkovitých papil hnědé a černé barvy. Etiologie je nejasná – možné dlouhodobé užívání antiseptických vod, širokospektrá antibiotika nebo kvasinková infekce. Toto onemocnění postihuje až 0,5% dospělé populace (Rajesndran, 2009).

Vlasatá leukoplakie je velmi důležitým ukazatelem při vyšetření, protože se často vyskytuje u pacientů HIV pozitivních.

Zubní imprese na jazyku jsou otisky zubů na okraji jazyka. K jejich otisknutí dochází při patologickém zvětšení jazyka, nebo když jsou okraje zubu ostré (Bienová, Ditrichová, 2010).

Vyšetření jazyka a podjazykové oblasti je velmi důležité v souvislosti s onkologickým screeningem. Přes 50% karcinomů v oblasti dutiny ústní je v této oblasti. Pomocí mulového čtverce ošetřující chytí hrot jazyka a mírným tahem převrátí na obě strany a vyšetří hrany jazyka, spodinu i kořen (Weber, 2010).

3.3.5. Zuby

Vyšetření tvrdých zubních tkání je prováděno systematicky a dle zvyku od prvního kvadrantu ke čtvrtému. Ošetřující prohlíží všechny plošky a výsledky jsou zaznamenány do pacientovy dokumentace pomocí značek a symbolů (Mazánek et al., 2015). K vyšetření se používá zrcátko, sonda a vzdušná pistole. Zrcátko se používá pro odtažení tváře, kontrolu špatně dostupné plochy a prosvícení zubů frontálního úseku (Slezáková et al., 2016). Pomocí pistole si ošetřující očišťuje vyšetřovaný úsek od sliny. Sledované znaky jsou křídově bílé skvrny, transparence skloviny, abraze a další. Pokud

je přítomná výplň, jsou kontrolovány okrajový uzávěr, celistvost, případné praskliny a převisy (Jansová, Eber, 1996).

Vitalita zubu je sledována pomocí chladu (Cognoscin) a reakce ozubice je sledována poklepem obrácenou stranou sondy.

Registrovány jsou i zuby, které chybí. Ošetřující se ptá pacienta, zda byl zub extrahován nebo neprořezal, je dobré ověřit informaci rtg snímkem.

Protetické práce jsou taktéž zkontrolovány a náležitě zapsány do dokumentace pacienta (Strub et al., 2016).

Důležité je i posouzení chrupu jako celku. Ošetřující si všímá tvaru zubních oblouků, kompletnost chrupu, stěsnání a anomálního postavení zubů. Registruje i vzájemné postavení čelistí podle Angleovy klasifikace (Svoboda, 1984).

3.3.6. Foetor ex ore

Foetor ex ore je celkem častý jev. Nejčastěji je jeho příčina špatná dentální hygiena, ale může ukazovat i na systémové onemocnění. U 90% pacientů se zápachem z úst je příčina dentálního charakteru. Další příčiny jsou například dekompenzovaný diabetes mellitus, gingivostomatitis herpetica, reflux a další. Příznaky může ještě zhoršit kouření (Weber, 2010).

3.4. Další vyšetření

3.4.1. RTG

Toto vyšetření nesmí dentální hygienistka provádět. Dle legislativy snímky pořizuje zubní lékař nebo rentgenologická asistent.

Rentgenové záření je využíváno pro zobrazení zejména tvrdých tkání. Je to elektromagnetické záření o velmi krátké vlnové délce a vysoké frekvenci, které je pronikavé a přímočaře se šíří prostředím. Záření má ionizační účinky, proto může nebezpečné pro lidský organismus (Seidl et al., 2012).

Účinky ionizujícího záření jsou rozděleny na deterministické a stochastické.

Deterministické účinky se projevují při vyšších dávkách (jednotky, desítky Gray). Poškození roste lineárně s dávkou ionizujícího záření. Vzniká nemoc z ozáření, lokální poškození nebo další nenádorové změny (Klener, 2000).

Stochastické účinky jsou bezprahové a se stoupající dávkou závažnost poškození neroste. Při průniku záření buňkami, může dojít k mutaci nebo maligní transformaci v jádře buňky. Na riziko pozdních projevů rentgenového záření jsou náchylnější děti a dospívající (Prouza, 2008).

Při lékařském vyšetření je nutné úplně se vyhnout deterministickým účinkům a co nejvíce omezit účinky stochastické. Lékařské expozice nepodléhají limitům, ale řídí se principy zdůvodnění a optimalizace. Zdůvodnění říká, že vyšetření nesmí být provedeno, pokud by nemělo přínos pro pacienta přesahující újmu způsobenou zářením. Podle principu optimalizace, je výše dávky tak nízká, aby byl výsledek kvalitní, ale zároveň docházelo k co nejmenšímu ozáření pacienta (Klener, 2000).

V zubním lékařství je rentgenologické vyšetření časté a využívá se zejména pro odhalení patologických stavů nebo kontrolu ošetření (Klepáček, 2001). Intraorální projekce jsou ty, které se soustředí na zuby a přilehlé

struktury. Jsou pojmenovány podle toho, na kterou oblast směřuje centrální paprsek rentgenky, tedy:

- Apikální – směřující do oblasti apexu
- Limbální – směřující na krček zubu
- Bitewing – zachycení zubu ve skusu (Obr. 11)
- Okluzní – zobrazuje horní zubní oblouk a patro nebo dolní zubní oblouk a podjazykovou oblast

(Mazánek et al., 2015)



Obrázek 11: Bitewing (archiv autorky)

Během preventivních prohlídek u zubního lékaře je u pacientů využíváno screeningové vyšetření na přítomnost zubního kazu a dalších patologií – Bitewing. Jedná se o snímek laterálního úseku, kdy je využívám senzor nebo film o rozměrech 3x4 cm. Tento snímek je zaměřen na korunky zubů horní i dolní čelisti, téměř nezobrazuje oblast kořene.

Ke kontrole jednoho zubu se využívá film nebo senzor o rozměrech nejčastěji 2x3 cm. Centrální paprsek přístroje je nastaven tak, aby ošetřující co nejlépe zachytil danou situaci (Dostálová et al., 2008).

Okluzní projekce jsou využívány zejména pro lokalizaci dystopicky uložených zubů nebo v traumatologii u dolní čelisti také pro lokalizaci slinných kaménků. Snímek je o velikosti 5,7x5,5 cm (Weber, 2010).

Extraorální projekce jsou buď centrované na potřebnou oblast, nebo je pomocí ortopantomografu vytvořen sumární snímek zobrazující zuby, alveolární kost, ale i další struktury jako části čelistních kloubů, paranazálních dutin, nebo jazyku (Mazánek et al., 2015).

Ortopantomografický snímek (OPG) je speciální projekce vytvářená pohybem rentgenky kolem hlavy pacienta. Při snímkování dochází k lehkému zkreslení a zvětšení přibližně 1,25x. Je doporučováno snímek zhotovit při vstupním vyšetření k zubnímu lékaři a na základě OPG indikovat další snímkování (Mazánek et al., 2015).

Projekce LBI jsou projekce užívané k zobrazení určité části lebky. V zubním lékařství se jedná zejména o projekce na temporomandibulární kloub a telerentgenogram, pro potřebu ortodontie.

CT vyšetření je indikováno u nádorových onemocnění, v případě traumatu nebo závažných zánětlivých onemocnění. Jeho využití je i v implantologii. Je možné použít i 3D CT, pomocí kterého je možné naprosto přesně lokalizovat problém, či provést potřebná měření pro další léčbu (Mazánek et al., 2015).

3.4.2. Mikrobiologické

Mikrobiologické vyšetření se provádí na lačno před provedením hygieny dutiny ústní. Tampon se vzorkem je odeslán do laboratoře v transportní půdě a výsledky je možné získat během 2-4 dní (žádanka FNKV).

Na trhu jsou také dostupné biochemické testy, které lze vyhodnotit v ordinaci. Pomocí těchto testů je možné hodnotit přítomnost a množství bakterií *Streptococcus Mutans*, které jsou považovány za jednu z příčin vzniku zubního kazu. V České Republice jsou dostupné nejčastěji Saliva check mutants od společnosti GC Corporation, Dentocult SM od Orion diagnostika Oy, nebo CRT bacteria od Ivoclar Vivadent AG (Fraňková, 2013).

Mikrobiologické vyšetření je důležitým prvkem i v parodontologii. Pomáhá lékaři určit správný typ antibiotika v iniciální fázi léčby a tím zkvalitní léčbu. Nejčastěji se využívají metody vyšetření v temném poli, ELISA, hybridizace DNA nebo enzymatické rychlotesty (Fraňková, 2013).

3.4.3. Fotografie

Fotografie mají významné využití v zubním lékařství. Slouží k diagnostice, motivaci pacienta, ale i pro dokumentaci a komunikaci s ostatními lékaři nebo laboranty, pro odborné přednášky i reklamu. Fotografie bohužel nejde použít pro forenzní účely. Je dobré zhotovit snímky na první návštěvě pacienta, pak během léčby a po ukončení léčby (Běl, 2007).

Pro pořízení kvalitních snímků je potřeba kvalitní fotoaparát nebo intraorální kamera. Dle technické specifikace výrobce kamery CS 1500 od Carestream dental je výhodou intraorální kamery ve funkci reální autofokusaci pomocí kapalných čoček, vysokorychlostním přenosu fotografií do počítače nebo televize pomocí USB kabelu a automatické osvětlení pomocí LED diod. Pro co nejjednodušší užívání má malé a lehké tělo a pouze jedno tlačítko. Rozlišení tohoto konkrétního typu je 1024x 786, ale na trhu jsou dostupné i kamery s 3D zobrazením nebo s možností diagnostiky zubního kazu.

Fotoaparát je oproti kameře větší a těžší, ale jeho výhodou je možnost nastavení a pořizování i extraorálních snímků. Důležitá funkce je makro režim, který umožňuje získávání snímků z velké blízkosti. Dále nastavení ostření, clony a ISA, měření expozice a možnost připojení kruhového LED svítidla nebo blesku. K pořízení kvalitních fotografií bez stínů je nutné použít reaktory na měkké tkáně. Ty se vyrábí v různých velikostech. Pro některé projekce je nutné použít zrcadlo (Běl, 2007).

Základních snímků, které vyobrazují situaci v dutině ústní, je pět. Tři z nich jsou extraorální a pět je intraorálních. Jsou používány zejména do ortodontické dokumentace. Extraorální snímky jsou fotografovány na bílém pozadí – en face, při zavřených ústech a při úsměvu a snímek z profilu. Pacient nesmí mít zakrytý krk, náušnice a brýle. Intraorální snímky jsou fotografovány v maximální interkuspídaci – snímek frontální, pravý a levý, dále okluzní pohledy pomocí zrcadla (Kamínek, 2014).

V estetické medicíně je použití fotografií nezastupitelné zejména v oblasti motivace pacienta a plánování léčby. Je tedy nutné přidat další projekce pro zhodnocení barvy zubu, linii úsměvu, okluzní rovinu, sklon zubů

a okraj gingivy. Pro pacienta jsou důležité i umělecké fotografie, které zachytí výsledek léčby (DeWood, 2012).

3.4.4. Modely

Sádrové modely nebo modely pořízené skenováním úst pacienta, mohou dobře sloužit k upřesnění a doplnění diagnózy zejména u ortodontických pacientů. Model je nutný pro kontrolu změn během léčby a dobře využitelný v případě měření, které by v ústech pacienta bylo velmi zdouhavé. Model vyobrazuje zuby a alveolární výběžek (Kamínek, 1988). Modely nejsou používány pouze k vyšetření, ale také pro výrobu protetických a ortodontických aparátů. Lékař otiskne situaci v ústech a laboratoř dle modelu vyrobí odpovídající náhradu. Dalším využitím je posouzení poruchy artikulace a okluze pomocí funkční analýzy (Hellwig et al., 2002).

3.5. Spolupráce lékaře a dentální hygienistky

Dle zákona č. 96/2004 Sb. § 17, získává dentální hygienistka způsobilost k výkonu povolání po ukončení studia bakalářského studijního oboru pro přípravu dentálních hygienistek, nebo po tříletém studiu oboru diplomovaná dentální hygienistka na vyšší zdravotnické škole.

Náplň práce dentální hygienistky je výchovná činnost v oblasti zubní prevence, preventivní péče dle indikce zubního lékaře v oblasti dentální hygieny a asistence lékaři v oblasti zubního lékařství.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. § 16, předpis č. 391/2017, který vstoupil v platnost 14. 12. 2017 je dále práce rozdělena do čtyř kategorií:

1. **Bez indikace a odborného dohledu zubního lékaře:** instruktáž a motivace k pravidelné ústní hygieně a kolektivní zdravotně výchovná činnost, která se týká prevence zubního kazu, parodontitidy a ortodontických anomálií. Hygienistka poskytuje informace z oblasti ústní hygieny a racionální výživy. Dále může provádět výzkum v oblasti dentální hygieny (ve spolupráci se zubním lékařem).
2. **Bez odborného dohledu v souladu s diagnózou a léčebným postupem, který stanovil zubní lékař.** Zde se řadí profylaxe onemocnění dutiny ústní. Konkrétně uvedené jsou tyto úkony: vstupní a kontrolní vyšetření – vyšetření dásní a orientační vyšetření stavu chrupu a kazivosti. Vytvoření léčebného plánu dentální hygieny. Otiskování chrupu, odstranění plaku a zubního kamene supragingiválně a subgingiválně v rámci nechirurgické léčby. Provádění uzavřené kyretáže, ohlazení povrchu kořene, aplikace léčebných antiseptických, adstringentních a antibakteriálních přípravků supra i subgingiválně. Ošetření citlivého dentinu aplikací profylaktických materiálů. Leštění povrchu zubu, odstranění retenčních míst pro plak, odstranění pigmentací a povrchové úpravy výplní. Estetické výkony jako bělení zubů nebo odborné čištění a doporučení kontrolních vyšetření. Zhotovování studijních modelů.

Hygienistka informuje lékaře o výsledcích léčby a informuje pacienta o potřebě vyšetření zubním lékařem nejméně dvakrát ročně.

3. **Pod odborným dohledem zubního lékaře:** provádět činnosti zubní instrumentářky, aplikovat povrchovou anestezii za účelem znecitlivění dásní, měnit gumové příslušenství fixních ortodontických aparátů, provádět bělení zubů a obdobné estetické úpravy a doporučení ohledně individuálního domácího bělení zubů
4. **Pod přímým vedením zubního lékaře** může hygienistka provádět pečetění fisur.

Dentální hygienistka může pracovat sama ve své privátní praxi, jako osoba samostatně výdělečně činná nebo jako zaměstnanec lékaře nebo společnosti.

Pro zřízení privátní praxe je nutné doložit odbornou způsobilost k výkonu povolání dentální hygienistka (dle zákona 96/2004 Sb.), dále ohlásit živnost na příslušném Živnostenském úřadě, přihlásit se u zdravotní pojišťovny k účasti na důchodovém pojištění a na finančním úřadě ke správci daně. Aby bylo možné zřídit nestátní zdravotnické zařízení, musí krajský úřad schválit žádost. Žádost obsahuje doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. nebo 96/2004 Sb., také výpis trestního rejstříku, seznam zdravotnických a jiných odborných pracovníků, kteří jsou v pracovněprávním vztahu s žadatelem, prohlášení o technickém a věcném vybavení zdravotnického zařízení, povolení k činnosti podle atomového zákona vydané SÚJB (pokud budou používány prostředky k ozáření) a provozní řád potvrzený Krajskou hygienickou stanicí (Dubanská, 2015).

V případě že je dentální hygienistka zaměstnaná, je povinností lékaře zaměstnavatele odeslat na OSSZ Oznámení o nástupu do zaměstnání a přihlásit se ke zdravotní pojišťovně jako zaměstnavatel (Veselá, 2014).

Povinností dentální hygienistky je i celoživotní vzdělávání v rámci oboru.

4. Praktická část

Praktická část mé bakalářské je zaměřena na zkoumání provádění vstupního vyšetření v ordinacích dentálních hygienistek. Je možné ho provádět pomocí různých metod dle zvyku jednotlivých hygienistek a konkrétního zdravotnického zařízení. Proto se výzkum zabývá tím, jak dalece se konkrétní pracoviště liší a co na dané rozdílnosti může mít vliv.

4.1. Hypotézy

1. 90% dentálních hygienistek používá index CPI – TN.
2. Hygienistky, které vystudovaly na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy, věnují pozornost extraorálnímu a intraorálnímu vyšetření, dle znalostí získaných během studia.
3. Doba vstupního vyšetření je kratší, pokud hygienistka dostane zdravotnickou dokumentaci pacienta od lékaře.
4. Dentální hygienistky raději pracují jako zaměstnanci.
5. Dentální hygienistka zvládne průměrně 6 vstupních vyšetření týdně.

4.2. Materiál a metodika

K získání dat jsem použila dotazník, který byl určen dentálním hygienistkám. Dotazník jsem sestavila na základě znalostí získaných studiem na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a vypracováním teoretické části bakalářské práce. Dotazník byl vytvořen pomocí online formuláře Google Form. Obsahuje 2 otázky na základní informace, díky kterým mohu rozčlenit a vyhodnotit odpovědi a dále 13 otázek týkající se problematiky bakalářské práce. Celkem je 11 uzavřených otázek, 3 otázky mají více možností a 1 otázka je otevřená.

Dentální hygienistky jsem oslovila pomocí sociální sítě Facebook a přes Asociaci dentálních hygienistek. Dotazník jsem umístila formou

příspěvku do skupiny „Diskuze dentálních hygienistek“. Zde jsem získala i kontakty a dotazník jsem také rozeslala do osobních zpráv jednotlivých členů. Dále jsem kontaktovala i členy Asociace dentálních hygienistek pomocí emailových adres dostupných na této webové adrese a osobně jsem oslovila několik hygienistek z mého okolí.

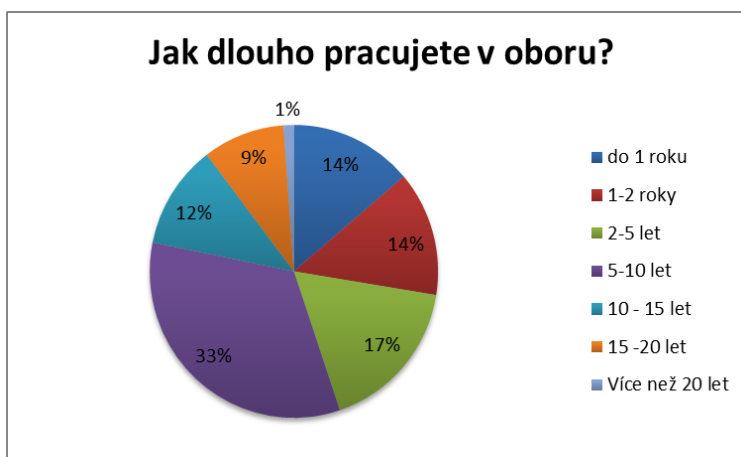
Celkově jsem rozeslala přes 250 zpráv a z toho získala 87 správně vyplněných dotazníků od hygienistek z České a Slovenské republiky. Výzkum jsem začala 9. 8. 2017 a ukončila dne 17. 11. 2017.

Výsledky jsem zpracovala pomocí Microsoft Excel 2007.

4.3. Výsledky

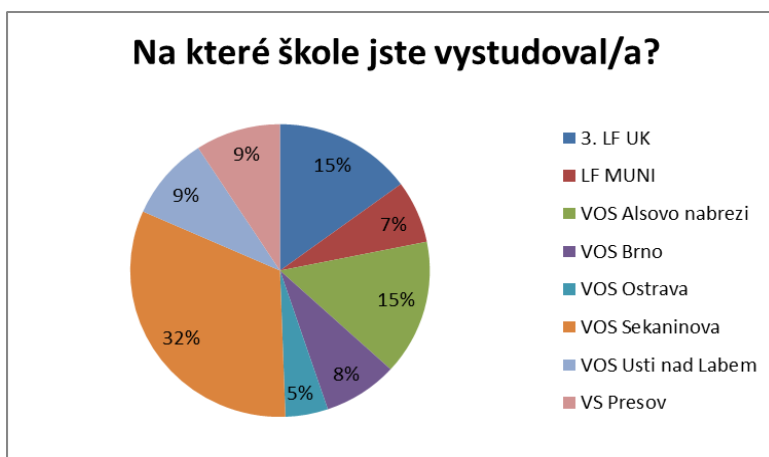
1) První otázka se týkala pohlaví respondenta. 96,55% respondentů jsou ženy a 3,45% muži.

2) Na druhou otázku (Jak dlouho pracujete v oboru?) odpovědělo 33%, tedy 29 hygienistek, že pracuje 5-10 let v oboru. Dále 17%, tedy 15 hygienistek, pracuje 2-5 let, 14% hygienistek, tedy 12, do 1 roku a stejné množství 1-2 roky, 12%, tedy 10, 10-15 let, 9%, tedy 8, 15-20 let. Nejméně hygienistek – 1%, tedy 1, vykonává svoji profesi více než 20 let. Průměrná doba práce v oboru dotazovaných hygienistek je 7 let. Doba odpracovaných let přibližně odpovídá Gaussovu rozložení. Graficky znázorněno v grafu č. 1.



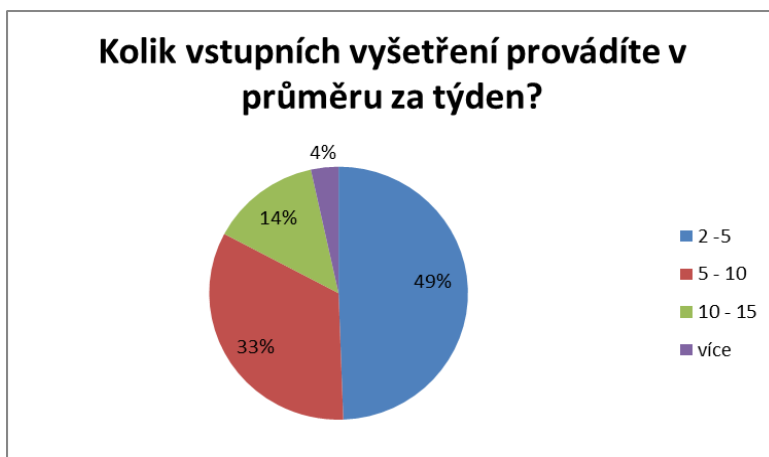
Graf č. 1 Jak dlouho pracujete v oboru?

3) Třetí otázka je zaměřena na vysoké školy a vyšší odborné školy s oborem dentální hygienistka. V České republice je možné studovat v Praze na 3. lékařské fakultě, na VOŠ v Sekaninově ulici, VOŠ na Alšově nábřeží. V Brně na Masarykově univerzitě a na VOŠ v Merhautově ulici. Dále na VOŠ v Ústí nad Labem, v Ostravě a v Nymburce. Na Slovensku na Prešovské univerzitě a na VOŠ v Prešově a Bratislavě. Výsledky bohužel nemám z VOŠ v Nymburce, Prešově a Bratislavě. Dle mých dat nejvíce dentálních hygienistek – 28 absolvovalo studium na VOŠ v Sekaninově ulici, 13 hygienistek 3. LF UK a stejně i VOŠ na Alšově nábřeží, 8 hygienistek VOŠ v Ústí nad Labem a stejně VŠ Prešov, 7 respondentů k VOŠ v Brně, 6 k LF MUNI a 4 k VOŠ Ostrava. V grafu č. 2 jsou výsledky procentuálně vyjádřeny. Dohromady ze SR odpovědělo 8 hygienistek a z ČR 79 hygienistek.



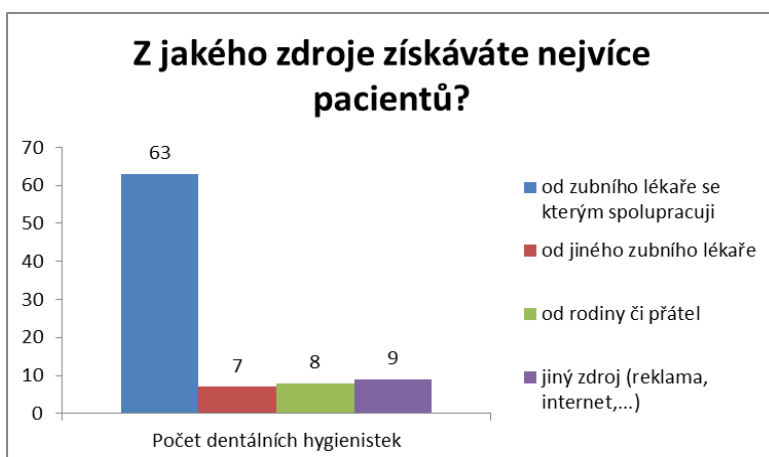
Graf č. 2 Na které škole jste vystudovala?

4) Počet vstupních vyšetření je nejčastěji mezi 2-5 za týden. Takto odpovědělo 43 hygienistek, tedy 49%. Dalších 29 hygienistek odpovědělo 5-10 vyšetření za týden, to je 33%. 14% hygienistek (12) odpovědělo 10-15 vstupních vyšetření. Nejméně hygienistek 4% (3), odpovědělo, že průměrně zvládne více než 15 vyšetření. Průměr všech hygienistek je přibližně 6,2 vstupních vyšetření za týden. Graficky vyjádřeno v grafu č. 3.



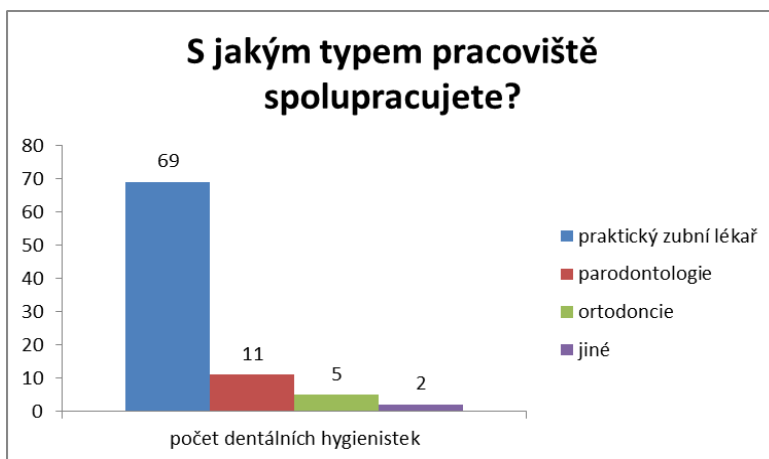
Graf č. 3 Kolik vstupních vyšetření provádíte v průměru za týden?

5) Na otázku z jakého zdroje získávají hygienistky nejvíce pacientů, byla nejčastější odpověď: Od zubního lékaře se kterým spolupracují. Takto odpovědělo 63 hygienistek, tedy 72%. Pouze 24 hygienistek, tedy 28% uvedlo jiný zdroj. Nejčastěji – reklama, internet, dále od rodiny či známých a poslední od jiného zubního lékaře. Graficky znázorněno v grafu č. 4.



Graf č. 4 Z jakého zdroje získáváte nejvíce pacientů?

6) Nejvíce dentálních hygienistek pracuje v rámci ordinace praktického zubního lékaře, nebo s ní spolupracuje. Jak je znázorněno v grafu č. 5, 79% hygienistek, tedy 69. S ordinací parodontologa spolupracuje dle mého výzkumu 13% hygienistek, tedy 11. A nejméně hygienistek spolupracuje s ordinací ortodontisty – pouze 6%, tedy 5 hygienistek. 2% hygienistek, tedy 2, odpovědělo jiné.



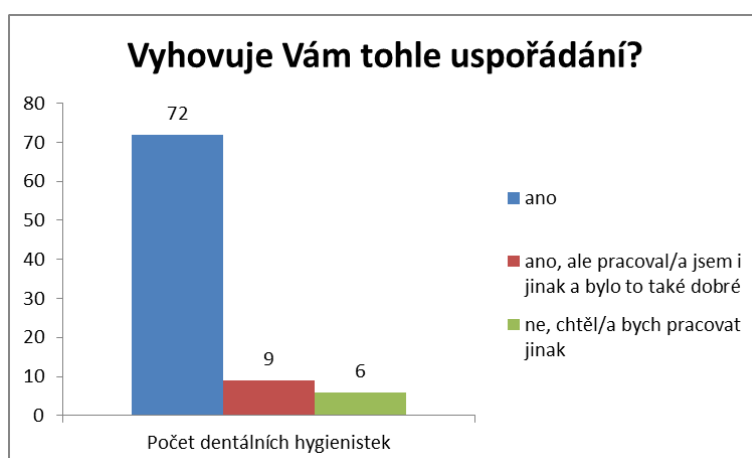
Graf č. 5 S jakým typem pracoviště spolupracujete?

7) Pracovní vztah lékaře a hygienistky může být buď zaměstnanecký, nebo může být dentální hygienistka zaměstnaná jako osoba samostatně výdělečně činná. Jiný pracovní vztah může být například spoluvlastnictví dané ordinace, hygienistka může mít smlouvu pouze v rámci odborné praxe, nebo může být momentálně nezaměstnaná nebo nepracuje v daném oboru. Nejvíce dentálních hygienistek odpovědělo, že jsou u lékaře zaměstnané. Celkem 52%, tedy 49 hygienistek. Jako OSVČ pracuje 29% hygienistek, tedy 25 hygienistek. Zbýlých 20%, tedy 17 hygienistek, odpovědělo jiné. Viz graf č. 6.



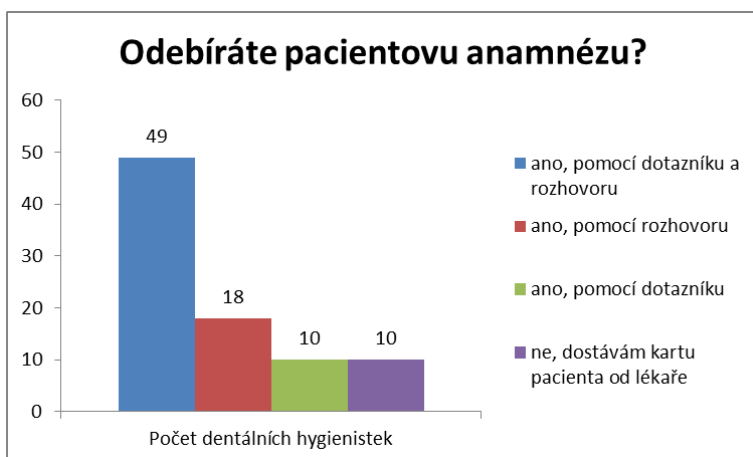
Graf č. 6 Jaký je Váš pracovní vztah s lékařem, lékařkou?

8) S pracovním uspořádáním, ve kterém se hygienistky nachází, je spokojeno 93% hygienistek, tedy 72. Z nich 10% tedy 9 hygienistek bylo zaměstnáno i v jiném poměru a také jim to vyhovovalo. Pouze 7%, tedy 6 hygienistek spokojeno není. Viz graf č. 7.



Graf č. 7 Vyhovuje Vám tohle uspořádání?

9) V rámci vstupního vyšetření je nutné odebrat anamnestická data. Jejich získání může být prováděno různými způsoby. Nejvíce dentálních hygienistek – 56%, tedy 49, odebírá data pomocí dotazníku a zároveň s pacientem hovoří o jeho zdravotním stavu. Dalších 21% hygienistek, tedy 18, odebírá anamnézu pouze pomocí rozhovoru. 11% hygienistek, tedy 10, stačí pouze anamnestický dotazník a stejný počet anamnestické data neodebírá, ale zdravotnickou dokumentaci i těmito údaji získává od spolupracujícího lékaře. Všchna získaná data jsou zaznamenána v grafu č. 8.

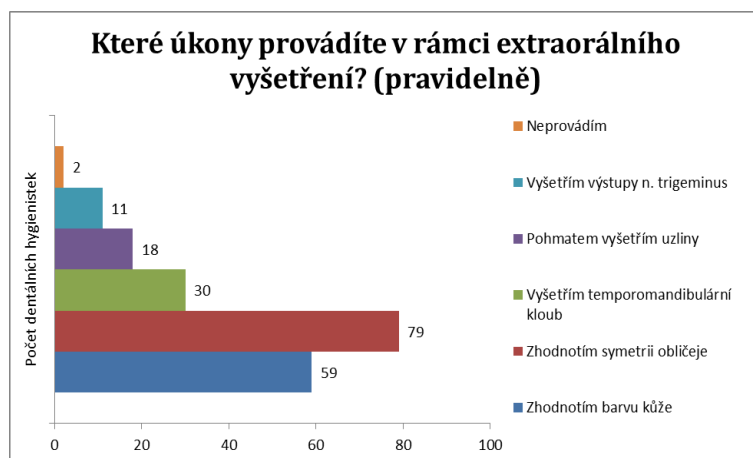


Graf č. 8 Odebíráte pacientovu anamnézu?

10) Extraorální vyšetření je složeno z dílčích vyšetření, které hygienistka může provádět. V tabulce č. 1 jsou jednotlivá vyšetření s počtem hygienistek, které ho provádí pravidelně. Průměrně se jedná o 2, 3 úkonů na hygienistku. 2 hygienistky extraorální vyšetření vůbec neprovádí. Graficky znázorněno v grafu č. 9.

Které úkony provádíte v rámci extraorálního vyšetření? (pravidelně)					
Zhodnotím barvu kůže	Zhodnotím symetrii obličeje	Vyšetřím temporoma ndibulární kloub	Pohmatem vyšetřím uzliny	Vyšetřím výstupy n. trigeminus	Neprovádím
59	79	30	18	11	2
68%	91%	34%	21%	13%	2%

Tabulka 1 Které úkony provádíte v rámci extraorálního vyšetření? (pravidelně)



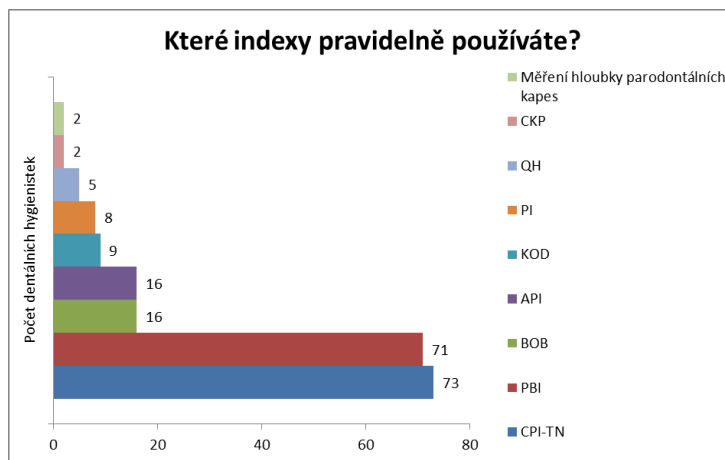
Graf č. 9 Které úkony provádíte v rámci extraorálního vyšetření? (pravidelně)

11) Intraorální vyšetření se taktéž skládá z více jednotlivých vyšetření. Je nutné systematicky prohlédnout celou dutinu ústní. Tedy zkontrolovat sliznice, včetně slizničních tahů, spodinu dutiny ústní, výstupy slinných žláz, jazyk, parodont a chrup. Všechny dotazované hygienistky (100%, 87) provádí vyšetření parodontu. Další úkony jsou pro větší přehlednost zaznamenány v tabulce č. 2.

Které úkony provádíte v rámci intraorální vyšetření? (pravidelně)					
Zkontroluji sliznici dutiny ústní	Pohledem vyšetřím jazyk	Zkontroluji spodinu dutiny ústní	Prohlédnu výstupy slinných žláz	Vyšetřím parodont	Vyšetřím chrup
85	81	59	38	87	78
98%	93%	68%	44%	100%	90%

Tabulka 2 Které úkony provádíte v rámci intraorálního vyšetření? (pravidelně)

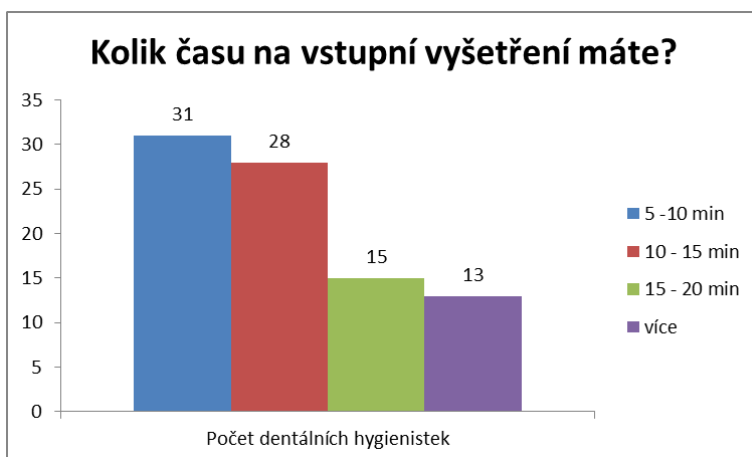
12) Mezi indexy, které hygienistky nejvíce používají, patří CPITN – 82% dentálních hygienistek, tedy 73. Dalším často užívaným je index PBI, který používá 80% hygienistek, tedy 71. 18% procent hygienistek, tedy 16 používá index BOB nebo API a další indexy používá méně než 10% hygienistek. Jako odpověď bylo možné uvést i vlastní vyšetření - z toho bylo nejčastěji uvedeno CKP index a měření hloubky parodontálních kapes – 2% hygienistek, tedy 2. V grafu č. 10. jsou vyznačeny jednotlivé úkony včetně absolutních čísel.



Graf č. 10 Které indexy pravidelně používáte?

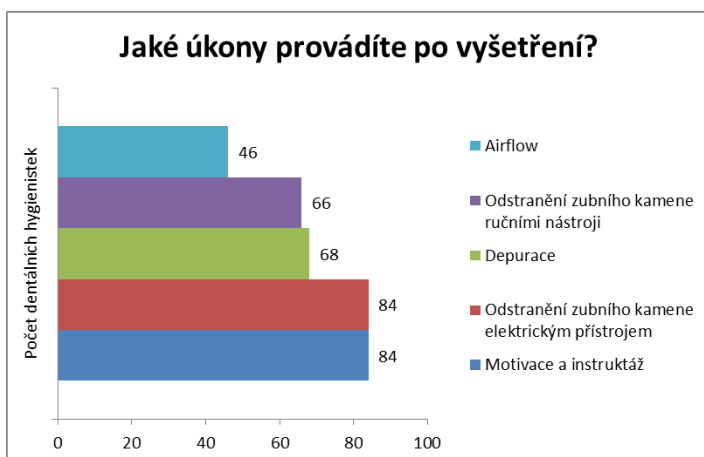
13) V otázce č. 10 jsem se zaměřila na rozhovor pacienta a dentální hygienistky během ošetření. Z odpovědí bylo vybráno pouze „Ano, popisuji“ a „Ano, pokud se pacient zajímá“. Odpověď „Ne, ale mluvím o něčem jiném“ a „Ne, nepopisuji“ nevybral nikdo. 92% ,tedy 80, hygienistek popisuje úkony vždy a 8%, tedy (7) hygienistek v případě pacientova zájmu.

14) Doba, kterou dentální hygienistka stráví se vstupním vyšetřením je průměrně 13 minut. Nejvíce hygienistek (36%, tedy 31) odpovědělo, že na vyšetření pacienta potřebují 5-10 minut. 32%, tedy 28 hygienistek, odpovědělo, že potřebuje 10-15 minut. Až 20 minut potřebuje 17%, tedy 15 dentálních hygienistek. 15%, tedy 13 hygienistek potřebuje více času. K vypočítání průměru jsem použila u odpovědi „Více“ 25 minut. Zaznamenáno v grafu č. 11.



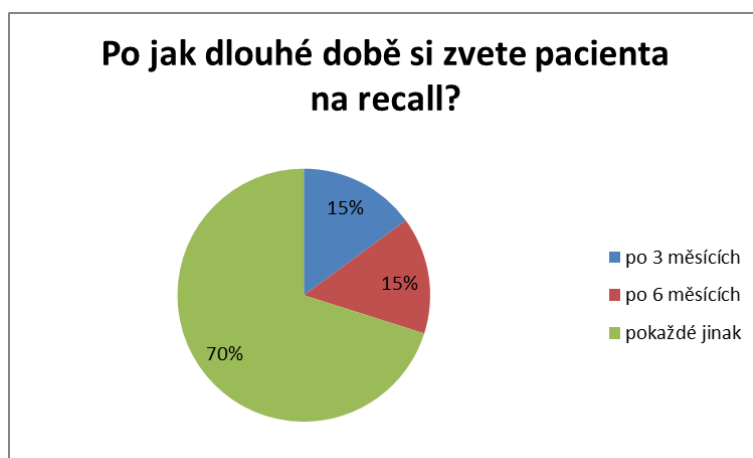
Graf č. 11 Kolik času na vstupní vyšetření máte?

15) Po vstupním vyšetření by mělo následovat adekvátní ošetření. Nejvíce dentálních hygienistek odstraňuje zubní kámen pomocí elektrického přístroje a motivuje a instruuje ke správnému provádění domácí dentální hygieny. Celkem 97% hygienistek, tedy 84. Dále 78% hygienistek, tedy 68, po vyšetření depuruje a 76%, tedy 66 hygienistek odstraňuje zubní kámen pomocí ručních nástrojů. 53% hygienistek, tedy 46, po vyšetření odstraní měkké povlaky a pigmentace pomocí Airflow. Průměrně každá z hygienistek provede 4 z 5 nabízených úkonů. Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 12.



Graf č. 12 Jaké úkony provádíte po vyšetření?

16) Pacient dochází na recall dle doporučení hygienistky. 70%, tedy 61 hygienistek, svoje rozhodnutí řídí podle stavu pacienta, odpovědělo „pokaždé jinak“. Dalších 15% tedy 13 hygienistek si zve pacienty po 3 měsících a stejný počet po 6 měsících. Znázorněno v grafu č. 13.



Graf č. 13 Po jak dlouhé době si zvete pacienta na recall?

4.4. Výsledky - hypotézy

1. 90% dentálních hygienistek používá index CPI – TN.

Dle výsledku otázky č. 9 index CPI-TN používá pouze 82% dentálních hygienistek.

2. Hygienistky, které vystudovaly na 3.lékařské fakultě Univerzity Karlovy věnují pozornost extraorálnímu a intraorálnímu vyšetření, dle znalostí získaných během studia.

Podle odpovědí získaných v dotazníku provádí hygienistka, která absolvovala studium na 3.lékařské fakultě průměrně 8 z 11 nabídnutých dílčích úkonů extraorálního a intraorálního vyšetření. 77% dentálních hygienistek z 3. lékařské fakulty vyšetřuje pacientův obličej pohledem (zkontrolují barvu kůže, zhodnotí symetrii obličeje, případně otoky), 31% hygienistek pohmatem vyšetří uzliny, 23% vyšetří temporomandibulární kloub a 8% vyšetří výstupy n. trigeminus

Intraorální vyšetření 100% dentálních hygienistek z 3.LF provádí vyšetřením jazyka, vyšetřením parodontu a vyšetřením chrupu. 77% zkontroluje sliznici dutiny ústní, 54% zkontroluje spodinu dutiny ústní a 31% prohlédne výstupy slinných žláz.

3. Doba vstupního vyšetření je kratší, pokud hygienistka dostane zdravotní dokumentaci pacienta od lékaře.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Hygienistky, které uvedly, že dostávají zdravotnickou dokumentaci pacienta od lékaře, v průměru stráví vyšetřením pacienta 14 minut. Ostatní hygienistky 13 minut. Nejčastější odpovědí bylo 5-10minut. Takto odpovědělo 31 dentálních hygienistek, tedy 36%.

4. Dentální hygienistky raději pracují jako zaměstnanci.

Z výsledku mého šetření vyplývá, že více než 90% hygienistek je spokojených na své pracovní pozici. 91% spokojených hygienistek je v zaměstnaneckém poměru a 96% je spokojených jako OSVČ.

5. Dentální hygienistka provede průměrně 6 vstupních vyšetření týdně.

Dle mých dat provede hygienistka průměrně 6 vstupních vyšetření týdně. Nejčastější odpovědí bylo 2-5 vstupních vyšetření týdně a takto odpovědělo 49% dotazovaných hygienistek.

5. Diskuse

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala téma vstupní vyšetření v ordinaci dentální hygienistky. Vyšetření pacienta by mělo být samozřejmostí pro každou hygienistku – z mého výzkumu v praktické části, se ukázalo, že všechny dotazované dentální hygienistky se vyšetření věnují. Jsou ale velké rozdíly u jednotlivých hygienistek v praktickém provádění úkonů, které ke kompletnímu vyšetření patří.

V první hypotéze jsem předpokládala, že 90% dentálních hygienistek používá index CPI – TN.

Dle výsledku otázky č. 9 index CPI-TN používá pouze 82% dentálních hygienistek.

Tato hypotéza vycházela z obecného rozšíření daného indexu u hygienistek v ČR a SR. Patří k parodontologickým screeningovým vyšetřením, který by měl být indikován každému pacientovi (Slezák, 2007). Provedení indexu je lehké, levné a rychlé, ale slouží pouze jako orientační. Domnívám se, že téměř 20% dentálních hygienistek index CPITN nevyšetřuje z důvodu nepřesnosti indexu. Pro přesnou práci je nutné vyšetření hloubky parodontálních kapes (Boticelli,2002).

Celkově dle mého šetření 90% hygienistek vyšetřuje parodont (indexem CPITN nebo měřením hloubky parodontálních kapes)

Dalším parodontologickým screeningovým vyšetřením je index PSR, který vychází s CPITN, ale na rozdíl od něj je určen pro klinickou praxi. Jeho výhodou je přesněji určuje druh postižení parodontu a lépe odkazuje na terapii. Ze studie vyplývá, že PSR s jistotou 86-93% předvídá onemocnění parodontu a potřebu její terapie (Primal et al., 2014), přesto není v ČR a SR dle mých výsledků používán. Naopak je velmi oblíbený v Německu, kde od roku 2004 je možné vykazovat na pojišťovnu každé 2 roky (Weber, 2010).

Druhou hypotézou je, zda hygienistky, které vystudovaly na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy věnují pozornost extraorálnímu a intraorálnímu vyšetření, dle znalostí získaných během studia.

Podle odpovědí získaných v dotazníku, provádí hygienistka, která absolvovala studium na 3. lékařské fakultě průměrně 8 z 11 nabídnutých dílčích úkonů extraorálního a intraorálního vyšetření. Hygienistky z ostatních škol provedou průměrně 7 z 11 nabídnutých úkonů, tedy výsledky jsou podobné. 77% dentálních hygienistek z 3. lékařské fakulty vyšetřuje pacientův obličej pohledem (zkontrolují barvu kůže, zhodnotí symetrii obličeje, případně otoky), 31% hygienistek pohmatem vyšetří uzliny, 23% vyšetří temporomandibulární kloub a 8% vyšetří výstupy n. trigeminus

Intraorální vyšetření 100% dentálních hygienistek z 3.LF provádí vyšetřením jazyku, vyšetřením parodontu a vyšetřením chrupu. 77% z nich zkontroluje sliznici dutiny ústní, 54% zkontroluje spodinu dutiny ústní a 31% prohlédne výstupy slinných žláz.

Tato hypotéza bohužel nebyla potvrzena. Přestože je na extraorální i intraorální vyšetření kladen velký důraz, některé úkony bývají opomíjené.

Tato problematika úzce souvisí s problematikou prekanceróz a nádorů v oblasti dutiny ústní. Dle doporučených postupů pro praktické a zubní lékaře z roku 2001 jsou nejčastější nádory typu spinocelulární karcinom, a to v lokalizaci spodiny dutiny ústní, hrany jazyka, spodní plocha jazyka a rty (Mazánek et al., 2015). Při důkladném vyšetření je možné sledovat již první příznaky, jako jsou leukoplakie či carcinoma in situ. Dalšími známkami, které by měli ošetřujícího varovat, jsou například asymetrie obličejového reliéfu, postižené senzitivní a motorické inervace obličeje, bolest vyzařující do ucha či příměs krve do sliny. Zápis o provedení onkologického screeningu je uveden ve zdravotnické dokumentaci pacienta, i v případě, že nebyla nalezena nádorového bujení (Bilder, 2007). Podle odpovědi na otázku č. 13 má až 40% hygienistek na vyšetření pouze 5 – 10 min, což není dostatečné a všechna vyšetření nelze stihnout. Součástí etického kodexu Asociace dentálních hygienistek je kapitola profesní standardy k výkonu povolání dentální hygienistky (Příloha č. 3), která vychází z vyhlášky č. 55/2011 Sb. V tomto souboru je definované vstupní vyšetření, které se skládá z anamnézy, klinického vyšetření a záznamu a zhodnocení stavu, následováno motivací. Doporučený čas pro tyto výkony je 15 – 30 minut.

Třetí hypotéza: Doba vstupního vyšetření je kratší, pokud hygienistka dostane zdravotnickou dokumentaci pacienta od lékaře.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Hygienistky, které uvedly, že dostávají zdravotnickou dokumentaci pacienta od lékaře, v průměru stráví vyšetřením pacienta 14 minut. Ostatní hygienistky 13 minut. Vstupní vyšetření je ovlivněno mnoha faktory, tedy kromě vyplněné dokumentace například: zručnost a pečlivost jednotlivé hygienistky, komunikativní dovednosti hygienistky i pacienta, program, se kterým hygienistka pracuje a údaje, které si do zdravotnické dokumentace zaznamenává.

Čtvrtá hypotéza se zabývá tím, zda dentální hygienistky raději pracují jako zaměstnanci.

Z výsledku mého šetření vyplývá, že více než 90% hygienistek je spokojených na své pracovní pozici. 91% spokojených hygienistek je v zaměstnaneckém poměru a 96% je spokojených jako OSVČ. Spokojenost pracovníků se odráží na loajalitě a omezuje přecházení pracovníků k jiné společnosti nebo do jiného oboru. Je také jednodušší udržet motivovanost pracujících a tím dosáhnout výkonů, tedy kvalitnější práci (Urban, 2017).

Přestože v odvětví zubního lékařství je marketing a management upozaděný, tento princip je velmi dobře uplatnitelný i na tuto oblast. Dentální hygienistka provádí lepší práci, pokud je motivována, a to se může odrážet i na provedení vstupního vyšetření.

Vzhledem k výsledkům mé práce jsou hygienistky spokojené jak v zaměstnaneckém poměru, tak jako osoby samostatně výdělečně činné, proto se domnívám, že toto nemá vliv na provádění vyšetření a ošetření.

Poslední hypotéza je: Dentální hygienistka provede průměrně 6 vstupních vyšetření týdně.

Dle mých dat zvládne hygienistka průměrně 6 vstupních vyšetření týdně, ale nejčastější odpovědí bylo 2-5 vstupních vyšetření týdně a takto odpovědělo 49% dotazovaných hygienistek. Cílem dentální hygienistky je získat pacienty pro trvalou spolupráci. I zdraví pacienti by měli chodit na dentální hygienu 2x ročně. Proto většinu času stráví hygienistka při ošetření pacienta v rámci recallu. Z dat získaných v dotazníku vyplývá, že nejvíce

nových pacientů získá hygienistka od zubního lékaře, se kterým spolupracuje.

Dalším zajímavým výsledkem mé bakalářské práce je, že 53% dentálních hygienistek po vstupním vyšetření provádí pískování. To ukazuje na vysokou oblibu přístroje Airflow a jeho časté využití v ordinaci dentální hygienistky. Předpokládám, že velký přínos pro rozšíření využití pískování měla firma EMS s Guided biofilm therapy. Je to péče o zuby i implantáty, která zahrnuje obarvení plaku pro motivaci a instruktáž pacienta. Plak je nejdříve očištěn pomocí písku typu PLUS, který je na bázi erytritolu. Místa, kde je usazen zubní kámen jsou ošetřena pomocí ultrazvuku (Piezon No Pain) a je provedena kontrola a zaleštění. Po době, jakou určí ošetřující, je pacient zván na Recall (EMS, Guided biofilm therapy).

Dalším využitím pískování je odstranění pigmentací. Pacienti velmi oceňují odstranění pigmentu z povrchu zubu a obnovení přirozené barvy zubu z hlediska estetického. Z hlediska zdravotního je vyleštěný zub bez pigmentací hladký a díky tomu dochází ke snížené retenci plaku.

Tyto závěry jsou zajímavé zejména pro hygienistky, které by zajímalo, jak probíhá vyšetření v ostatních ordinacích.

Ráda bych výzkum rozšířila o otázky z oblasti ošetření pacienta a průběhu preventivní hodiny dentální hygienistky a zopakovala v rámci srovnání v průběhu několika let.

6. Závěr

Závěrem bych ráda shrnula dosažené výsledky a zhodnotila cíle práce, které jsem si stanovila. Během zpracování teoretické části jsem se věnovala zdrojům z oblasti stomatologie, dentální hygieny, patologie i interního lékařství a shrnula poznatky týkající se vyšetření v oblasti obličeje, které je schopna provést dentální hygienistka. Zároveň jsem se věnovala chorobám, které mohou mít příznaky v oblasti obličeje a dutiny ústní. Dentální hygienistka neprovádí přesnou diagnostiku ani nedoporučuje či nepředepisuje léčiva, ale měla by mít alespoň teoretické znalosti o jednotlivých onemocněních, aby mohla upozornit pacienta nebo ošetřujícího lékaře na možnou patologii. Velkým přínosem je znalost projevů infekčních onemocnění. Pacienti mohou přenést vážné infekční onemocnění na hygienistku a dokonce i na další pacienty.

V teoretické části i v obrázkovém průvodci vyšetřením ve stomatologii se věnuji i správnému provedení jednotlivých úkonů pro co nejefektivnější vyšetření, které je možné zvládnout za krátký čas.

Praktická část je zaměřena na praktické vyšetření v ordinacích dentálních hygienistek. V dotazníku, který jsem vytvořila, byly otázky zaměřeny na jejich práci a zejména na vyšetření pacienta. Tedy na proces získání anamnestických dat, provedení extraorálního vyšetření a intraorálního vyšetření. Výsledky ukázaly, že vyšetření je v některých ordinacích podceňované a bylo by vhodné mu věnovat více pozornosti, a to je důvod, proč je toto téma aktuální.

Výstupem teoretické části je souhrn informací z oblasti vyšetření, dále jsou obsaženy informace, které se týkají onemocnění s příznaky v dutině ústní.

Praktická část obsahuje údaje, které jsem získala od dentálních hygienistek, týkající se praktického provádění úkonů vyšetření v ordinaci dentální hygienistky.

Součástí práce je i obrázkový atlas vyšetření ve stomatologii, kde jsou názorně předvedeny všechny úkony, které se týkají základního klinického vyšetření.

7. Seznam použité literatury

KNIHY:

1. BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.
2. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.
3. DOSTÁLOVÁ, Tatjana a Michaela BEZNOSKOVÁ SEYDLOVÁ. *Stomatologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2700-4.
4. HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2612-0.
5. HELLWIG, Elmar, Thomas ATTIN a Joachim KLIMEK. *Záchovná stomatologie a parodontologie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0311-4.
6. CHROBÁK, Ladislav. *Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0.
7. JANSOVÁ, Katarína a Miroslav EBER. *Preklinická stomatologie*. 2. dopl. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-596-9.
8. KAMÍNEK, Milan. *Ortodoncie*. Praha: Galén, c2014. Zubní lékařství. ISBN 9788074921124.
9. KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 9788024416649.
10. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
11. KILIAN, Jan et al. *Základy preventivní stomatologie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-145-5.

12. KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626434.
13. KLEPÁČEK, Ivo. *Klinická anatomie ve stomatologii*. Praha: Grada, 2001. ISBN 8071697702.
14. KOVALOVÁ, Eva, et al. *Orální hygiena 3. část'*. Prešov: Akcent print, 2010. ISBN 978-80-89295-24-1.
15. LIŠKA, Karel. *Orofaciální patologie*. 1. vydání. 1983.
16. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
17. MAZÁNEK, Jiří et al. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.
18. MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 8024714442.
19. MAZÁNEK, Jiří. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3534-4.
20. MUTSCHELKNAUSS, Ralf E. *Praktická parodontologie: klinické postupy*. Praha: Quintessenz, 2002. ISBN 80-9021188-7.
21. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.
22. PAZDERA, Jindřich a Oldřich MAREK, 2005. *Neodkladné situace ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0622-9.
23. PETERSEN, R. – STEINBACH, R. SOLO-PROPHYLAXE. *Nový pohled na zubní lékařství*. První vydání. 2003, 211 s
24. POLENÍK, Pavel. *Subgingivální ošetření v praxi zubního lékaře*. Praha: Quintessenz, 2008. ISBN 978-80-86979-04-5.
25. Rajesndran (1 January 2009). *Shafer'S Textbook Of Oral Pathology (6Th Edition)*. Elsevier India. pp. 31–. ISBN 978-81-312-1570-8.
26. ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.

27. ROZSYPAL, Hanuš. *Základy infekčního lékařství*. Vydání první. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-246-2932-2.
28. SEIDL, Zdeněk. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741086.
29. SLEZÁK, Radovan a Ivo DRÍZHAL. *Atlas chorob ústní sliznice*. Praha: Quintessenz, 2004. ISBN 8090318150.
30. SLEZÁK, Radovan. *Preklinická parodontologie*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. Edice zubního lékařství (Nucleus HK). ISBN 978-80-87009-18-5.
31. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Markéta HRUŠKOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Irena PŘIVŘELOVÁ, Eva STAROŠTÍKOVÁ a Eva VŠETIČKOVÁ. *Stomatologie I: pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5826-8.
32. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Markéta HRUŠKOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Irena PŘIVŘELOVÁ, Eva STAROŠTÍKOVÁ a Eva VŠETIČKOVÁ. *Stomatologie I: pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5826-8.
33. STAROSTA, Martin. *Plastická chirurgie parodontu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0664-0.
34. STRUB, Jörg Rudolf et al. *Protetika*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5260-0.
35. SVOBODA, Otto. *Stomatologická propedeutika: celost. učebnice pro lékařské fakulty, pro posluchače stomatologie*. Praha: Avicenum, 1984. Učebnice pro lékařské fakulty.
36. ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024743561.
37. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-898-8.
38. TÁBORSKÝ, Miloš. *Interní propedeutika*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3207-0.

39. VAJNER, Luděk, Jiří UHLÍK a Václava KONRÁDOVÁ. *Lékařská histologie I.: cytologie a obecná histologie*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024618609.
40. WEBER, Thomas. *Memorix zubního lékařství*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3519-1.

ČASOPISY:

1. BARTOŇOVÁ, Jiřina. Bakteriální onemocnění kůže v dětské ambulanci. *Pediatric pro praxi*. 2014, **15**(4), 206 -208.
2. BĚL, Jiří. Digitální fotografie ve stomatologii. *Progresdent*. 2007, **13**(3), 38-42.
3. BIENOVÁ, Martina a Dagmar DITRICHOVÁ. Léze v dutině ústní. *Medicína pro praxi*. 2010, **7**(11).
4. BISKUP, P. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte doporučený postup určený lékařům primární péče. *Čes.-slov. Pediatric*, 2001. Roč. 56, č. 4.
5. BRAUNOVÁ, Jaroslava. Alergie, anafylaxe, anafylaktický šok. *Interní medicína pro praxi*. 2001, **4**(3), 138 -141.
6. BRAUNOVÁ, Jaroslava. Potravinová alergie. *Interní medicína pro praxi*. 2001, **4**(12), 556 -558.
7. DEWOOD, Garry. Fotografie v ordinaci věnované estetické stomatologii. *Stomateam*. 2012, (2).
8. DŘÍZHAL, Ivo. Parodontitida - onemocnění ohrožující chrup. *Medicína pro praxi*. 2007, **4**(9), 358 -360.
9. FRAŇKOVÁ, Michaela. Detekce kariogenních patogenů. *Stomateam*. 2013, (6).
10. GAJDZIOK, Jan, Eliška TAJOVSKÁ, Martina BAJEROVÁ a Zuzana CHALUPOVÁ. Choroby sliznice dutiny ústní. *Praktické lékařství*. 2009, **6**(1), 26-28.
11. GIER, Pavel. Nefrotický syndrom. *Pediatric pro praxi*. 2001, (3), 120 - 123.

12. IZAKOVIČOVÁ, FASSMANN, KUKLETOVÁ a SAZMOVÁ. PAPILLON-LEFEVRE SYNDROM (KAZUISTIKA). *Praktické zubní lékařství*. 2009, **57**(3), 31 -36.
13. KOUTNÝ, Martin. (2011). Periferní obrna lícního nervu. *Practicus*, 6, 25-27.
14. MACHOŇ, Vladimír a Dušan HIRJAK. *Manuál miniinvazivní léčby čelistního kloubu*. Praha: StomaTeam, 2009. ISBN 978-80-904377-0-8.
15. MACHOVCOVÁ, Alena. Diferenciální diagnostika projevů kolem úst II. část. *Dermatologie pro praxi*. 2010, **4**(4), 195 -200.
16. PIŤHOVÁ, Pavlína a Lucie JAREŠOVÁ. Kožní změny u diabetes mellitus z pohledu diabetologa. *Dermatologie pro praxi*. 2007, **1**(4), 168 -171
17. POSPÍŠILOVÁ, Alena. Herpes Zoster. *Medicína pro praxi*. 2009, **6**(1), 38 -41.
18. Primal KS, Esther SR and Boehm TK. Periodontal Screening and Recording (PSR) Index Scores Predict Periodontal Diagnosis. *J Dent App*. 2014;**1**(1): 8-12.
19. PROUZA, Zdeněk. Principy radiační ochrany - bezpečnost a ochrana zdraví při práci. *Státní ústav radiační ochrany*. 2008.
20. R.G. Landry, M. Jean, Periodontal Screening and Recording (PSR) Index: Precursors, utility and limitations in a clinical setting, *Int Dent J*, 52 (2002), pp. 35-40
21. RESL, Kilián a Marie RESLOVÁ. Dětský syndrom ruka-noha-ústa. *Pediatric pro praxi*. 2015, **16**(4), 256 -258.
22. ROHÁČOVÁ, Hana. Onemocnění vyvolaná virem Epstein-Barrové. *Interní medicína pro praxi*. 2005, **6**(6), 301 -302.
23. STAROSTA, Martin. *Klasifikace atrofických změn parodontu*. Verlag Dashofer, 2005, (9).
24. STŘÍPEK, Jiří. Herpes simplex nové léčebné metody. *Dermatologie pro praxi*. 2012, **6**(4), 194-198.
25. SVOBODOVÁ, Radka. Systémová onemocnění pojiva a jejich komplikace. *Interní medicína pro praxi*. 2012, **14**(11), 443-446.

26. SYROVÁTKOVÁ, Michaela a Jakub SYROVÁTKA. Cheilitidy - klasifikace, klinické projevy, léčba. *Dermatologie pro praxi*. 2014, **8**(4), 161 -162.
27. ŠUMNÍK, Zdeněk, Ondřej SOUČEK a Jan LEBL. Hypofosfatázie: Kdy na ni myslet a jak ji léčit. *Pediatric pro praxi*. 2016, **17**(3), 146 -149.
28. VOKURKA J., A. FASSMAN, L. IZAKOVIČOVÁ HOLLÁ. Xerostomie. LKS. Brno, 2013, roč. 23, č. 6, s. 119-142 (43-54).
29. ZOULOVÁ, Andrea. Afty, recidivující afty, jejich klinický obraz, diagnostika, terapie: Behcetova choroba. *Stomateam*. 2014, **4**(10).

JINÉ:

1. BILDER, Maligní nádory a prekancerózy v maxilofaciální oblasti . Doporučené postupy - Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3., 2001
2. EMS Guided biofilm therapy. *EMS* [online]. Nyon, 2017 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://www.ems-dental.com/en/why-guided-biofilm-ther>EMS Guided biofilm therapy. *EMS* [online]. Nyon, 2017 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://www.ems-dental.com/en/why-guided-biofilm-therapy>
3. KLENER, V. (ed.): Principy a praxe radiační ochrany, SÚJB/AZIN CZ Praha, 2000.
4. MOLITOR, Martin. *Radikální operace a rekonstrukce lalokovými přenosy u zhoubných nádorů hlavy a krku a optimalizace vztahu k chemoterapii a radioterapii*. Brno, 2006. Doktorská disertační práce. Masarykova Universita v Brně. Vedoucí práce Prof. MUDr. Jiří Veselý Csc.
5. PROUZA, Zdeněk. Principy radiační ochrany - bezpečnost a ochrana zdraví při práci. *BOZPinfo.cz* [online]. Praha, 2008, **3**(2), 1 -3 [cit. 2017-10-04]. Dostupné z: <http://www.bozpinfo.cz/principy-radiacni-ochrany-bezpecnost-ochrana-zdravi-pri-praci>

6. URBAN, Jan. Je spokojený zaměstnanec výkonnější zaměstnanec?. *European business school* [online]. 2017 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://ebschool.cz/je-spokojeny-zamestnanec-vykonnejsi-zamestnanec>

8. Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na různé aspekty vstupního vyšetření pacienta v ordinaci dentální hygienistky. Zabývá se správným provedením vyšetření, dále jeho zápisem a využitím pro ošetření.

Vyšetření pacienta je důležité pro prevenci nenadálých situací, pro navázání vztahu s pacientem a pro poskytnutí optimální péče. Vyšetření je ovlivněno faktory, jako je čas, spolupráce s lékařem, osobou dentální hygienistky a dalším.

Teoretická část je zaměřena na onemocnění, jejichž příznaky je možné sledovat na obličeji a v oblasti dutiny ústní při správném provedení vyšetření. V praktické části se pomocí dotazníkové studie zabývám provedením vyšetření a následnou terapií. Součástí práce je i obrázkový atlas vyšetření ve stomatologii.

9. Summary

This bachelor thesis focuses on various aspects of the initial examination of a patient in the dental hygienist's office. It deals with the correct execution of the examination, further on with its' registration and its' application for treatment.

Examining the patient is important for preventing unforeseen situations, for establishing a relationship with the patient and for providing optimal care. The examination is influenced by factors which include: time, cooperation with the doctor, the dental hygienist, and others.

The theoretical part concentrates on diseases, whose symptoms can be observed on the face and in the oral cavity of the patient as long as the examination is done correctly. In the practical part, a questionnaire study deals with the execution of the examination and the subsequent therapy. Another part of the work is a picture atlas of the examination in dentistry.

10. Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1: Odběr anamnézy rozhovorem (Archiv autorky).....	11
Obrázek 2: Pigmentový névus v oblasti horního rtu (Archiv autorky)	16
Obrázek 3: Ragády v koutku úst u pacienta s ortodontickými tahy (Archiv autorky)	17
Obrázek 4: Herpes simplex v oblasti horního rtu (Dyntr, 2012).....	18
Obrázek 5: Vyšetření submandibulárních lymfatických uzlin (Archiv autorky)	20
Obrázek 6: Větvění Nervus trigeminus (Gray, 1948)	21
Obrázek 7: Vyšetření TMK (Archiv autorky).....	22
Graf č. 1 Jak dlouho pracujete v oboru?.....	48
Graf č. 2 Na které škole jste vystudovala?	49
Graf č. 3 Kolik vstupních vyšetření provádíte v průměru za týden?.....	50
Graf č. 4 Z jakého zdroje získáváte nejvíce pacientů?	50
Graf č. 5 S jakým typem pracoviště spolupracujete?	51
Graf č. 6 Jaký je Váš pracovní vztah s lékařem, lékařkou?.....	52
Graf č. 7 Vyhovuje Vám tohle uspořádání?	52
Graf č. 8 Odebíráte pacientovu anamnézu?	53
Graf č. 9 Které úkony provádíte v rámci extraorálního vyšetření? (pravidelně)	54
Graf č. 10 Které indexy pravidelně používáte?	56
Graf č. 11 Kolik času na vstupní vyšetření máte?.....	57
Graf č. 12 Jaké úkony provádíte po vyšetření?	58
Graf č. 13 Po jak dlouhé době si zveďte pacienta na recall?	58
Tabulka č. 1 Které úkony provádíte pravidelně v rámci extraorálního vyšetření?.....	54
Tabulka č. 2 Které úkony provádíte pravidelně v rámci intraorálního vyšetření?.....	55

11. Seznam příloh

Příloha č. 1: Anamnestický dotazník stomatologického oddělení FNKV

Příloha č. 2: Anamnestický dotazník – Viadenta s.r.o.

Příloha č. 3: Profesionální standardy k výkonu povlání, vstupní vyšetření

Příloha č. 4: Dotazník pro dentální hygienistku

Příloha č. 5: Obrazový průvodce Vyšetření ve stomatologii

12. Přílohy

Příloha č. 1

STOMATOLOGICKÁ KLINIKA - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze 10
Klinická báze 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Příjmení: Jméno: Titul:
Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna: Povolání (profese):
Bydliště - adresa:
Telefon domů / do zaměstnání (u dětí k rodičům):

ZDRAVOTNÍ ÚDAJE. (Odpovězte pozorně na všechny otázky):

1. Léčil (a) jste se v NEMOCNICI v posledních 12 měsících? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

2. Léčil (a) jste se AMBULANTNĚ v posledních 12 měsících? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

3. Užíval (a) jste nějaké LÉKY v době posledních 12 měsíců? ano ne
Pokud ano, jaké?

4. Berete DROGY? ano ne
Pokud ano, jaké?

5. Měl (a) jste někdy ALERGIÍ na léky, pyl, prach, chemické látky, aj.? ano ne
Pokud ano, na jaké?

6. Máte předepsanou nějakou DIETU (omezení v jídle)? ano ne
Pokud ano, jakou?

7. Trpíte zvýšenou KRVÁČIVOSTÍ (např. při drobném poranění)? ano ne

8. Máte KARDIOSTIMULÁTOR? ano ne

9. Pro ženy: Jste v současné době TĚHOTNÁ? ano ne

10. Označte, která z uvedených nemocí vás někdy postihla:

onemocnění srdce	astma	jaterní onemocnění	epilepsie
revmatická horečka	cukrovka	žloutenka	otřes mozku
bakteriální endokarditida	onemocnění štítné žlázy	tuberkulóza	duševní nemoc
vysoký krevní tlak	anémie	AIDS	nádor (rakovina)

11. U kterého stomatologa jste REGISTROVÁN(A)?

12. Jaké stomatologické ošetření Vám bylo naposledy poskytnuto?

13. Kdy Vám byl NAPOSLEDY zhotoven zubní můstek, korunka nebo protéza?

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) důležitosti výše poskytnutých informací pro mé správné léčení,
odpověděl(a) jsem proto úplně a pravdivě na všechny otázky a nezatajil(a) žádné informace o svém
zdravotním stavu.

Datum:

Podpis:

Příloha č. 2

Anamnestický dotazník – Viadenta s.r.o.

Příjmení, jméno, titul

.....

Rodné čísloDatum narození.....Pojišťovna.....

Ulice PSČMěsto.....

E-mailTelefon

ZATRHNĚTE, popřípadě vypište, trpíte-li některým z uvedených onemocnění, jak dlouho a od kdy:

Alergie (vypište)

Nesnášenlivost léků (PNC?,TTC?)

Astma a jiná onem.dýchacího systému

Srdeční onemocnění, operace, kardiostimulátor

Vysoký krevní tlak (hodnota)

Žloutenka (jaký typ)

Mononukléóza

Revmatická horečka

Cukrovka (tablety, injekce)

Epilepsie (s léky, bez?)

HIV onemocnění

Častější krvácení (léčené?)

Dlouhodobě brané léky (vypište).....

Jiná onemocnění:

Pro ženy: Jste momentálně v jiném stavu?Který týden?

Jste kuřák/ kuřačka? ANO NE

Preferujete méně návštěv a více výkonů v jednom sezení? ANO NE

Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci?

ANO NE

Podpisem potvrzují, že všechny mé údaje jsou pravdivé.

Podpis:.....

Příloha č. 3

PROFESNÍ STANDARDY VÝKONU POVOLÁNÍ

činnosti dentální hygienistky/hygienisty jsou dány legislativně vyhláškou č.55/2011 Sb.

Vstupní vyšetření.

Průměrný čas: 15-30 minut

Indikace: každý nový pacient nebo pacient, který přerušil udržovací fázi - recall

Cíl: Zjištění údajů o celkovém zdravotního stavu a stavu orofaciální oblasti:

1) anamnéza

- rodinná, osobní, stomatologická, předchozí a nynější onemocnění písemný záznam anamnézy jako součást léčebné dokumentace např. formou anamnestického dotazníku s podpisem pacienta stvrzujícím správnost údajů
- pohovor s pacientem zaměřený na rozbor a upřesnění anamnestických údajů

2) klinické vyšetření

Cíl: zjištění objektivního stavu pacienta se zaměřením na dutinu ústní

extraorální:

- konfigurace obličeje a krku
- charakter kožního krytu orofaciální krajiny
- výskyt ústního dýchání, parafunkcí, zlovyků
- stav mízních uzlin hlavy a krku

intraorální:

- stav ústní sliznice
- stav chrupu
- stav gingivy - zánětlivé změny: barva, povrch, tvar, zduření, krvácivost, recesy
- stav parodontu - detekce a sondovatená hloubka parodontálních chobotů měřením pomocí kalibrované sondy u každého zubu na 4- 6ti místech
- výskyt furkací
- hnisavá exudace
- zvýšená mobilita zubů
- výskyt sekundárních faktorů pro retenci plaku
- přítomnost zápachu z úst
- mukogingivální nálezy
- úroveň ústní hygieny (přítomnost plaku, zubního kamene a pigmentací)

3) Záznam, zhodnocení stavu, srozumitelná interpretace nálezů pacientovi, demonstrace stavu a objasnění příčin, stanovení cíle a plánu léčby.

4) Motivace

Příloha č. 4

05/04/2018

DOTAZNÍK - VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ V ORDINACI DENTÁLNÍ HYGIENISTKY

DOTAZNÍK - VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ V ORDINACI DENTÁLNÍ HYGIENISTKY

Dobrý den,
Jmenuji se Zuzana Ptáčková a tématem mé bakalářské práce je Vstupní vyšetření v ordinaci dentální hygienistky. V rámci práce bych ráda zjistila, jak tato prohlídka běžně vypadá. Poprosím vás proto o spolupráci a vyplnění anonymního dotazníku.
Tento dotazník je určen pro dentální hygienisty/ky.

*Required



1. Vyberte pohlaví:

Mark only one oval.

žena

muž

2. Jak dlouho už pracujete v oboru? *

Mark only one oval.

do 1 roku

1-2 roky

2-5 let

5-10 let

10 - 15 let

15 -20 let

Více než 20 let

3. Na které škole jste vystudoval/a?

4. 1) Kolik vstupních vyšetření provádíte v průměru za týden? *

Mark only one oval.

2 -5

5 - 10

10 - 15

více

5. 2) Na či doporučení k Vám pacienti nejvíce dochází? (z jakého zdroje získáváte nejvíce pacientů?) **Mark only one oval.*

- od zubního lékaře se kterým spolupracuji
- od jiného zubního lékaře
- od rodiny či přátel
- jiný zdroj (reklama, internet,...)

6. 3) S jakým typem pracoviště nejčastěji spolupracujete? **Mark only one oval.*

- praktický zubní lékař
- ortodontie
- parodontologie
- jiné

7. 4) Jaký je Váš pracovní vztah se zubním lékařem? **Mark only one oval.*

- jsem jeho/její zaměstnanec
- jsem OSVČ
- jiný

8. 5) Vyhovuje Vám tohle uspořádání? **Mark only one oval.*

- ano
- ano, ale pracoval/a jsem i jinak a bylo to také dobré
- ne, chtěl/a bych pracovat jinak

9. 6) Odebíráte pacientovu anamnézu? **Mark only one oval.*

- ano, pomocí dotazníku
- ano, pomocí dotazníku a rozhovoru
- ano, pomocí rozhovoru
- ne, dostávám kartu pacienta od lékaře

10. 7) Které úkony provádíte v rámci extraorálního vyšetření? (pravidelně) **Tick all that apply.*

- zhodnotím barvu kůže
- zhodnotím symetrii obličeje, případně otoky
- vyšetřím výstupy n. trigeminus
- pohmatem vyšetřím uzliny
- vyšetřím temporomandibulární kloub
- Other: _____

11. 8) Které úkony provádíte v rámci intraorální vyšetření? (pravidelně) **Tick all that apply.*

- zkontroluji sliznici dutiny ústní
- pohledem vyšetřím jazyk
- zkontroluji spodinu dutiny ústní
- prohlédnu výstupy sliných žláz
- vyšetření parodontu
- vyšetření chrupu
- Other: _____

12. 9) Které indexy pravidelně používáte **Tick all that apply.*

- PBI
- CPI - TN
- SBI
- BOB
- QH
- PI
- API
- KOD
- PSR
- Option 10
- Other: _____

13. 10) Popisujete pacientovi jednotlivé úkony? **Mark only one oval.*

- ano, popisuji
- ano, pokud se pacient zajímá
- ne, ale povídám o něčem jiném
- ne, nepopisuji

14. 11) Kolik času na vstupní vyšetření máte? **Mark only one oval.*

- 5 - 10 min
- 10 - 15 min
- 15 - 20 min
- více

15. 12) Jaké úkony provádíte po vyšetření? **Tick all that apply.*

- odstranění zubního kamene elektrickým přístrojem
- odstranění zubního kamene ručními nástroji
- depurace
- air - flow
- motivace a instruktáž

16. 13) Po jak dlouhé době si zvete pacienta na recall? **Mark only one oval.*

- po 3 měsících
- po 6 měsících
- po 12 měsících
- pokaždé jinak

Příloha č. 5

Kompletní vyšetření pacienta ve stomatologii - Shrnutí

Obrázkový atlas vyšetření ve stomatologii

1. Anamnéza
2. Extraorální vyšetření
3. Intraorální vyšetření
4. Vyšetření zobrazovacími metodami (lékař)
5. Laboratorní vyšetření (indikuje lékař)

Anamnestická data jsou odebírána při vstupním vyšetření a aktualizována na každé návštěvě. Týkají se zdravotního stavu pacienta.

Hlavní části:

- Rodinná anamnéza	- Sociální anamnéza
- Osobní anamnéza	- Epidemiologická anamnéza
- Farmakologická anamnéza	- Dentální anamnéza
- Alergologická anamnéza	- Nynější onemocnění

V příloze jsou k nahlédnutí příklady anamnestického dotazníku, ale data lze odebírat i ústně. Anamnestická data jsou zapisována do zdravotnické dokumentace pacienta.

Extraorální vyšetření je fyzikálním vyšetřením hlavy a krku. Je nutné postupovat systematicky a pozorně si všimat vzhledu a reakcí pacienta. Zjištěné výsledky jsou zapisovány do dokumentace pacienta. Také je pacient informován o výsledcích vyšetření

- Vyšetření pohledem – symetrie, otoky, změny barvy, kůže, oči, nervus facialis
- Vyšetření pohmatem – lymfatické uzliny, výstupy nervus trigeminus, štítná žláza, temporomandibulární kloub, citlivost na poklep
- Vyšetření poslechem – lupání kloubu, (pro úplnost- cévní malformace v oblasti hlavy a krku)

Intraorální vyšetření je provedeno pro zmapování oblasti dutiny ústní. Správný postup je systematicky prohlédnout dutinu ústní. Zahrnuje kontrolu sliznic a jejich tahů, jazyka a podjazykové oblasti, parodontu a zubů.

OBRÁZKOVÝ ATLAS VYŠETŘENÍ VE STOMATOLOGII



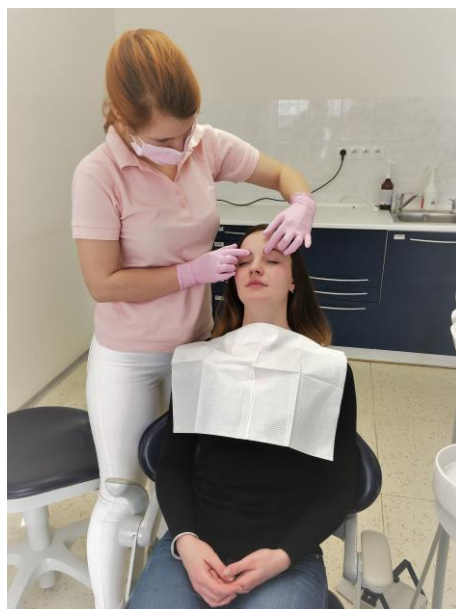
Obr. 1 Vyšetření pohledem



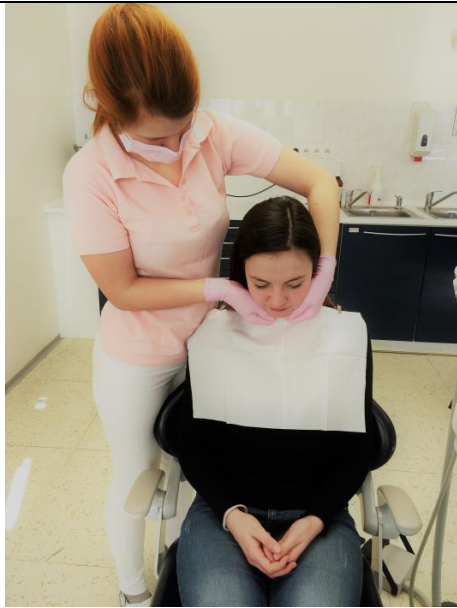
Obr. 2 Vyšetření funkce nervus facialis (pacient dokáže špulit rty, mračit se a usmát se)



Obr. 3 Vyšetření pohyblivosti očních bulbů (ve vzdálenosti do 30cm od očí pacienta ošetřující pomalu pohybuje prstem doprava a doleva)



Obr. 4 Pohmatem jsou vyšetřovány výstupy nervus trigeminus (ošetřující prsty hmatá foramen supraorbitale, f. infraorbitale a f. mentale)



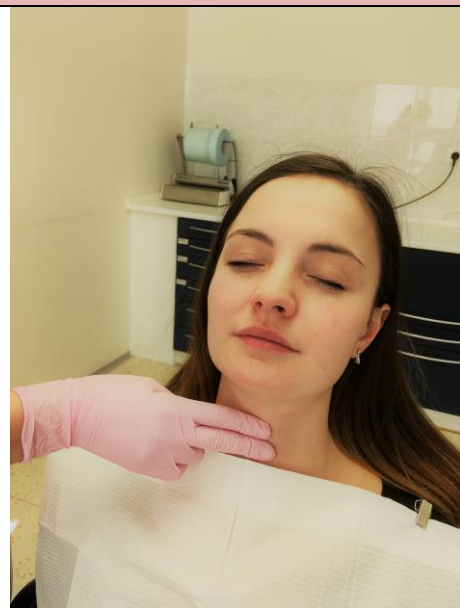
Obr.5 Vyšetření uzlin - nodi lymphatici submandibulares (pacient má mírně skloněnou hlavu, ošetřující stojí za pacientem a prsty přetahuje oblast uzlin přes okraj mandibuly)



Obr.6 Vyšetření uzlin - nodi lymphatici submentales (pacient v mírném předklonu hlavy, ošetřující prsty přetahuje oblast uzlin přes okraj mandibuly)



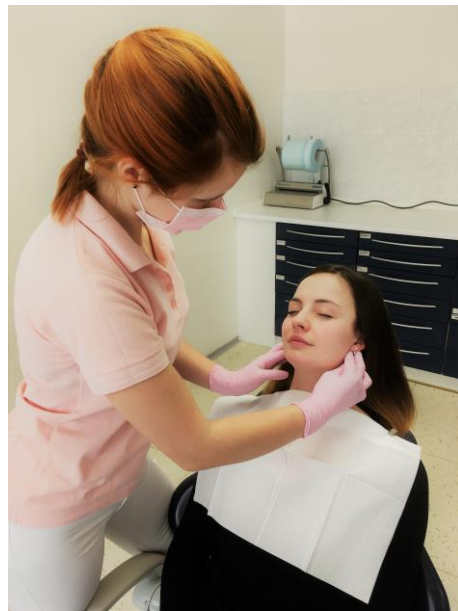
Obr.7 Vyšetření uzlin - nodi lymphatici superficiales (vyšetřovány mírným tlakem prstů proti m. sternocleidomastoideus, pacient má pootočenou hlavu)



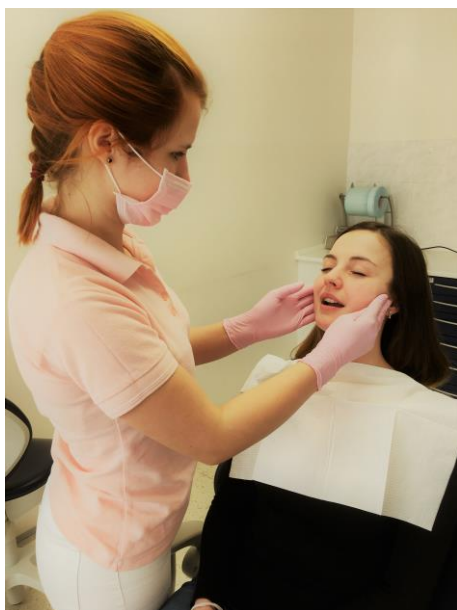
Obr.8 Vyšetření uzlin - nodi lymphatici mastoidei, nodi lymphatici parotidei superficiales (jsou vyšetřovány hmatem za ušním boltcem a před tragem)



Obr.9 Citlivost na poklep (v oblasti čela a vlasaté části hlavy jemně poklepávat prsty)



Obr. 10 Vyšetření štítné žlázy (fyziologicky hmatná pouze pokud pacient polkne)



Obr.11 Vyšetření temporomandibulárního kloubu (pacient pomalu otevírá ústa, ošetřující prsty kontroluje stejnoměrné otevírání)



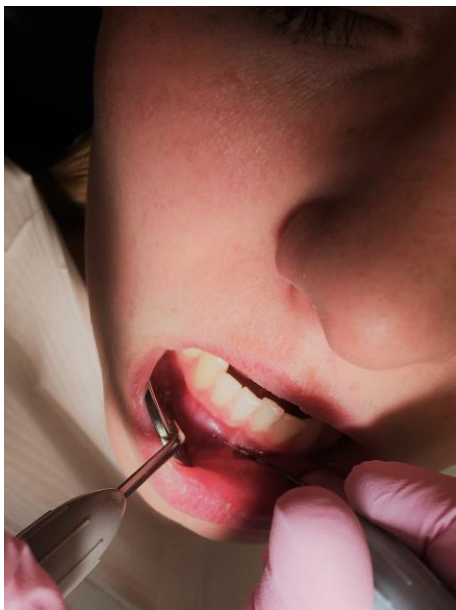
Obr. 12 Vyšetření temporomandibulárního kloubu (ošetřující jemně vloží malíčky pacientovi do uší a sleduje otevírání úst)



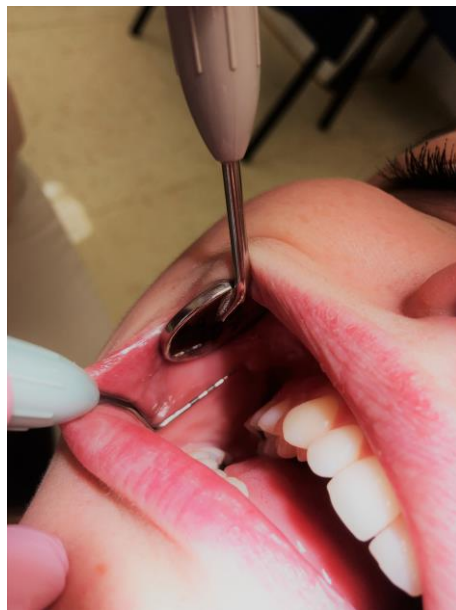
Obr. 13 Intraorální vyšetření -
pohledem jsou vyšetřovány sliznice



Obr. 14 Vyšetření ošetřující začne v
oblasti vestibula



Obr. 15 Ve vestibulu jsou
vyšetřovány retní frenula (přiložit
sondu horizontálně k uzdičce a
jemně zatlačit, je sledován syndrom
tahu)



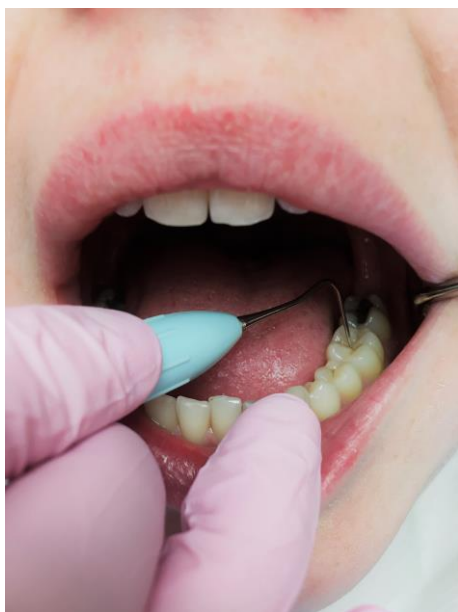
Obr. 16 Ve vestibulu jsou
kontrolovány také vývody příušní
žlázy



Obr. 17 V dutině ústní je dále vyšetřován jazyk (pacient vyplázne a ošetřující pomocí zrcátka odtáhne jazyk k jedné straně a pohledem vyšetří)



Obr. 18 Vyšetření podjazykové oblasti (pacient položí jazyk na patro a ošetřující oblast prohlédne) - Součástí onkologické prevence! Do karty pacienta poznamenán i negativní nález!



Obr. 19 Vyšetření chrupu (pomocí ostré sondy)



Obr. 20 Vyšetření stavu parodontu (pomocí tupé sondy)

