



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

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W obecnym numerze przedstawiamy przypadek 63-letniej pacjentki, która trafiła do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ze skierowaniem od lekarza internisty w celu sanacji jamy ustnej.

Badanie podmiotowe wskazało na konieczność zakwalifikowania chorej do ścisłej grupy ryzyka sercowo-naczyniowego, a badanie przedmiotowe wykazało bardzo zły stan higieny jamy ustnej. Zastosowanie podstawowych procedur terapii chorób przyzębia w znacznym stopniu może zmniejszyć potencjalne ryzyko infekcji i wyeliminować wiele wspólnych kardiologiczno-periodontologicznych czynników patogennych.

Chcilibyśmy równocześnie złożyć serdeczne podziękowania na ręce prof. dr. hab. Krzysztofa J. Filipiaka z I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM za wieloletnią, bardzo owocną współpracę naukowo-kliniczną. Zapraszamy do lektury działu kardioperiologii.

Maciej R. Czerniuk

## Zły stan higieny jamy ustnej jako ognisko infekcji – jak postępować z pacjentem obciążonym nie tylko kardiologicznie?

Maciej R. Czerniuk

### Adres:

Zakład Chorób Błony Śluzowej  
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

## Wprowadzenie

Utrzymanie optymalnej higieny jamy ustnej w ciągu życia każdego człowieka jest najważniejszym czynnikiem zapobiegającym próchnicy zębów i chorobie przyzębia (ChPZ). W znacznym stopniu zależy ona od stopnia świadomości i zaangażowania pacjenta, jego umiejętności, znajomości metod oraz środków służących codziennym zabiegom pozwalającym utrzymać higienę jamy ustnej. W ramach podstawowej opieki stomatologicznej lekarz stomatolog powinien przekazywać znaczącą część wiedzy, dotyczącą wagi i konsekwencji niewłaściwej higieny jamy ustnej oraz indywidualnie dobrać najwłaściwszą metodę mycia zębów [1-11].

Obecnie w Polsce, w ramach usług gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) z zakresu zapobiegania i leczenia ChPZ, pacjenci otrzymują w ciągu roku możliwość skorzystania m.in. z zabiegu oczyszczenia (scaling) i polerowania (polishing) wszystkich zębów z kamienia oraz płytki i/lub biofilmu bakteryjnego wraz z płukaniem kieszonek przyzębnych (przestrzeni bezpośrednio otaczającej ząb) preparatami antyseptycznymi [12].

Postępowanie takie ma na celu zmniejszenie retencji i odkładania się biofilmu bakteryjnego, kontroli podstawowych parametrów periodontologicznych, takich jak: wskaźnik utraty przyczepu łącznotkankowego (clinical attachment loss, CAL), głębokość kieszonek przyzębnych (periodontal depth, PD), wskaźnik płytki (plaque index, PI), wskaźnik krwawienia (bleeding index, BI). Świadczą one o aktualnym stanie przyzębia, a przeprowadzane i zapisywane w karcie pacjenta podczas kolejnych wizyt o postępie lub regresji ChPZ. Wartości pomiarów bardzo ułatwiają kwalifikację pacjenta do leczenia przez lekarza periodontologa, a sposób ich przeprowadzania jest nauczany i wymagany od studentów oddziału stomatologii [1,13,14].

## Opis przypadku

Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WUM, w ramach ćwiczeń studentów V roku oddziału stomatologii, zgłosiła się 63-letnia pacjentka ze skierowaniem od lekarza internisty w celu sanacji jamy ustnej.

W wywiadzie stomatologicznym pacjentka podawała, że nie znajduje się pod stałą opieką stomatologiczną, nie była do tej pory leczona z powodu ChPZ – zabiegi profesjonalnego usunięcia płytki i kamienia nazębnego wykonywane były sporadycznie. Higiena stomatologiczna ograniczała się często do mycia zębów raz na dobę, a jak sama stwierdziła zdarzały się również odstępstwa od tej



RYCINA 1

Stan tkanek przyzębia w obrębie zuchwy od strony języka – widoczne złogi kamienia nazębnego/biofilmu bakteryjnego (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).

reguły. Od około 7 lat stosuje protezę górną, częściową, osiadającą, uzupełniającą brak w odcinku przednim zęba 11 (górny przedni prawy siekacz centralny), która sprawia trudności przy wyjmowaniu i wkładaniu oraz znacznie upośledza codzienną higienę jamy ustnej. Obecnie, jak podaje, od 3 lat nie pali tytoniu, w przeszłości przez około 35 lat paliła ok. 20 papierosów dziennie, istniał więc istotny, wspólny czynnik ryzyka dla ChPZ i choroby niedokrwiennej serca (ChNS) [15-21].

Chora była hospitalizowana na oddziale kardiologii na przełomie listopada i grudnia 2006 roku z rozpoznaniem – na podstawie przedstawionej karty informacyjnej leczenia szpitalnego – świeżego zawału serca ściany dolnej, tylnej i prawej komory, nieskutecznej próby udrożnienia zamkniętej prawej tętnicy wieńcowej, tętniaka rozwarstwiającego aorty zstępującej, przewlekłej niewydolności nerek. Z epikryzy dowiadujemy się, że u wówczas 60-letniej kobiety we wrześniu 2006 roku rozpoznano tętniak rozwarstwiający aorty zstępującej i z objawami świeżego zawału serca ściany dolnej i prawej komory została przyjęta na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK). Wykonano koronarografię, w której stwierdzono zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej. Próba udrożnienia naczynia nie powiodła się. W pierwszych dobach chora wymagała wlewu amin presyjnych. W ostrej fazie zawału w monitorowaniu obserwowano blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, który ustąpił samoistnie w kolejnych dobach. W badaniu echokardiograficznym serca stwierdzono akinezę ściany dolnej, tylnej i wolnej ściany prawej komory. W badaniach laboratoryjnych obserwowano podwyższone stężenie enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego. Miejsce wklucia do tętnicy promieniowej nie było powikłane krwiakiem, tętno na tętnicy było obecne. Przeprowadzono rehabilitację ruchową (etap szpitalny). W trakcie dalszej hospitalizacji chora nie zgłaszała dolegliwości wieńcowych, nie stwierdzano również cech jawnej niewydolności serca. Z rozpoznaniem tętniaka rozwarstwiającego aorty zstępującej została skierowana pod opiekę poradni naczyniowej. W stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. Zalecono dalsze leczenie w poradni kardiologicznej, oszczędzający tryb życia, unikanie wysiłku fizycznego, dietę ubogocholesterolową oraz systematyczne przyjmowanie leków: kwas acetylosalicylowy w dawce 75 mg raz na dobę, ramipril 5 mg – 2 × ½ tabl., metoprolol 50 mg – 2 × ¼ tabl., simwastatynę 40 mg raz na dobę wieczorem.

W dniu wizyty periodontologicznej chora nie zgłaszała dyskomfortu w klatce piersiowej, a ciśnienie tętnicze wynosiło 120/75 mm Hg.

W badaniu stomatologicznym przedmiotowym stwierdzono nieuzupełnione braki zębowe o typie mieszanym, zgorzelinowe korzenie zębów w szczęcie: korzeń 12 (prawy, górny, boczny siekacz), 24 (lewy, górny, pierwszy przedtrzonowiec) i w zuchwie: korzeń 45 (prawy, dolny, drugi przedtrzonowiec), liczne ogniska próchnicy, występowanie biofilmu bakteryjnego i dużych rozmiarów kamienia nazębnego w obrębie wszystkich zębów i korzeni zgorzelinowych (ryc. 1-4).

Ze względu na zakwalifikowanie pacjentki do grupy ryzyka na pierwszej wizycie oprócz zebrania wywiadu dokonano tylko pomiaru wskaźnika płytki (i/lub kamienia nazębnego), które jest badaniem nieinwazyjnym, niewywołującym krwawienia tkanek przyzębia. Wartość tego parametru periodontologicznego wynosiła 100%. Przeprowadzono instruktaż higieny, polecając stosowanie szczoteczki miękkiej. W celu dalszej diagnostyki chorobą skierowano na badanie radiologiczne – zdjęcie przeglądowe pantomograficzne szczęk, a także poproszono o konsultację kardiologiczną.

Pacjentka zgłosiła się w następnym tygodniu z pisemnym zaświadczeniem od lekarza kardiologa zezwalającym na zabieg sanacji jamy ustnej w warunkach ambulatoryjnych. Dostarczyła również zlecone zdjęcie radiologiczne. Ponieważ kardiolog nie określił rodzaju antybiotykoterapii osłonowej, zdecydowaliśmy się włączyć leczenie preparatem klindamycyny w dawce 0,3 g stosowanej 3 razy na dobę przez 7 dni, a także chemioterapeutyku – metronidazolu 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 parametry, tj. pomiar utraty przyczepu łącznotkankowego i głębokości kieszonek przyzębnych ze względu na obfite złoże kamienia nazębnego, na tym etapie nie były możliwe do wykonania. Na podstawie dostarczonego zdjęcia pantomograficzne zlecono konsultację endodontyczną i wstępnie zęby: 22 (boczny, lewy, górny siekacz) i 23 (kieł górny, lewy), zakwalifikowano do leczenia endodontycznego (kanałowego). Ząb 21 (lewy, górny siekacz centralny) zaopatrzone wkładem koronowo-korzeniowym i koroną akrylową, która w dniu wizyty była odcementowana.

W ramach znieczulenia nasiękowego podano 4 ampułki 1,7 ml (7 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy z chlorowodorkiem epinefryny w obrębie szczęki i żuchwy. 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 (polishing), aby zmniejszyć ponowną potencjalną retencję i odkładanie się biofilmu bakteryjnego. Pacjentka odmówiła sanacji jamy ustnej (ekstrakcje zgorzelinowych korzeni), zapewniając, że wykona je we własnym zakresie. Koronę akrylową na zębie 21 zacementowano, stosując cement tymczasowy. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym zwolniono do domu z zaleceniem zachowania stosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego (jak wyżej), dodatkowo zaś włączono środek przeciwbólowy (kwas mefenamowy 3 razy na dobę w razie bólu) i przeciwobrzękowy (wyciąg z kasztanowca 4 razy na dobę po 3 tabl.). Zlecono płukanie roztworem antyseptyku (0,2% roztwór chlorheksydyny). Kontrolę wyznaczono na dzień następny (ryc. 5-8).

Doba po zabiegu przebiegała bez powikłań. Zakończono pomiary dwóch parametrów periodontologicznych – do tej pory niemożliwych do wykonania, dodatkowo



**RYCINA 2**

Stan tkanek przyzębia w obrębie żuchwy od strony przedsionka – widoczne złoże kamienia nazębnego/biofilmu bakteryjnego (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 3**

Stan tkanek przyzębia w obrębie szczęki od strony przedsionka – widoczne złoże kamienia nazębnego/biofilmu bakteryjnego i stan zapalny dziąsła brzożnego (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 4**

Stan tkanek przyzębia w obrębie szczęki od strony podniebienia – widoczne złoże kamienia nazębnego/biofilmu bakteryjnego oraz uzupełnienie protetyczne częściowe, ruchome (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).





**RYCINA 5**

Zdjęcie pantomograficzne szczęk (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 8**

Stan bezpośrednio po zdjęciu kamienia w zuchwie – od strony języka (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 6**

Złogi kamienia pochodzące z zębów zuchwy (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 9**

Stan po 24 godzinach od zdjęcia kamienia – zuchwa i szczeka (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).



**RYCINA 7**

Stan bezpośrednio po zdjęciu kamienia w zuchwie (fotografia ze zbiorów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM – dr n. med. M.R. Czerniuk).

przeplukano kieszonki przyzębne roztworem 3% wody utlenionej (ryc. 9).

Pacjentka ze względu na zaawansowany, przewlekły i uogólniony stan choroby przyzębia pozostaje pod opieką zakładu.

## Omówienie

Opisany przypadek pacjentki z grupy ryzyka sercowo-naczyniowego, z bardzo złym stanem higieny jamy ustnej, który wyrażał się w wysokich wartościach wszystkich zmierzonych parametrów periodontologicznych, potencjalnie może okazać się dodatkowym źródłem zakażenia bakteryjnego. Potwierdza to opinię, że chory z czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i nerkowych powinien być zawsze zbadany przez stomatologa, a w wielu przypadkach specjalistę periodontologa.

Pacjentkę skierowano do zabiegu sanacji jamy ustnej ze względu na potencjalne wskazania do rozważenia zabiegu operacyjnego związanego z obecnością tętniaka rozwar-

stwającego aorty zstępującej. Co prawda obraz tętniaka – jak wynikało z relacji chorej – nie wskazywał na cechy ostrego rozwarstwienia (rozwarstwienie przebyte zapewne uprzednio), chorą zakwalifikowano do ponownej oceny klinicznej po wykonaniu badania tomografii komputerowej klatki piersiowej miesiąc po zakończeniu hospitalizacji. Skierowano ją również do stomatologa. Niestety, chora odmówiła dokończenia zabiegów sanacji jamy ustnej. Opisywany przypadek ma na celu przedstawienie kolegom kardiologom zasad racjonalnej konsultacji stomatologicznej chorej potencjalnie przygotowywanej do zabiegów sercowo-naczyniowych podwyższonego ryzyka.

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

## Piśmiennictwo:

1. Banach J, Dembowska E, Górka R, et al.: Praktyczna Periodontologia Kliniczna. Wydawnictwo Kwintesencja 2004.
2. Genco RJ: Current View of Risk Factors for Periodontal Diseases. *J Periodontol* 1996, 67 (Suppl.): 1041-1049.
3. Konopka T: Zapalenia przyzębia a choroby ogólnoustrojowe – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współczesna* 2001, vol. 8, nr 2, 12-19.
4. Pilot T: The Periodontal Disease Problem. A Comparison between Industrialised and Developing Countries. *Int Dent J* 1998, 48: 221-232.
5. Cronin AJ, Claffey N, Stassen LF: Who is at risk? Periodontal disease risk analysis made accessible for the general dental practitioner. *Br Dent J* 2008 9, 205 (3): 131-7. Review.
6. Persson GR: What has ageing to do with periodontal health and disease? *Int Dent J* 2006, 56 (4 Suppl 1): 240-9. Review.
7. Offenbacher S: Commentary: clinical implications of periodontal disease assessments using probing depth and bleeding on probing to measure the status of the periodontal-biofilm interface. *J Int Acad Periodontol* 2005, 7 (4 Suppl): 157-61.

Ciąg dalszy ze str. 89

było pośrednie prawdopodobieństwo istotnego zwężenia (lub nawrotu zwężenia) tętnic wieńcowych (przy niejednoznacznym lub niediagnostycznym wyniku testu obciążeniowego) lub ocena morfologii i funkcji serca u osób z niedawno stwierdzoną niewydolnością serca w celu określenia jej etiologii. Wynik badania WTK (najczęściej w połączeniu z badaniem koronarograficznym) stanowił uzupełnienie, czasami ukoronowanie przeprowadzonej diagnostyki, kierunkował dalsze postępowanie i niekie-

8. Van Dyke TE: Control of inflammation and periodontitis. *Periodontol 2000* 2007, 45: 158-66. Review.
9. Offenbacher S, Barros SP, Singer RE, et al.: Periodontal disease at the biofilm-gingival interface. *J Periodontol* 2007, 78 (10): 1911-1925.
10. Offenbacher S, Barros SP, Beck JD: Rethinking periodontal inflammation. *J Periodontol* 2008, 79 (8 Suppl): 1577-84. Review.
11. Seymour RA: Is gum disease killing your patient? *Br Dent J* 2009 May 23, 206 (10): 551-552.
12. Na podstawie strony internetowej: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)
13. 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 Sep, 35 (8 Suppl): 8-21. Review.
14. Del Peloso Ribeiro E, Bittencourt S, Sallum EA, Nociti FH Jr, Gonçalves RB, Casati MZ: Periodontal debridement as a therapeutic approach for severe chronic periodontitis: a clinical, microbiological and immunological study. *J Clin Periodontol* 2008 Sep, 35 (9): 789-98.
15. Czerniuk MR, Zaremba M: Zły stan higieny jamy ustnej jako ognisko infekcji-postępowanie u chorego obciążonego kardiologicznie. *Kardiologia po Dyplomie* 2009, Tom 8, Nr 5: 73-77.
16. Czerniuk MR, Filipiak KJ, Górka R, Opolski G: Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *PAMW* 1999, C1, 5: 433-436.
17. Czerniuk MR: Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *Nowa Stomatologia* 2001, 16, 2: 26-29.
18. 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.
19. Czerniuk MR, Górka R, Filipiak KJ, Opolski G: Inflammatory Response to Acute Coronary Syndrome in Patients with Coexistent Periodontal Disease. *Journal of Periodontology* 2004, Vol.75. nr.7: 1020-1026.
20. Gamonal JA, Lopez NJ, Arendt W: Periodontal Conditions and Treatment Needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 Year-Old Population in Santiago, Chile. *Int Dent J*, 1998, 48: 96-103.
21. Zaremba M, Górka R: Choroba przyzębia jako potencjalny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiol Pol* 2008, 66: 1102-1106.

dy istotnie wpływał na dalsze decyzje terapeutyczne. Należy zaznaczyć, że są to wstępne doświadczenia ośrodka początkującego w obrazowaniu serca metodą WTK. Mamy nadzieję, że w przyszłości badanie WTK splotu żył płucnych i żył serca przed planowanymi zabiegami ablacji lub implantacji stymulatorów resynchronizujących, obrazowanie aorty i naczyń płucnych oraz nowotworów i skrzeplin serca stanie się cennym uzupełnieniem diagnostyki kardiologicznej w naszym ośrodku.