

Wybrane elementy wspomagającego leczenia chorób przyzębia

Selected Methods Supporting Periodontal Disease Treatment

dr n. med. Wojciech Bednarz

PRACA RECENZOWANA

Słowa kluczowe:

choroba przyzębia,
płytką bakteryjną,
płyny do płukania
jamy ustnej

Key words:

periodontal disease,
dental plaque,
mouthrinses

Streszczenie:

Głównym czynnikiem etiologicznym chorób przyzębia jest płytką bakteryjną. Podstawowym celem terapii periodontologicznej w chorobach przyzębia jest jej eliminacja i jednoczesne zapobieganie ponownej kolonizacji powierzchni zębów przez płytkę. Mechaniczne metody usuwania płytki bakteryjnej są wysoce niewystarczające. Dlatego też nieodzownym elementem kontroli płytki bakteryjnej jest jej chemiczne usuwanie przy zastosowaniu między innymi płukanek stomatologicznych.

Summary:

Dental plaque is the major factor of periodontal diseases. The main goal of periodontal therapy (treatment) in periodontal diseases is an elimination of dental plaque and a prevention of plaque build-up on teeth surface. Mechanical removal of dental plaque is highly insufficient. Therefore, chemical removal of plaque using mouthrinses (among others) is a necessary procedure to eliminate the plaque build-up from teeth surface.

Konieczność ścisłej współpracy pacjenta z lekarzem stomatologiem jest nieodłącznym elementem każdego procesu profilaktyczno-leczniczego. Szczególnie w przypadkach chorób przyzębia trudno sobie wyobrazić sytuację, w której tylko lekarz brałby odpowiedzialność za leczenie. Biorąc pod uwagę to, że głównym czynnikiem etiologicznym chorób przyzębia jest płytką bakteryjną, należy dążyć do jej eliminacji i jednocześnie zapobiegać ponownej kolonizacji powierzchni zębów przez płytkę. Ten podstawowy cel terapii periodontologicznej może zo-

stać osiągnięty wyłącznie w wyniku wspólnych działań lekarza i chorego. Od momentu pierwszej wizyty, kiedy po badaniu przedmiotowym i podmiotowym zostanie postawiona diagnoza, powinno się dążyć do pozyskania świadomości pacjenta i odpowiedniego umotywowania go do podjęcia wspólnej walki o poprawę zdrowia jamy ustnej. Rolą lekarza jest klarowne przedstawienie problemu, wytłumaczenie mechanizmu choroby, ustalenie planu leczenia z uwzględnieniem różnych jego faz, a zwłaszcza długoterminowej fazy podtrzymującej oraz wskazanie na ogromne zadania, które w procesie leczenia przypadną pacjentowi. Te zadania to systematyczne zgłaszanie się na wyznaczone wizyty, dokładne stosowanie się do zaleceń dotyczących domowych zabiegów higieny jamy ustnej, w odpowiednim czasie wymiana zużytych przyborów na nowe oraz informowanie o ewentualnym zaostrzeniu objawów chorobowych.

We wstępnym etapie leczenia stomatologicznego czyli higienizacyjnym, po doborze odpowiednich przyborów, wykonywane są instruktaże higieny jamy ustnej oraz profesjonalne usuwanie miękkiej płytki i kamienia nazębnego. Mechaniczne metody usuwania płytki bakteryjnej obejmujące szczotkowanie zębów i oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych przy użyciu dodatkowych urządzeń (głównie nici dentystycznych) są wysoce niewystarczające. Dlatego też nieodzownym elementem kontroli płytki bakteryjnej jest jej chemiczne usuwanie przy zastosowaniu proszków, past i żeli do zębów oraz płukanek stomatologicznych. W powszechnym pojęciu pasty są jakby obligatoryjnie przypisane szczoteczce do zębów i związane ściśle z mechaniczną eliminacją płytki, stanowią jednak formę oddziaływania chemicznego. W przypadku występowania choroby przyzębia istotnym jest więc

Wojciech Bednarz

jest specjalistą
periodontologiem,
członkiem Sekcji
Polskiej Akademii
Pierre Foucharda,
prezesem Oddziału
PTS w Krośnie

wyбір odpowiedniej pasty zawierającej substancje czynnie zwalczające patogenne mikroorganizmy. Płyny do płukania stanowią uzupełnienie domowej higieny jamy ustnej i stosowane w odpowiednim momencie rozwoju choroby przyzębia mogą odegrać wielką rolę w jej leczeniu. Należy jednak pamiętać, by substancje chemiczne czynne wchodzące w skład kilku jednocześnie stosowanych preparatów nie działały wobec siebie w sposób antagonistyczny, jak na przykład dzieje się w przypadku chlorheksydyny inhibowanej przez jony wapniowe. Firmy farmaceutyczne zalecają używanie produktów jednego producenta, co poza oczywistymi względami ma zapobiegać między innymi wyżej wymienionej sytuacji.

Leczenie wspomagające chorób przyzębia w formie chemioterapii może być prowadzone miejscowo i ogólnie

Leczenie wspomagające chorób przyzębia w formie chemioterapii może być prowadzone miejscowo i ogólnie. Wskazania do zastosowania farmakoterapii ogólnoustrojowej polegającej na podaniu antybiotyku są bardzo wąskie, ograniczone do kilku sytuacji. Antybiotyk powinien być zastosowany w leczeniu agresywnej postaci choroby przyzębia, martwiczo-wrzodziejącego zapalenia dziąseł lub przyzębia, ropnia przyzębnego, zapalenia przyzębia w przebiegu chorób ogólnoustrojowych oraz u pacjentów wymagających takiej profilaktyki ze względu na podwyższone ryzyko wystąpienia, np. zapalenia wsierdza wskutek pozabiegowej bakteriemii. Dla większości stanów zapalnych przyzębia charakterystyczny jest mieszany skład patogennej flory bakteryjnej z przewagą beztlenowców względnych i bezwzględnych. Przed wyborem antybiotyku należy się kierować przede wszystkim jego skutecznym, najlepiej bójczym działaniem w stosunku do drobnoustrojów chorobotwórczych i małymi reakcjami niekorzystnymi dla organizmu. Powinien on osiągać wysokie stężenie w miejscu infekcji, czyli w kieszonce dziąsłowej i kości wyrostka zębodołowego. Do antybiotyków, które są zalecane do stosowania w uzasadnionych przypadkach chorób przyzębia, należy zaliczyć amoksycylinę z kwasem klawulanowym (Augmentin), ampicylinę z sulbaktamem, metronidazol, tynidazol, tetracykliny i klindamycynę (Dalacin C). Szczególnie godne polecenia jest

W przypadku nadwrażliwości na penicyliny lub metronidazol, zastosowanie klindamycyny jest rozwiązaniem z wyboru

połączenie amoksycyliny z metronidazolem oraz klindamycyna. Spektrum ich działania jest bardzo szerokie, a skuteczność bakteriobójcza względem beztlenowców bardzo wysoka. Działanie penicyliny na ścianę komórkową bakterii i metronidazolu na syntezę bakteryjnego DNA, a także uzupełniające się spektrum czynią to zestawienie wyjątkowo skuteczne. W chorobie przyzębia, gdy są wskazania, powinno się podawać amoksycylinę 1,5–2,0 g dziennie w 2–3 dawkach podzielonych oraz metronidazol 0,75–1,0 g 2–3 razy na dobę. W profilaktyce bakteryjnego zapalenia wsierdza stosuje się przede wszystkim amoksycylinę w dawce 2,0 g na 1 godz. przed zabiegiem chirurgicznym w jamie ustnej. W przypadku nadwrażliwości na penicyliny lub metronidazol zastosowanie klindamycyny jest rozwiązaniem z wyboru. Półsyntetyczny preparat klindamycyny – Dalacin C, oprócz dużej koncentracji w tkance kostnej, gdzie hamuje syntezę białka bakteryjnego, dodatkowo stymuluje odporność typu komórkowego gospodarza. Dzienna dawka u dorosłego pomocniczo w chorobie przyzębia wynosi 0,6–1,8 g, przeważnie 0,9–1,2 g w 3–4 dawkach podzielonych. Zapobiegawczo u pacjentów podwyższonego ryzyka 0,6 g na 1 godzinę przed zabiegiem.

Chemioterapia miejscowa jest bardzo chętnie wykorzystywana we wspomagającym leczeniu chorób przyzębia. Wymaga jednak zastosowania nośnika, który pozwoliłby utrzymać optymalne stężenie lecznicze substancji czynnej w kieszonce dziąsłowej w przedłużonym okresie czasu. Spośród preparatów antibakteryjnych w postaci depot do miejscowego użycia w chorobach przyzębia, należy wymienić 10% doksycylinę (Atridox), 25% żel benzoesanu metronidazolu (Elyzol), syntetyczne włókna polimerowe nasączone 25% roztworem chlorowodoru tetracykliny (Actisite) oraz zawierające 2,5 mg chlorheksydyny żelatynowe saszetki (PerioChip). Dostępność do tych preparatów na polskim rynku jest bardzo ograniczona. Dlatego najczęściej używaną formą leku wspomagającego standardowe postępowanie w chorobach przyzębia jest roztwór do płukania.

Miejscowo działający chemioterapeutyk występujący pod postacią płynu do płukania jamy

ustnej powinien działać bakteriostatycznie lub bakteriobójczo, zapobiegać powstawaniu złożeń nazębnych nad- i poddziąsłowych, łatwo docierać do miejsc kolonizacji bakterii, charakteryzować się szybkim rozpoczęciem działania i przedłużonym czasem skuteczności, być bezpieczny i łatwy w stosowaniu, przyjemny organoleptycznie i przyjazny dla kieszeni pacjenta.

Płyny do płukania jamy ustnej znajdują zastosowanie we wstępnej fazie leczenia

Płyny do płukania jamy ustnej znajdują zastosowanie we wstępnej fazie leczenia, kiedy to w znaczny sposób wspomagają jeszcze nie całkiem skuteczne domowe metody oczyszczania zębów, najczęściej przez okres 4–6 tygodni. Przed wykonaniem profesjonalnych zabiegów eliminujących złoże nazębne zaleca się pacjentom płukanie jamy ustnej przez 1–2 minut roztworem antyseptycznym lub poddziąsłową irygację. Takie postępowanie jest wskazane przed zabiegami chirurgicznymi w jamie ustnej, a u pacjentów wymagających szczególnej ochrony przed bakteriami nawet przed badaniem klinicznym przyzębia. Badania licznych autorów udowodniły, że takie działanie prowadzi do korzystnej redukcji liczby drobnoustrojów jamy ustnej, zmniejszając do minimum ryzyko powikłań pozabiegowych. Ze względu na tworzenie bakteryjnych aerozoli w trakcie manipulacji zabiegowych w jamie ustnej może dochodzić także do przenoszenia infekcji i zakażeń krzyżowych na członków zespołu stomatologicznego. Przedzabiegowe płukanie lub irygacja płynem do płukania jamy ustnej odgrywa wielką rolę w ograniczaniu takiego ryzyka.

W okresie pozabiegowym, w ciągu pierwszych dwóch dni, pacjenci powinni wstrzymać się od mechanicznego oczyszczania zębów i zastąpić czynności higieniczne trzykrotnym w ciągu dnia płukaniem jamy ustnej roztworem antyseptycznym. Począwszy od trzeciego dnia po interwencji chirurgicznej winni przywrócić szczotkowanie zębów szczotką o bardzo miękkim włosiu. Przez 2 tygodnie nie mogą stosować nici dentystycznych w miejscach korygowanych chirurgicznie. Płukanie roztworem antyseptycznym powinno być utrzymane przez co najmniej 3, a najlepiej 4

tygodnie od zabiegu. Także profesjonalna kontrola płytki ma szczególne znaczenie w pierwszych tygodniach po zabiegach chirurgicznych, kiedy to notowany jest wzrost wartości wskaźników higieny i dziąsłowych. Profesjonalne usuwanie płytki bakteryjnej należy jednak przeprowadzać nie wcześniej niż po upływie 2 tygodni od zabiegu i to w bardzo ostrożny sposób, z zastosowaniem płukania antyseptykiem jamy ustnej przed planowanymi manipulacjami.

W badaniach własnych dotyczących pokrywania recesji dziąsłowych metodą dokoronowego przemieszczenia płata mostkowego wg Marggrafa (DLBF) oraz metodą DLBF z jednoczasowym autogennym przeszczepem dziąsłowym z podniebienia (FGG) w obu grupach 4 tygodnie po zabiegach obserwowano wzrost średnich wartości wskaźnika płytki PII i wskaźnika krwawienia z kieszonki dziąsłowej SBI przy zębach poddawanych zabiegom. Tłumaczono to większą ostrożnością pacjenta w trakcie czynności związanych z higieną jamy ustnej. Obawa o uszkodzenie operowanych tkanek przyzębia powodowała często zaniechanie używania nici dentystycznych i nieskuteczne szczotkowanie zębów z „oszczędzaniem” okolicy przydziąsłowej. Pacjenci niejednokrotnie podawali zmniejszenie częstotliwości wykonywanych zabiegów higienicznych lub ich zastąpienie chemiczną kontrolą płytki z użyciem płukanek. Wnikliwa rozmowa na kolejnych wizytach kontrolnych, remotywuująca do przywrócenia właściwych procedur higienicznych, profesjonalne usuwanie płytki nazębnej oraz starania samych pacjentów skutkowały szybkim i trwałym zlikwidowaniem miejscowych stanów zapalnych dziąsła. W ciągu rocznej obserwacji nie wykazano znamienych statystycznie różnic pomiędzy leczonymi grupami w zakresie parametrów oceniających poziom higieny jamy ustnej i stan dziąseł. Świadczy to o tym, że rodzaj wykonanego zabiegu nie miał wpływu na średnie wartości tych wskaźników. Podobnie spadek średnich wartości wskaźnika PII i SBI po 12 miesiącach obserwacji nie był skutkiem przeprowadzonych zabiegów, ale konsekwencją wzmoczonej opieki higienizacyjnej i rzetelnie wykonywanych przez pacjenta zaleceń w tym zakresie, także z uwzględnieniem stosowania płukanek antyseptycznych. Utrzymanie odpowiedniego standardu higienicznego ma warunkować prawidłowy przebieg gojenia pozabie-

gowego i jednocześnie zapobiegać zaostrzeniom choroby przyzębia.

Liczne badania dowodzą jednak, że w ciągu 1 roku od intensywnego postępowania terapeutycznego związanego z leczeniem noworozpoznanej choroby przyzębia lub jej zaostrzenia u większości pacjentów spadała skuteczność zabiegów higienicznych, głównie wskutek niekonsekwencji i niesystematyczności, a nie z powodu braku umiejętności. Dlatego w fazie podtrzymującej uzyskane wyniki leczenia miejscowe stosowanie chemioterapeutyków w postaci roztworów do płukania może w zasadniczy sposób podnieść poziom kontroli płytki nazębnej. Należy w tym miejscu jedynie podkreślić, że po 4-6 tygodniowym okresie stosowania płukanek pacjenci powinni odstawić płyny na podobny do ich stosowania czas lub powracać do przepłukiwania jamy ustnej w chwili zaostrzania się choroby przyzębia, czego zauważalnym objawem jest występowanie krwawienia z dziąseł. Powinien to być sygnał nie tylko do ponownego wykonywania płukań, ale przede wszystkim do zintensyfikowania i poprawy skuteczności domowych zabiegów higienicznych. Jeżeli jednak po upływie 2-3 dni objawy nie wycofają się, pacjent obowiązany jest zgłosić się o pomoc do swojego stomatologa.

Płukanie jamy ustnej tradycyjną metodą może nie gwarantować osiągnięcia przez substancje aktywne zapalnię zmienionych tkanek przyzębia. Użycie natomiast irygatora jamy ustnej, dzięki zwiększonemu ciśnieniu, pozwala na dotarcie leku do miejsc infekcji i uzyskanie bezpośredniego kontaktu z patogenami przyzębia tworzącymi poddziąsłową płytkę bakteryjną. Liczne badania mikrobiologiczne dowodzą, że irygacje z zastosowaniem płynów do płukania jamy ustnej w znaczący statystycznie sposób redukowały ilościowo poddziąsłową florę bakteryjną.

Miejscowe stosowanie płynów do płukania jamy ustnej, poza omówionymi, ma zastosowanie w szczególnych okolicznościach, a mianowicie: po urazach twarzoczaszki w przypadku stosowania wyciągów międzyszczękowych, podczas leczenia aparatami stałymi, u pacjentów leczonych implantoprotetycznie oraz u osób upośledzonych i niepełnosprawnych mających trudności manualne z oczyszczaniem zębów. Ich użycie jest rozwiązaniem z wyboru w przypadku bolesnych zmian w tkankach przyzębia i błony śluzowej

jamy ustnej typu nadżerkowego, wrzodziejącego, pęcherzykowego itp. Wreszcie płyny do płukania jamy ustnej są wykorzystywane do likwidacji przykrego zapachu z ust poprzez redukcję liczby bakterii szczególnie zań odpowiedzialnych, w połączeniu z profesjonalnymi i domowymi zabiegami eliminacji płytki nazębnej i bakterii bytujących na języku.

Najdłużej stosowanym, najlepiej poznanym i najskuteczniejszym antyseptykiem jamy ustnej jest chlorheksydyna

Najdłużej stosowanym, najlepiej poznanym i najskuteczniejszym antyseptykiem jamy ustnej jest chlorheksydyna. Wykazuje skuteczność antibakteryjną, przeciwrzybiczą, przeciwpierwotniakową i przeciw niektórym wirusom. Najczęściej występuje jako dwuglukonian, octan lub chlorowodorek w rozcieńczeniu 0,1-0,3%. W piśmiennictwie można spotkać się z różnymi zalecanymi do stosowania stężeniami. Najnowsze badania wskazują, że antyseptyczne działanie chlorheksydyny jest zależne od użytej dawki, która powinna wynosić 0,01-0,02g na dobę, co odpowiada dwukrotnemu w ciągu dnia płukaniu jamy ustnej 0,1% roztworem. W wyższych stężeniach chlorheksydyna w krótkim okresie doprowadza do powstania nieprzyjemnych dla pacjenta zjawisk: przebarwień wypełnień i powstawania ciemnych osadów nazębnych, zaburzeń odczuwania smaku, pojawienia się czarnego rogowacenia brodawek języka. Dlatego też stężenie 0,1% zdaje się stanowić idealne rozwiązanie godzące skuteczność działania i tolerancję przez organizm. Chlorheksydyna uszkadza błonę

komórkową drobnoustrojów, a ze względu na swój kationowy charakter wiążąc się z bakteriami oraz powierzchnią zębów i tkanek miękkich jamy ustnej, upośledza ich zdolność przyczepiania się do nich, hamując w ten sposób kolonizację płytki nazębnej. Łączenie się bisbiguanidów, do których należy chlorheksydyna, z tkankami jamy ustnej jest odwracalne, a efekt ten trwa do kilkunastu godzin po zastosowaniu. Dodatki różnych związków, np. nadtlenku wodoru mają wzmacniać działanie chlorheksydyny.



Autor u swoich pacjentów stosuje 3 chlorheksydynowe płyny do płukania jamy ustnej oraz płyn zawierający olejki aromatyczne (Listeryna). Bezpośrednio przed zabiegami chirurgicznymi pacjenci płuczą jamę ustną preparatem Skinsept oral (Henkel Ecolab). Płukanka jest alkoholowym roztworem 0,2% diglukonianu chlorheksydyny i 0,5% nadtlenu wodoru, gotowym do użycia w ilości 10-15 ml przez czas 1 minuty. Przed zabiegami scalingu ultradźwiękowego zastosowanie ma płukanka na bazie alkoholu 0,1% dwuglukonianu chlorheksydyny – Eludril (Pierre Fabre Medicament). W jej skład wchodzi także 0,5% chlorbutanol, który ma wywoływać dodatkowo efekt znieczulający. Przed użyciem 15 ml Eludrilu rozcieńcza się ciepłą wodą do oznaczonego na miarce poziomu i tak przygotowanym płynem płucze jamę ustną przez czas 1-2 minut. Płukanka bezalkoholowa Paroex (Butler) ma zastosowanie u dzieci i młodzieży oraz u osób dorosłych, u których użycie płukanki na bazie alkoholowej jest przeciwwskazane, np. u alkoholików w trakcie leczenia odwykowego. Jest przyjemna smakowo, a substancją słodzącą użytą w recepturze jest sorbitol. Dwuglukonian chlorheksydyny ma stężenie 0,12%. Preparat stosuje się w formie nierozcieńczonej w ilości 10-15 ml do płukania jamy ustnej przez minimum 30 sekund lub po rozcieńczeniu z wodą w stosunku 1:5 do irygacji poddziąsłowych. Porównawcze badania skuteczności antyseptycznej płukanek chlorheksydynowych, których podłożem jest alkohol, i bezalkoholowych nie wykazały istotnie statystycznych różnic. Eludril i Paroex są płynami, które są zalecane do domowego używania.

Również Listeryna (Pfizer) jest skutecznym chemioterapeutycznym używanym do miejscowego stosowania w jamie ustnej. W skład tej alkoholowej płukanki wchodzi cztery olejki aromatyczne będące substancjami aktywnymi: tymol 0,064%, olejek eukaliptusowy 0,092%, salicylan metylu 0,06% i mentol 0,042%. Mechanizm ich działania polega na uszkodzeniu ściany komórkowej i hamowaniu układu enzymatycznego bakterii i jednoczesnym przenikaniu w głąb biofilmu płytki nazębnej. Uniemożliwiają one przyłączanie się następnych bakterii do pionierskich ziarniaków, przez co hamują

Również Listeryna (Pfizer) jest skutecznym chemioterapeutycznym używanym do miejscowego stosowania w jamie ustnej



tworzenie i zaburzają funkcjonowanie błony biologicznej płytki. Spektrum działania antyseptycznego Listeryny jest szerokie, czas działania przedłużony do kilkunastu godzin, ale skuteczność eliminacji płytki bakteryjnej i redukcji stanu zapalnego działań jest mniejsza niż po zastosowaniu płynu z chlorheksydyną. Natomiast Listerynę można używać przez dłuższy czas bez ujemnych skutków mikrobiologicznych i niepożądanych skutków ubocznych, jak można to zaobserwować w przypadku płukanek chlorheksydynowych. Przy stosowaniu Listeryny nie wystąpi także konflikt ze składnikami past do zębów, gdyż nie działają one antagonistycznie w stosunku do olejków aromatycznych i można płukać jamę ustną przed lub bezpośrednio po oczyszczaniu zębów. Ze względu na swoje walory Listeryna jest chętnie wykorzystywana w fazie podtrzymującej leczenie chorób przyzębia.

Podsumowując, należy z satysfakcją stwierdzić, że obecnie na rynku znajduje się kilkanaście płynów do płukania jamy ustnej w przystępnej cenie i że są łatwo dostępne w każdej aptece. Dobre konkretnego preparatu jednak nie powinien odbywać się na szybko przed aptecznym okienkiem, lecz po wnikliwej analizie stanu przyzębia pacjenta w gabinecie stomatologicznym, gdzie również powinien być ustalony sposób stosowania i jego czas. Determinuje to konieczność poznania przez lekarzy mechanizmów działania, zakresu i sposobów aplikacji preparatów do wspomagającej terapii chorób przyzębia, ze szczególnym uwzględnieniem płynów do płukania jamy ustnej. Niniejszy artykuł stanowi nieśmiałą próbę przybliżenia tego tematu.

Wojciech Bednarz
Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna
w Gorlicach