



REDAKTOR DZIAŁU
dr n. med.
Maciej R. Czerniuk
Zakład Chorób Błony
Śluzowej i Przyzębia,
Instytut Stomatologii
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W bieżącym numerze *Kardiologii po Dyplomie* prezentujemy Państwu opis i długoterminową obserwację przypadku 70-letniego mężczyzny, u którego w 1997 roku przeprowadzono przeszczepienie nerki z powodu schyłkowej niewydolności własnego narządu w przebiegu jego kłębkowego zapalenia. Z powodu konieczności wdrożenia następczej terapii immunosupresyjnej rok po operacji doszło do znacznego polekowego przrostu dziąseł, który wymusił interwencję z zakresu chirurgii periodontologicznej. Następnie doszło do epizodu krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, ostrego zespołu wieńcowego leczonego inwazyjnie wszczepieniem stentów i kolejnego zgłoszenia się do lekarza periodontologa. Zostało ono niestety wymuszone przewlekłym stanem zapalnym tkanek okołożębowych, a nie racjonalnie zaplanowanymi wizytami stomatologicznymi. Po szczegóły, kolejność wydarzeń związanych z wielospecjalistyczną długoterminową terapią pacjenta oraz wnioski sięgnijcie Państwo do artykułu.

Maciej R. Czerniuk

Pacjent po przeszczepieniu nerki i przebyłym ostrym zespole wieńcowym a stan tkanek przyzębia w obserwacji długoterminowej – znaczenie opieki wielospecjalistycznej

Maciej R. Czerniuk

Zakład Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej i Przyzębia
Instytut Stomatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres do korespondencji
Zakład Chorób Błony Śluzowej
i Przyzębia, Instytut Stomatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (10): 78-84

Wprowadzenie

Ostatnie lata w pracy Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) zaowocowały podjęciem przez różne katedry, kliniki i zakłady wielu wspólnych, interesujących badań. Pod koniec zeszłego wieku zauważono konieczność podjęcia skutecznej opieki periodontologicznej

u pacjentów hospitalizowanych w Instytucie Transplantologii WUM. Dotyczyła ona chorych przygotowywanych do zabiegów przeszczepienia narządów i pooperacyjnej opieki stomatologicznej. Ze względu na różne lokalizacje Instytutu Stomatologii (IS) i Instytutu Transplantologii w przypadku konieczności podjęcia specjalistycznego leczenia periodontologicznego z zakresu chirurgii przyzębia pacjenci byli albo transportowani do IS, albo wizyty odbywały się w Klinice Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii. W grupie pacjentów oczekujących na przeszczepu konsultacje takie obejmowały:

- motywowanie do poprawy higieny jamy ustnej,
- wskazanie metody mycia zębów adekwatnej do wieku, manualnych możliwości i stanu przyzębia,
- sanację jamy ustnej (ekstrakcję zgorzelińskich korzeni i zębów),
- usunięcie biofilmu bakteryjnego z tkanek przyzębia,
- wskazanie odpowiednich płukanek działających bakteriobójczo i bakteriostatycznie.

Wszystkie te czynności, a także stosowana osłonowa farmakoterapia były konsultowane z lekarzem prowadzącym. Pooperacyjna opieka stomatologiczna dotyczyła utrzymania higieny bezpośrednio na bloku pooperacyjnym oraz dalszego planowego postępowania z dziedziny chorób przyzębia (ChPZ). Plan postępowania, zakres czynności, czas, miejsce, a także konieczna osłonowa antybiotykoterapia i chemioterapia były konsultowane z lekarzami transplantologami. Mimo to nie dało się uniknąć w niektórych przypadkach powikłań wynikających z immunosupresyjnego, polekowego przerostu dziąseł i w konsekwencji krwawień (droga nadkażenia bakteryjnego) oraz trudności w przyjmowaniu pokarmów (gryzienie) i codziennej higieny jamy ustnej (mycie zębów) [1-20].

Opis przypadku

Na dyżur w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM zgłosił się bez skierowania pacjent w wieku 70 lat w celu konsultacji lub wykluczenia zakażenia odogniskowego z tkanek przyzębia, w tym zgorzelińskich korzeni zębów żuchwy, będących źródłem znacznego bólu. Okazało się, że przyjmujący na dyżurze lekarz prowadził leczenie tego pacjenta z zakresu opieki periodontologicznej 12 lat temu w ramach współpracy z Kliniką Transplantologii i Nefrologii.

Na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz wywiadu ogólnomedycznego ustalono, że pacjent był hospitalizowany w Klinice Transplantologii i Nefrologii w październiku 1997 roku z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Przeprowadzono wówczas allogeniczne przeszczepienie nerki w okresie jej stabilnej czynności (kreatynina ok. 2,2 mg/dl), pochodzącej od zmarłego dawcy. W 9 dobie wystąpiły cechy ostrego odrzucenia, włączono leczenie pulsacyjne steroidami (Solu-Medrol) i tego dnia przeprowadzono ostatnią dializę. Obserwowano stopniowy wzrost diurezy i spadek stężenia parametrów nerkowych. Pacjent został wypisany w 16 dobie z zaleceniem kontroli w poradni transplanta-

cyjnej. Dawkę przyjmowanej cyklosporyny ustalono ostatecznie na 425 mg na dobę. Wizyta kontrolna odbyła się po miesiącu od operacji. Stwierdzono zmniejszenie się zbiornika płynu w okolicy nerki przeszczepionej, schyłkową niewydolność nerek własnych w przebiegu prawdopodobnie przewlekłego, kłębkowego ich zapalenia.

W wywiadzie ogólnomedycznym pacjent podawał także: stan po resekcji żołądka metodą Hoff-Finsterera w 1976 roku z powodu nawracających krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, stan po cholecystektomii w 1994 roku z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe leczenie immunosupresyjne, żylaki odbytu, bielactwo. Farmakologicznie zlecono przyjmowanie następujących preparatów: prednizolon w dawce 17,5 mg na dobę, azatioprynę 100 mg na dobę, cyklosporynę 225 mg + 200 mg, ranitydynę 150 mg 2 razy na dobę, furosemid 40 mg na dobę, metoprolol 50 mg 3 razy na dobę, nitrendypinę 20 mg 2 razy na dobę, prozosynę 1 mg 3 razy na dobę, calcium carbonicum 1 g 2 razy na dobę.

Pacjent podał, że zgłaszał się na regularne, wyznaczone wizyty kontrolne do poradni transplantacyjnej. W lipcu 2001 roku ze względu na krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego poddany został leczeniu endoskopowemu, a w październiku tego samego roku usunięto także 7 polipów jelita grubego. W styczniu 2002 roku pacjenta przyjęto do Kliniki Transplantacyjnej i Nefrologii WUM z powodu silnych bólów brzucha z promieniowaniem do kręgosłupa, z towarzyszącymi nudnościami. Przedmiotowo stwierdzono lekkie zażółcenie białówek, bez objawów otrzewnowych. W badaniach dodatkowych uwagę zwracały wysoka aktywność amylazy w moczu (maks. 1300 U/l), zwiększone stężenie bilirubiny (maks. 7,9 mg/dl), podwyższona aktywność aminotransferaz w surowicy (maks. 508/419 U/l). Pacjent pozostawał na ścisłej diecie, otrzymywał leki (także immunosupresyjne) parenteralnie. Do leczenia włączono antybiotyk o szerokim spektrum. W trakcie hospitalizacji obserwowano szybkie ustąpienie dolegliwości oraz normalizację wyników badań. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono cechy obrzęku głowy trzustki, a w wykonanej tomografii komputerowej nie znaleziono żadnej jej patologii. W badaniu gastroskopowym błona śluzowa kikutu żołądka i przełyku przedstawiała się prawidłowo. W fałdzie jelitowym pętli znaleziono jeden metalowy klips (pozostałość po leczeniu endoskopowym krwawienia z przewodu pokarmowego) oraz stwierdzono cechy przepukliny rozworu przełykowego przepony. Pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z następującymi zaleceniami: prednizolon w dawce 7,5 na dobę, azatiopryna 75 mg na dobę, cyklosporyna 150 mg 2 razy na dobę, amlodypina 5 mg 2 razy na dobę, ranitydyna 150 mg 2 razy na dobę, metoprolol 25 mg 3 razy na dobę, doksazosyna 2 mg na noc, potas 3 × 1 tabletki, flukonazol 50 mg na dobę i cyprofloksacyna 250 mg 2 razy na dobę przez 7 dni. Stosowano również substytucję enzymów zewnątrzwydzielniczych trzustki.

W tym samym roku, w październiku, pacjent był hospitalizowany w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Central-

nego Szpitala MSWiA w Warszawie z powodu bólu w klatce piersiowej z obrazem elektrokardiograficznym (EKG) przebytego zawału mięśnia sercowego – ściany przednio-bocznej (w EKG rytm zatokowy o częstości 70/min, normogram, mała progresja R w odprowadzeniach V_1 - V_4 , dodatnio-ujemne załamki T w odprowadzeniach I, a VL, V_1 - V_6). Z opisu badania echokardiograficznego dowiadujemy się, że LVDD wynosiła 5,5 cm, IVSD – 1,1 cm, LA – 4,4 cm, a frakcja wyrzucania lewej komory EF – 50%. W badaniu obserwowano też hipokinezę przykoniuszkowych segmentów ściany przedsionkowo-przegrodowej oraz koniuszka, zachodzącą na segmenty przykoniuszkowe ściany dolnej. Kurczliwość pozostałych ścian serca była dobra. W badaniach laboratoryjnych nie wykazano cech świeżej martwicy serca. Po nawodnieniu pacjenta wykonano koronarografię z kontrastem niskojodowym, a następnie plastykę z implantacją stentu w segmencie proksymalnym gałęzi przedniej zstępującej i plastykę istotnej zmiany w części środkowej gałęzi okalającej, nie wszczepiono stentu. Wynik zabiegu był dobry, a badania laboratoryjne nie wykazały pogorszenia funkcji nerek. Pacjenta wypisano do domu z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego (OZW) z zaleceniami regularnej kontroli ambulatoryjnej, wizyt w poradniach kardiologicznej i nefrologicznej. Zlecono przyjmowanie: benzaprilu 10 mg 2 razy na dobę, doksazosyny 4 mg na dobę, atorwastatyny 40 mg na dobę, a także amlodypiny 5 mg na dobę i metoprololu 50 mg 2 razy na dobę, tiklopidyny 2 razy na dobę oraz leków immunosupresyjnych w mniejszej dawce (cyklosporyna 125-0-150 mg, predyzolon 7,5 mg na dobę).

W odniesieniu do higieny stomatologicznej pacjent pozostawał pod stałą opieką w stosownej branżowej jednostce służby zdrowia aż do jej likwidacji (był kolejajarzem), a następnie został objęty opieką lekarza podstawowej opieki dentystycznej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. W 1998 roku po przeszczepieniu nerki i zastosowaniu koniecznej terapii immunosupresyjnej (cyklosporyna A) zgłosił się do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM z powodu powodującego dużą bolesność polekowego przerostu dziąseł w obrębie szczęki i żuchwy, uniemożliwiającego przyjmowanie pokarmów (upośledzone żywienie) i utrzymanie higieny (włosie szczotki nie docierało do powierzchni zębów). Ponieważ stan ten stwarzał możliwość powstania dodatkowych potencjalnych źródeł ognisk infekcji w obrębie części twarzowej czaszki, podjęto decyzję o dwuetapowej sanacji jamy ustnej, najpierw szczęki, a następnie żuchwy.

Po konsultacji z lekarzem prowadzącym Kliniki Transplantologii i Nefrologii w osłonie antybiotykowej (klindamycyna 0,3 g 3 razy na dobę przez 14 dni), a także chemioterapeutykiem (metronidazol 0,25 g 3 razy na dobę przez 14 dni) wykonano sanację jamy ustnej polegającą na usunięciu wszystkich zgorzelińskich korzeni zębów (obu przedtrzonowców szczęki po stronie prawej [15, 14] i pierwszego trzonowca w żuchwie po stronie lewej [36]), mogących być źródłem potencjalnej bakteriemii, a także gingiwektomię w obrębie całego łuku szczęki, a następnie żuchwy (chirurgiczne ścięcie nad-

miaru dziąsła techniką nieruchomego płata z szyciem zabezpieczającym, zmniejszającym krwawienie). Przeprowadzone były one w znieczuleniu miejscowym preparatem 4% roztworu chlorowodoru artykainy po 6 ampułek po 1,7 ml (10,2 ml), stosownie dla każdej ze szczęk. Po odsłonięciu koron zębów pokrytych nadmiarem przerosłego dziąsła uwidoczono dużo biofilmu bakteryjnego i kamienia nazębnego, który usunięto urządzeniem ultradźwiękowym (scaler), a następnie wypłukano roztworami 3% wody utlenionej i 0,2% chlorheksydyny (antyseptyk) oraz wypolerowano powierzchnie zębów. Jako środek przeciwbólowy włączono kwas mefenamowy (3 razy na dobę po 1 tabletkę w razie bólu) i środek przeciwobrzękowy (wyciąg z kasztanowca 4 razy na dobę po 3 tabletki). Rana pooperacyjna pacjenta goiła się bez powikłań i 14 dni po kolejnych zabiegach zdjęto szwy. Aby umożliwić pacjentowi ewentualną odbudowę protetyczną, w następnym etapie postępowania leczniczego wdrożono profilaktyczne leczenie endodontyczne (kanałowe) następujących zębów: trzeciego i drugiego zęba trzonowego po obu stronach szczęki (18, 17, 27, 28), drugiego trzonowca i pierwszego przedtrzonowca po lewej stronie żuchwy (37, 34) oraz obu przedtrzonowców po prawej stronie żuchwy (44, 45) w celu wykorzystania ich w ewentualnie planowanych uzupełnieniach. Po zakończonym leczeniu periodontologiczno-chirurgicznym w Instytucie Stomatologii WUM pacjent nie zgłosił się do lekarza protetyka, by kontynuować odbudowę protetyczną. Przez 10 lat leczenie stomatologiczne ograniczało się jedynie do nieregularnego usuwania w osłonie antybiotykowej (klindamycyna 0,3 g 3 razy na dobę) kamienia nazębnego przez lekarza podstawowej opieki stomatologicznej. Pacjent przyznaje brak dyscypliny w utrzymaniu higieny jamy ustnej i neguje kolejne epizody przerostu dziąsła.

W badaniu stomatologicznym przedmiotowym stwierdzono nieuzupełnione braki zębowe o typie mieszanym, pozostawione korzenie zębów trzonowych w żuchwie po stronie lewej w stanie zgorzelińowego rozkładu: trzeci i drugi trzonowiec (38, 37) oraz zęby trzonowe po stronie prawej w stanie próchnicowego rozkładu: trzeci i drugi trzonowiec (47, 48), biofilm bakteryjny i kamień nazębny w obrębie wszystkich zębów i korzeni zgorzelińowych (ryc. 1-5).

U pacjenta, od lat będącego w grupie ryzyka, poza wywiadem i ustaleniem potrzeb leczniczych wstępnie tylko zmierzono wskaźnik płytki i kamienia nazębnego, co jest badaniem nieinwazyjnym, niewywołującym krwawienia ze strony tkanek przyzębia. Wartość tego parametru periodontologicznego wynosiła dla obu wskaźników 100%. Przeprowadzono instruktaż higieny, polecając stosowanie miękkiej szczoteczki. W celu dalszej diagnostyki choroby skierowano na badanie radiologiczne – zdjęcie przeglądowe pantomograficzne szczęk, a także poproszono o konsultację kardiologiczną.

Pacjent zgłosił się w następnym tygodniu z pisemnym zaświadczeniem od lekarza kardiologa zezwalającym na zabieg sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych. Dostarczył również zleczone zdjęcie radiologiczne. Kardiolog nie sprecyzował typu antybiotykoterapii osł-



RYCINA 1

Pantomogram szczęk. Widoczne m.in. zgorzelinowe korzenie w żuchwie po stronie lewej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 3

Zniszczone korony kliniczne po prawej stronie żuchwy (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 2

Zgorzelinowe korzenie zębów trzonowych po lewej stronie żuchwy (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 4

Zły stan higieny jamy ustnej – widoczny biofilm bakteryjny na granicy zęb-dziąsło (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).

nowej, więc włączono stosowane wcześniej leczenie klin-damycyną w dawce 0,3 g stosowanej 3 razy na dobę przez 7 dni, a także chemioterapeutykiem – metronidazolem – w dawce 0,25 g podawanego 3 razy na dobę przez 7 dni.

Przed przystąpieniem do profesjonalnych zabiegów higienizujących jamę ustną przeprowadzono tylko diagnostyczne badanie periodontologiczne pomiaru wskaźnika krwawienia, ponieważ pozostałe, tj. pomiar utraty przyczepu łącznotkankowego i głębokości kieszonek przyzębnych, ze względu na obfite złogi kamienia nazębnego, na tym etapie nie były możliwe do wykonania.

W ramach znieczulenia przewodowego po obu stronach żuchwy podano po 2 ampułki 1,7 ml (3,4 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy. Wykonano profesjonalne usunięcie kamienia i biofilmu bakteryjnego (scaling ultradźwiękowy), śródzabiegowe płukanie 3% roztworem wody utlenionej i 0,5% roztworem metronidazolu, a następnie polerowanie powierzchni zębów,



RYCINA 5

Złogi kamienia nazębnego w żuchwie od strony językowej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 6

Stan jamy ustnej po usunięciu złożeń nazębnych (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 9

Stan po zaszyciu ran poekstrakcyjnych w żuchwie po stronie lewej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 7

Usunięte zgorzelinowe korzenie trzonowców żuchwy z torbielami okołowierzchołkowymi po stronie lewej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 10

Stan po zaszyciu ran poekstrakcyjnych w żuchwie po stronie prawej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).



RYCINA 8

Zęby trzonowe żuchwy po ekstrakcji z torbielami okołowierzchołkowymi po stronie prawej (ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM – dr med. M.R. Czerniuk).

aby zmniejszyć ponowną potencjalną retencję i odkładanie się biofilmu bakteryjnego. Przystąpiono do ekstrakcji czterech dolnych trzonowców (38, 37, 47, 48). Zębodoły wyłuszczkowo, usunięto bakteryjne torbiele okołowierzchołkowe wraz z bakteryjną ziarniną, a rany zaszyto. Pacjent zabieg zniósł dobrze i w takim stanie zwolniono go do domu z zaleceniem zachowania stosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego (jak wyżej), dodatkowo zaś włączono środek przeciwbólowy (kwas mefenamowy 3 razy na dobę po 1 tabletkę w razie bólu) i przeciwobrzękowy (wyciąg z kasztanowca 4 razy na dobę po 3 tabletki). Kontrolę wyznaczono na dzień następny. Okres pozabiegowy przebiegał bez powikłań, w 7 dniu dokończono pomiary 2 parametrów periodontologicznych – do tej pory niemożliwych do wykonania: wskaźnik utraty przyczepu łącznotkankowego i wskaźnik głębokości kieszonek przyzębnych. Dodatkowo przepłukano je roztworem 3% wody utlenionej. Zdjęto szwy, rany goiły się prawidłowo (ryc. 6-10).

Przeprowadzone pomiary periodontologiczne pozwoliły zakwalifikować pacjenta do grupy chorych z ciężkim, przewlekłym i uogólnionym zapaleniem przyzębia.

Omówienie

Przedstawiony przypadek pacjenta z grupy dużego ryzyka związanego z przeszczepieniem nerki, przebyłym OZW oraz ChPZ i bardzo złym stanem higieny jamy ustnej, odbijającym się w wysokich wartościach wszystkich zmierzonych parametrów periodontologicznych, wskazuje na dodatkowe źródło zakażenia bakteryjnego. Potwierdza to opinię, że chorzy z czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i nefrologicznych, a zwłaszcza po przeszczepach np. nerki i po OZW leczonym inwazyjnie, z wszczepionymi stentami, powinni być również pod kontrolą lekarza stomatologa, a w wielu przypadkach specjalisty periodontologa.

Interesujący w długoterminowej (ponad 10 lat) obserwacji periodontologicznej przedstawionego przypadku wydaje się brak ponownego przerostu dziąseł związanego z ciągłą terapią immunosupresyjną (cyklosporyną A), który był powodem pierwszego zgłoszenia się pacjenta z tym problemem przed 12 laty. Potencjalnie może świadczyć to o bardzo dokładnym, profesjonalnym usunięciu złogów nazębnych (scaling nad- i poddziąsłowy z wygła-

dzeniem powierzchni korzeni zębów) po zabiegu gingiwektomii, a także o skuteczności zabiegów higienizacyjnych przeprowadzanych przez lekarza podstawowej opieki stomatologicznej mimo braku współpracy i nie-subordynacji pacjenta. Może świadczyć to również o wykształceniu się pewnej tolerancji względem takiego niepożądanego działania cyklosporyny.

Bezpośrednim powodem zgłoszenia się pacjenta do stomatologa były obecnie dolegliwości bólowe spowodowane brakiem leczenia zachowawczego i protetycznego zębów trzonowych żuchwy przez ponad 10 lat. Odpowiednio wczesne wdrożenie postępowania stomatologicznego pozwoliłoby na zachowanie bardzo istotnych dla układu stomatognatycznego trzonowców żuchwy, zwłaszcza że pacjent posiadał częściowo uzębienie antagonistyczne w szczęcie (uzębienie w przeciwstawnym łuku zębowym). Zęby trzonowe, poza miażdżeniem kęsów pokarmowych, odciążają również staw skroniowo-żuchwowy, zmniejszając tym samym częstość napadów migren i bólów głowy o niejasnej etiologii. Dokładne przeżuwanie kęsów pokarmowych jest bardzo ważne dla pacjenta, który przeszedł resekcję żołądka. Chory został poinformowany o konieczności niezwłocznego wykonania uzupełnień protetycznych, które pozwolą na odtworzenie funkcji utraconych zębów.

Opisany przypadek wskazuje na konieczność interdyscyplinarnej współpracy medycznej, nie tylko kardiop-

riodontologicznej, ale obejmującej inne dziedziny, m.in. przedstawione w tym artykule, zwłaszcza nefrologiczną opiekę potransplantacyjną. Możliwość wykluczenia zakażeń pochodzących z jamy ustnej radykalnie zmniejsza możliwość infekcji odogniskowej. Zakres współpracy jest często zmienny: chory zgłaszający się do lekarza kardiologa, nefrologa lub transplantologa wymaga konsultacji periodontologa, jak w opisanym przypadku, ale również pacjent periodontologiczny powinien mieć niejednokrotnie pogłębioną diagnostykę internistyczną. Przedstawiony przypadek miał również aspekt kardiologiczny – pacjent po OZW i po transplantacji nerek wydaje się szczególnie predysponowany do objęcia ścisłą wielodyscyplinarną opieką mającą na celu zmniejszenie ryzyka infekcji i przewlekłego procesu zapalnego.

Podziękowania

Autor dziękuje prof. dr. hab. med. Krzysztofowi J. Filipiakowi z I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za konsultację manuskryptu pracy.

Piśmiennictwo

1. Bonde MJ, Stokholm R, Isidor F, Schou S. Outcome of implant-supported single-tooth replacements performed by dental students. A 10-year clinical and radiographic retrospective study. *Eur J Oral Implantol* 2010; 3 (1): 37-46.
2. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs. peri-implantitis. *Periodontol* 2000 2010; 53: 167-81.
3. Dorn JM, Genco RJ, Grossi SG, Falkner KL, Hovey KM, Iacoviello L, Trevisan M. Periodontal disease and recurrent cardiovascular events in survivors of myocardial infarction (MI): the Western New York Acute MI Study. *J Periodontol* 2010; 81 (4): 502-511.
4. Monteiro AM, Jardim MA, Alves S, Giampaoli V, et al. Cardiovascular disease parameters in periodontitis. *J Periodontol* 2009; 80 (3): 378-88.
5. Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD, Genco R, et al. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009; 104 (1): 59-68.
6. Banach J, Dembowska E, Górka R, et al. *Praktyczna Periodontologia Kliniczna*. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
7. Konopka T. Zapalenia przyzębia a choroby ogólnoustrojowe – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współ* 2001; 8 (20): 12-19.
8. Tonetti MS. Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials. *J Clin Periodontol* 2009; 36 Suppl 10: 15-19.
9. Lang NP, Tan WC, Krähenmann MA, Zvahlen M. A systematic review of the effects of full-mouth debridement with and without antiseptics in patients with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (8 Suppl): 8-21.
10. Zaremba M, Górka R, Suwalski P, Czerniuk MR, Kowalski J. Periodontitis as a risk factor of coronary heart diseases? *Adv Med Sci* 2006; 51 Suppl 1: 34-39.
11. Seymour RA. Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009; 206 (10): 551-552.
12. Desvarieux M, Demmer RT, Jacobs DR Jr, et al. Periodontal bacteria and hypertension: the oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST). *J Hypertens* 2010; 28 (7): 1413-1421.
13. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G. Wpływ choroby przyzębia na intensywność i dynamikę odczynu zapalnego u chorych z ostrymi niewydolnościami wieńcowymi. *Dent Med Probl* 2002; 39: 1, 31-31.
14. Offenbacher S, Barros SP, Beck JD. Rethinking periodontal inflammation. *J Periodontol* 2008; 79 (8 Suppl): 1577-1584.
15. Czerniuk MR, Zaremba M. Zły stan higieny jamy ustnej jako ognisko infekcji – postępowanie u chorego obciążonego kardiologicznie. *Kardiologia po Dypl* 2009; 8 (5): 73-77.
16. Czerniuk MR. Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001; 16 (2): 26-29.
17. Czerniuk MR, Górka R, Filipiak KJ, Opolski G. Inflammatory Response to Acute Coronary Syndrome in Patients with Coexistent Periodontal Disease. *Journal of Periodontology* 2004, 75 (7): 1020-1026.
18. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G. Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW* 1999, C1, 5: 433-436.
19. Del Peloso Ribeiro E, Bittencourt S, Sallum EA, et al. Periodontal debridement as a therapeutic approach for severe chronic periodontitis: a clinical, microbiological and immunological study. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (9): 789-798.
20. Couper DJ, Beck JD, Falkner KL, et al. The Periodontitis and Vascular Events (PAVE) pilot study: recruitment, retention, and community care controls. *J Periodontol* 2008; 79 (1): 80-89.