

ПРОФИЛАКСАТА И МЕНЏМЕНТОТ НА ОРАЛНИТЕ ФОКАЛНИ ИНФЕКЦИИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО РИЗИК (приказ на случаи)

Георгиева С., Накова М.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на устата и пародонтот

Новите истражувања ја детерминираа врската меѓу оралните инфекции и системските нарушувања во организмот.

Укажуваат на заемно влијание, чии последици се компромитирање на општото и на оралното здравје и пораст на морбидитетот и морталитетот.

За надминување на ваквата состојба кај пациентите со компромитирана здравствена состојба неопходни се соодветна терапија и профилакса на оралните инфекции, кои би можеле да дејствуваат како фокус.

Во тој контекст, во стоматолошките ординации овие пациенти треба да добијат третман кој ќе носи најмал ризик по нивното здравје.

Затоа стоматолозите треба да ги следат, почитуваат и да ги применуваат клиничките доктринарни ставови, кои ја опсервираат оваа проблематика.

На тој начин стоматолошката професија кај пациентите со ризик ја исполнува хуманата димензија т.е. партиципација во подизнувањето на квалитетот на нивното живеење и придонесува за економската продуктивност во општеството.

Клучни зборови: орални фокални инфекции; хендикепирани; орално здравје

Новите истражувања ја детерминираа врската меѓу оралните инфекции и системските нарушувања во организмот.

Укажуваат на заемно влијание чии последици се: компромитирање на општото и на оралното здравје и пораст на морбидитетот и морталитетот.

Кај пациентите со компромитирана здравствена состојба за нејзино надминување е неопходна соодветна терапија и профилакса на оралните инфекции, кои би можеле да дејствуваат како фокус.

Во тој контекст, во стоматолошките ординации овие пациенти треба да добијат третман кој ќе носи најмал ризик по нивното здравје.

Затоа стоматолозите треба да ги следат, почитуваат и да ги применуваат клиничките доктринарни ставови, кои ја опсервираат оваа проблематика.

Цел на овој труд е: стратегија во профилакса и во менџментот на оралните инфекции суспектни за фокус кај пациенти со ризик.

Материјал и метод

За реализирање на поставената цел клинички, рендгенолошки и лабораториски беа проследени три пациенти со ризик, категоризирани во три ризични категории: висока, умерена и ниско ризична категорија. Категоризацијата е направена во согласност со имунолошката нарушеност на општото здравје според препораките на Американската асоцијација за срцеви заболувања (American Heart Association).

За успешна профилакса и менаџмент на оралните инфекции, суспектни за фокус, кај овие пациенти беше спроведена дијагностичка постапка за идентификација на орофацијалните инфекции, која вклучи:

- Медицинска анамнеза (основни клинички симптоми на системското заболување)
- Стоматолошка анамнеза (клинички симптоми во усната празнина)
- Стоматолошки преглед (инспекција, палпација, перкусија на меките и на тврдите орални ткива и испитување на виталитетот на забите)
- Пародонтолошки преглед (на потпорниот апарат на забот и идентификација на длабоки пародонтални џебови)
- Рендгенографија (анализа на панорамска и интраалвеоларна рендген слика)
- Лабораториски испитувања (хематолошки промени во седиментацијата на Ег и на С - реактивен протеин).

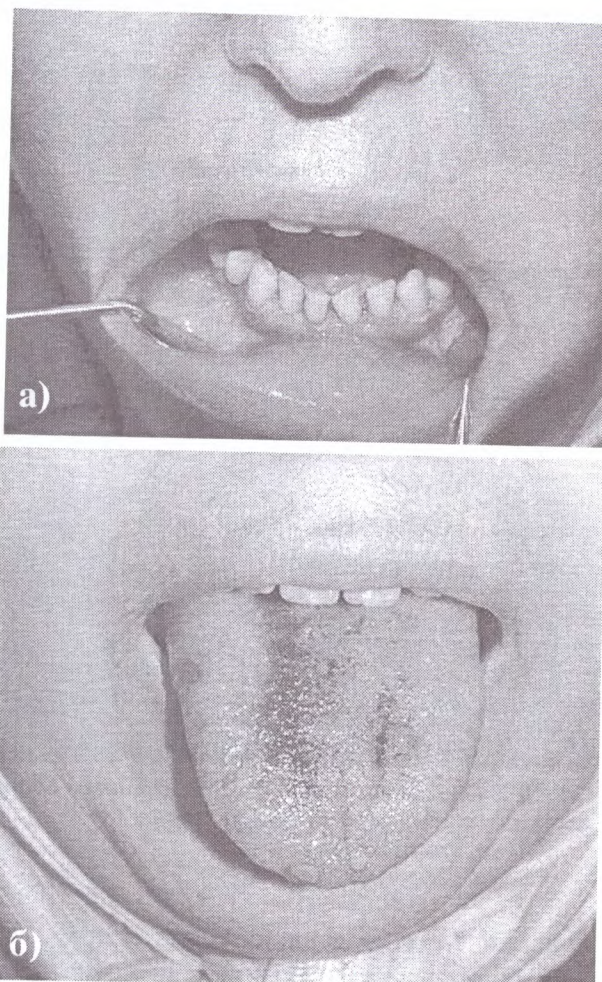
Клиничко-рендгенолошките орални и лабораториски наоди кај проследените пациенти со ризик беа анализирани, документирани и фотографирани.

Приказ на случаи

Случај 1

Пациент од женски пол, на возраст од 56 години, со имunosупресивна терапија по трансплантација на бубрег и придружен стероиден дијабет, се обрати до Клиниката за болести на устата и пародонтот поради субјективни и објективни тегоби на целата орална слузокожа, вклучувајќи го и јазикот.

Врз основа на анамнестичките податоци (печење, жарење, болка) и на клиничкиот наод (фетор, црвенило на оралната слузокожа и обложеност на јазикот (слика 1а и 1б), категоризирана како високо ризичен случај, во услови на контраиндицирана антибиотска заштита, ја испланиравме и ја спроведовме следнава терапија и профилакса:

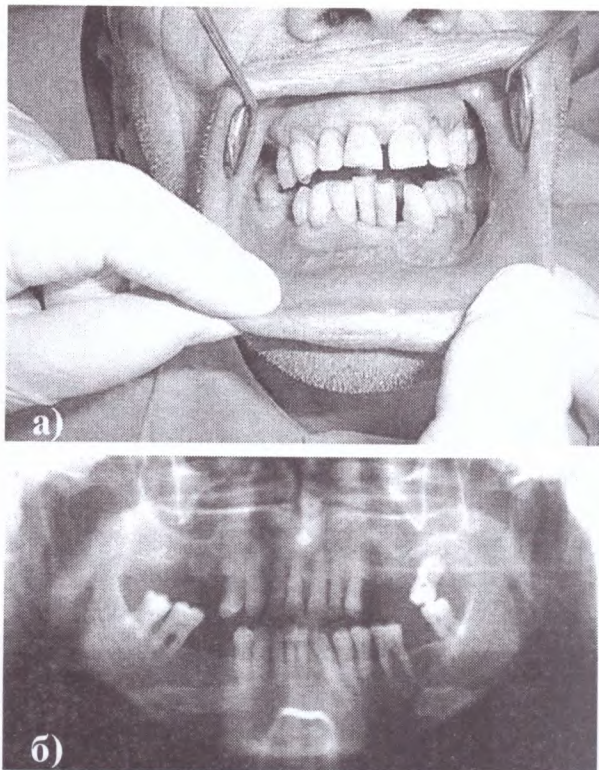


Слика 1. Генерализирана хиперимија кај пациент со посттрансплантациона имunosупресивна терапија: (а) на оралната слузокожа, (б) обложеност на јазикот

- примена на антимикотична терапија
- санирање на гингивитот (супрагингивално отстранување на тврдите и на меките забни наслојки)
- примена на антисептични средства
- мотивација за оптимална орална хигиена

Случај 2

Пациент од машки пол, на возраст од 52 години, со ендокардит, пред кардио-хируршка интервенција, беше испратен од Кардио-хируршкиот центар „Филип II“ за санирање на состојбата во усната празнина и за исклучување на можни постоперативни комп-



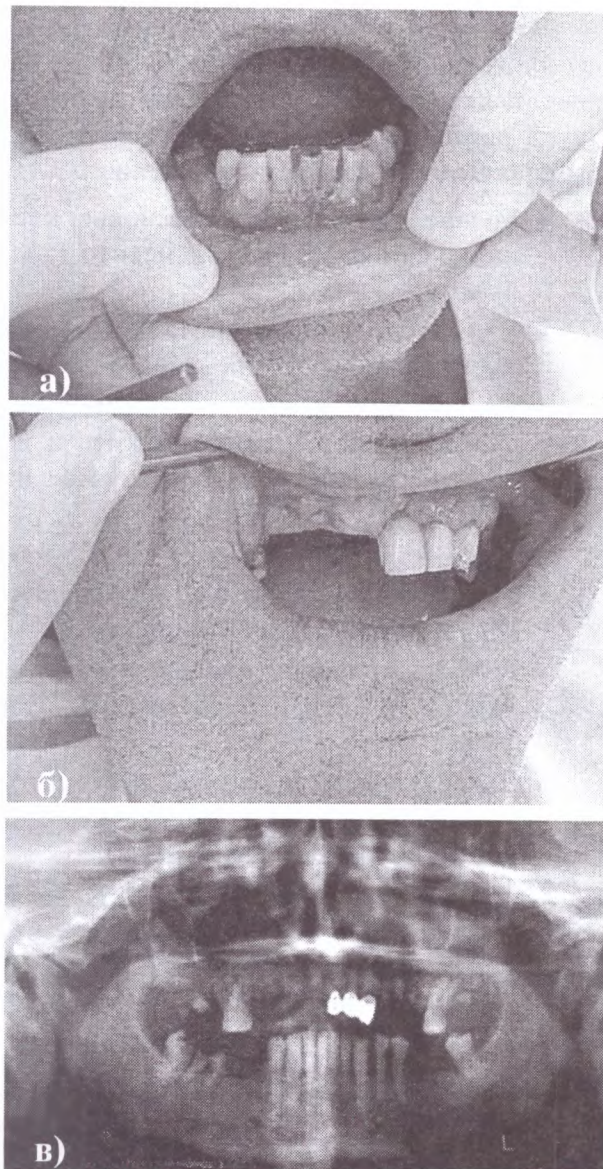
Слика 2. Пародонтопатични заби кај пациент со ендокардитис. Расклатеност од III степен:
(а) клинички наод,
(б) рендгенолошки наод

ликации од дентогена фокална генеза. Кај овој пациент, категоризиран во групата со умерен ризик, по спроведената клиничко-рендгенолошка и лабораториска анализа (слика 2а и 2б), ја спроведовме следнава профилакса:

- Антибиотска заштита пред екстракција на пародонтопатични заби (Clindamicin 600 mg 1-1,5 час пред интервенција)
- Антибиотска заштита пред пародонтолошки конвенционален третман (Clindamicin 300 mg на 6x1)
- Локална примена на антисептични средства
- Мотивација за оптимална орална хигиена

Случај 3

Пациент (48 години), со контролиран дијабет и покачена седиментација се обрати



Слика 3. Запуштено забало кај пациент со контролиран дијабет:

- (а) пародонтопатични заби, луксација од III степен и многубројни кариозни лезии во мандибулата,
- (б) заостанати корени и пародонтопатични заби во максилата,
- (в) рендгенолошки наод кој потврдува постоење на пародонтопатични заби, кариозни лезии и заостанати корени

до нашата Клиника за санација на вкупната состојба во устата.

По анализата на клиничкиот и на рендгенолошкиот наод (слика 3а, 3б и 3в), во услови на покачена седиментација, кај овој пациент

со низок ризик, во интерес на заштитата на неговото општо и орално здравје, ја испланираваме следнава профилакса:

- Антибиотска заштита пред екстракција на заостанати корени и пародонтопатични заби (Clindamicin 600 mg 1-1,5 час пред интервенција)
- Антибиотска заштита пред конвенционален пародонтолошки третман на преостанатите заби (Clindamicin 300 mg на 6x1)
- Санирање на кариозните лезии
- Локална примена на антисептични средства
- Мотивација за оптимална орална хигиена

Дискусија

Влијанието на оралната бактериемија во развивањето на инфективниот ендокардит, компликациите по трансплантацијата на органи, влошувањето на клиничката слика кај дијабетичари и други слични примери, во стоматологијата ја наметнаа потребата од создавање стратегија во профилаксата и во менаџментот на оралните инфекции суспектни за фокус кај пациентите со ризик.

Jansma J. и неговите соработници (8), пациентите со намален имунолошки одговор, кои при стоматолошките интервенции се изложени на ризик, ги сметаат за ризична група.

Компетентните институции, во зависност од имунолошките нарушувања, овие пациенти ги делат во три ризични категории: висока, умерена и ниска (7).

За високо ризична категорија пациенти се сметаат: (1) под терапија за малигнитети; (2) посттрансплантациона имуносупресивна терапија; (3) спленктомија; (4) манифестни симптоми на СИДА; (5) слабо контролиран инсулино-зависен дијабет; (6) вродени срцеви аномалии, (7) вештачки срцеви залистози; (8) претходен бактериски ендокардитис и други високо ризични заболувања.

За умерено ризична категорија пациенти се сметаат: (1) контролиран инсулино-зависен дијабет; (2) ревматоиден артрит; (3) ревматски срцеви заболувања; (4) бактериска пневмонија; (5) постара популација (повеќе од 70 години) и др.

Во ниско ризична категорија, според истата класификација (7), се сметаат пациентите со: (1) контролиран дијабет без инсулин; (2) со срцеви пејс-мејкери; (3) заболувања на дигестивниот тракт; (4) системски заболувања со лесна имуносупресија и др.

Efremenko (5) и Jansma J. (8) и нивните соработници укажуваат на тоа дека кај пациентите со ризик треба да се третираат и да се превенираат сите орални инфекции, кои би можеле да дејствуваат како фокус.

За ризични орални фокални инфекции се сметаат: заболувањата на пародонциумот, хроничен гингивитис, длабоки пародонтални џебови и коскени џебови, како резервоар на медијатори на воспаленија (4, 13, 2).

Периапикалните процеси и мртвите инфидицирани заби се како извор на некротично ткиво и на други инфективни продукти (6).

Големи подминирани кариозни лезии, како места за ретенција на храна и на други инфективни продукти (6, 7).

Импактирани заби и заостанати гангренозни корени како туѓи тела во оралните ткива (7).

Според Bratton (3) и Wahl M.J. (15), Meurman J.H. (12) кај пациентите со ризик профилаксата и менаџирањето на терапијата на оралните фокални инфекции вклучува специјалисти од различни области и наметнува мултидисциплинарен пристап.

Кај високо ризичните пациенти треба да се избегнуваат сите инвазивни стоматолошки интервенции (хирушки, екстракција на заби, длабоки киретажи и др.), а доколку тоа е непходно треба да претходи соодветна мултидисциплинарна подготовка (9).

Во услови на ограничен стоматолошки третман кај овие пациенти неопходна е имплементација на ефективни превентивни мерки, ригорозна орална хигиена и примена на локални антисептици и антимиотици (7).

Кај помалку ризичните категории на пациенти треба да се подигне нивото на орална хигиена, како прв услов за создавање на орални жаришта.

Според Maestre-Vera JR (10), кај овие пациенти треба да се примени терапија на пародонталните и на ендодонтските инфекции, како и отстранување на други потенцијални фокуси.

Изборот на методот за отстранување на оралните жаришта ќе зависи од општата состојба на пациентот и од големината и распространетоста на патолошкиот процес.

Профилактиката на пародонталните инфекции опфаќа санирање на гингивитот и киретажа на пародонталните џебови.

Meurman J.H. (11) предлага профилактиката на ендодонтските инфекции, главно, да се спроведе преку санирање на кариозните лезии, а стоматолозите да ја прифатат реалноста за фокалните инфекции, и да ги напуштат фундаменталните концепти за задршка на забот по секоја цена. Во тој контекст укажува на ограничена примена на каналното полнење (т.н. canal rooth therapy).

Во текот на стоматолошките интервенции пациентите со ризик треба да бидат медикаментозно заштитени со антибиотици, антихистаминици и со средства за детоксикација (12, 14).

Цел на медикаментозната заштита е да се спречи транзиторната бактериемија (инвазија на микроорганизми од денталното жариште во циркулацијата), зголемен прилив на антиген материјал и намалено дејство на токсини од жаришната инфекција.

Сè уште е актуелна дебатата за стоматолошки индуцираната антибиотска профилактика кај овие пациенти. Националните водичи и правилници, издадени од соодветни институции, предлагаат задолжителна антибиотска заштита за сите инвазивни и комплексни стоматолошки интервенции и при претходна постоечка орална инфекција за

сите пациенти со компромитирано општо здравје, со исклучок на оние со посттрансплантационна имunosупресивна терапија и спленектомија.

Се предлага антибиотски режим со пер-ос примена на amoxicillin и klindamicin 1-1,5 час пред интервенцијата. При пер-орална спреченост истите антибиотици се аплицираат iv и im 30 минути пред интервенцијата.

При хируршкото отстранување на жаришните инфекции антибиотската заштита се дополнува со антихистаминици и со детоксиканти (витамин С 500 mg).

Стратегиите во дијагнозата, профилактиката и менаџментот на суспектните орални фокални инфекции кај пациентите со ризик се поставуваат врз основа на симптомите и на наодите, интердисциплинарно.

Стоматологот треба да ги преземе сите мерки за најмал ризик при стоматолошките интервенции според следниве доктринарни ставови:

- Да се превенираат и да се третираат сите орални инфекции - потенцијални фокуси
- Задолжителен е мултидисциплинарен пристап во превенцијата и во менаџментот на оралните фокални инфекции
- Пред секоја стоматолошка интервенција кај пациентите со ризик задолжителна е медикаментозна заштита со антибиотици, антихистаминици и детоксиканси.

Со примената на клиничките доктрини стоматологот учествува во унапредувањето на квалитетот на животот кај пациентите со компромитирана општа здравствена состојба, на тој начин ја исполнува хуманата димензија на професијата и придонесува за подобрување на економската продуктивност на општеството.

PROPHYLAXIS AND MANAGEMENT OF ORAL FOCAL INFECTION IN RISK PATIENTS: CASE REPORT

Georgieva S., Nakova M.

Summary

Recent investigations determine the relationship between oral infections and systemic disorders, emphasizing final consequences of this interaction that results in increased morbidity and mortality. An adequate therapy and prophylaxis of oral infections, acting as foci, is necessary in order to manage these conditions in medically compromised patients. Therefore these patients should receive a treatment that is less unsafe to their health. So the dentists should follow, respect and practice doctrinairy rules related to this problem. In this way, dental professionals realize the human dimension i.e. participates in raising the quality of life and contributes to economic productivity in the society.

Key words: oral focal infections, handicapped, oral health

Литература

1. Beck J.D., Elter J.R., Heiss G., Couper D., Mauriello S.M., Offenbacher S.: Relationship of periodontal disease to carotid artery intima-media wall thickness: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2001; 21: 1816-1822.
2. Debelian G.J., Olsen I., Tronstad L.: Systemic Diseases Caused by Oral Microorganisms. *Endod Dent Traumatol* 1994 Apr;10(2):57-65.
3. Bratton T.A., Jackson D.C., Nkungula-Howlett T., Williams C.W., Bennett C.R.: Management of complex multi-space odontogenic infections. *J Tenn Dent Assoc.* 2002 Fall;82(3):39-47.
4. Desvarieux M., Demmer R.T., Rundek T., Boden-Albala B., Jacobs D.R. Jr., Papapanou P.N., Sacco R.L.: Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Stroke* 2003 Sep;34(9):2120-5.
5. Efremenko V.I., Zaitsev A.A., Zharnikova I.V., Bogdanov I.K.: Imporvement of methods for indication of the causative agents of natural focal infections under conditions of emergency situations with epidemiologic consequences. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:25-31;19-24.
6. Goymereac B., Woollard G.: Focal infection: A new perspective on an old theory: *Gen Dent.* 2004 Jul-Aug;52(4):357-61; quiz 362, 365-6.
7. Hollister M.C., Weintraub J.A.: The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ.* 1993 Dec;57(12):901-12.
8. Jansma J., Vissink A.: Dental foci. Role, treatment and prophylaxis in patients at risk. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 1998; 105(2): 52-6.
9. Long R., Hlousek L., Doyle L.J.: Oral Manifestations of Systemic Diseases. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 1998; 65:309-315.
10. Maestre-Vera J.R.: Treatment options in odontogenic infection. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1995 Aug;7(6):29-36.
11. Meurman J.H.: Dental infections and general health. *Quintessence Int.* 1997 Dec;28(12):807-11.
12. Meurman J.H., Hamalainen P.: Oral health and morbidity-implications of oral infections on the elderly. *Gerodontology.* 2006 Mar;23(1):3-16.
13. Papapanou P.N.: Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol.* 1996; 1: 1-36.
14. Seymour R.A., Whitworth J.M.: Antibiotic prophylaxis for endocarditis, prosthetic joints and surgery. *Dent Clin North Am.* 2002 Oct;46(4):635-51.
15. Wahl M.J.: Clinical issues in the prevention of dental-induced endocarditis and prosthetic joint infection. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1995; 7(6): 29-36.