

Leczenie stomatologiczne pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – diagnostyka i terapia

Dental treatment of disabled and chronically ill patients – diagnostics and therapy

Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka

KEY WORDS

disabled and chronically ill patients,
oral cavity diseases, diagnostics,
treatment

SUMMARY

Oral health status of disabled and chronically ill patients is very often much more worse than in the healthy individuals. One may notice numerous teeth with active caries as well as missing teeth which is caused by, inter alia, diagnostic and therapeutic difficulties. Frequently, despite the great treatment needs of this group, therapy cannot be carried out in conditions of normally equipped dental surgery. Therapy is difficult because of the lack of the patient's cooperation or problems in communication between dentist and person with disability which affects diagnostics or treatment. However, equipment limitations could be of high significance. The paper discusses alternative methods of conservative dentistry and prosthodontic treatment in people with special needs, including those with limited cooperation. It also describes the problems that occur in the case of performing therapeutic procedures in patients with diseases of the nervous system. The dentists should enhance knowledge of diagnostic and treatment methods of persons with disabilities since their number is increasing due to the development of medical sciences.

Jak podają dane z piśmiennictwa polskiego oraz światowego stan zdrowia jamy ustnej pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych jest w wielu populacjach gorszy aniżeli w zdrowej części społeczeństwa (1, 2). Głównie spostrzega się występowanie licznych zębów z aktywną próchnicą, co wiąże się między innymi z zaniedbaniami w zakresie diagnostyki oraz trudnościami w przeprowadzaniu terapii (2, 3). Gerreth i Borysewicz-Lewicka na podstawie badań przeprowadzonych wśród 112 dzieci niepełnosprawnych intelektualnie z uzębieniem mieszanym oraz 255 ze stałym, uczęszczających do szkół specjalnych na terenie miasta Poznania, stwierdziły występowanie choroby próchnicowej odpowiednio u 91,96 i 89,02% uczniów. Intensywność próchnicy u dzieci młodszych wynosiła 4,95, a u starszych 4,85 (2). Dowiedzono też, że współwystępowanie przewlekłej choroby ogólnoustrojowej ma wpływ na zwiększone potrzeby rehabilitacji w zakresie protetyki i estetyki (4).

Z badań Borysewicz-Lewickiej i wsp. przeprowadzonych wśród 414 osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych w wieku 18-20 lat, z czterech województw Polski, wiadomo, iż u 12,3% ogółu badanych stwierdzono występowanie pojedynczych, natomiast u 8,5% mnogich braków w uzębieniu (4). Znaczne zaawansowanie ubytków próchnicowych oraz ograniczenia w ich leczeniu powodują, że tracone są liczne zęby na skutek powikłań choroby próchnicowej. Autorzy odnotowali potrzebę leczenia protetycznego u 32,6% ogółu badanych, zarówno na skutek utraty zębów z powodu powikłań choroby próchnicowej, jak i hipodoncji, złamania korony czy też hipoplazji szkliwa. Podkreślić trzeba, że tylko u jednego pacjenta odnotowano obecność uzupełnień protetycznych. Z porównania danych z trzech badanych grup dzieci wynika, że największe potrzeby protetyczne występowały wśród niepełnosprawnych intelektualnie (35,7%), a następnie u osób z chorobami centralnego układu nerwowego (pa-

daczka i dziecięce porażenie mózgowe – 22,8%) oraz niedowidzących i niewidomych (22,8%).

U pacjentów chorujących na padaczkę częściej niż u zdrowych występują urazowe uszkodzenia w obrębie zębów oraz części twarzowej czaszki (5). Károlyházy i wsp. odnotowali częstsze występowanie braków zębowych u pacjentów chorujących na padaczkę w porównaniu z osobami zdrowymi, przy czym rzadziej byli oni zaopatrywani protetycznie (3). Problem przede wszystkim dotyczy osób z częstymi napadami drgawek. W populacji osób obciążonych dziecięcym porażeniem mózgowym ponadto częściej odnotowuje się patologiczne starcie koron zębów (6). Niepełnosprawności intelektualnej oraz wielu zespołom chorobowym towarzyszyć też mogą zaburzenia rozwojowe tkanek zmineralizowanych zębów (4).

Celem tej pracy było przedstawienie, na podstawie dostępnego piśmiennictwa, zalecanych stomatologicznych metod diagnostycznych i leczniczych ułatwiających przeprowadzenie zabiegów terapeutycznych w populacji pacjentów niepełnosprawnych oraz z przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi.

U pacjentów niepełnosprawnych, zwłaszcza w stopniu znacznym i głębokim, napotyka się na duże problemy w trakcie badania i diagnostyki. Niejednokrotnie wykonanie szczegółowego badania klinicznego jamy ustnej jest niemożliwe do wykonania w warunkach ambulatoryjnych. Czasami przeprowadzane zostaje na początku zabiegu w znieczuleniu ogólnym tuż przed rozpoczęciem leczenia.

Ponadto duże trudności napotyka się w trakcie radiologicznej diagnostyki obrazowej. Problem w największym stopniu dotyczy zdjęć pantomograficznych, przede wszystkim ze względu na relatywnie długi czas, wynoszący do 20 sekund, w trakcie którego pacjent musi kooperować i pozostawać w bezruchu w wymuszonej pozycji. Stąd też ich wykonanie u chorych z obniżoną sprawnością intelektualną, zwłaszcza w stopniu znacznym i głębokim, nie jest realne (7). Ze względu na brak satysfakcjonującej współpracy, często nie jest możliwe także wykonanie serii 18-20 zdjęć okołowierzchołkowych oraz skrzydłowo-zgryzowych w celu zobrazowania wszystkich zębów pacjenta i diagnostyki ewentualnych patologii. Proponowane są więc modyfikacje zezwalające na otrzymanie zdjęć dobrej jakości i będących znaczną pomocą diagnostyczną. Zdjęcia te skracają czas, w którym pacjent jest bezpośrednio zaangażowany w badanie i umożliwiają zmniejszenie dawki promieniowania (7, 8). Strickland i wsp. dokonali porównania efektywności diagnostycznej zdjęć rentgenowskich wykonanych metodą konwencjonalną z wykorzystaniem 18 zdjęć okołowierzchołkowych z obrazem zawartym jedynie na 8 zdjęciach. Badanie przeprowadzono wśród 80 niepełnosprawnych pacjentów, w wieku od 13. do 60. roku życia, posiadających uzębienie stałe (8). Lekarze dentyści poddani kalibracji otrzymywali do oceny komplet 18 zdjęć wykonanych u każdego z pacjentów. Następnie, po okresie 2-3 miesięcy ponownie wręczono im 8 zdjęć każdego z badanych, które zostały wybrane z kompletu

oryginalnych 18 wcześniej prezentowanych. Wyboru zdjęć dokonywano uwzględniając obecność znacznej liczby widocznych i możliwych do oceny zębów. Należy podkreślić, iż u 78 z 80 pacjentów poddanych analizie stwierdzono występowanie przynajmniej jednej patologii przy wykorzystaniu serii 18 zdjęć, natomiast z zastosowaniem serii 8 zdjęć zmiany takie zaobserwowano u 74 osób. Farman i wsp. ocenili wartość diagnostyczną 6 zdjęć okołowierzchołkowych (4 odcinków bocznych i 2 przednich łuków zębowych), wykonanych u 72 pacjentów z wykorzystaniem czujnika cyfrowego do zdjęć zębowych (7). Żadna z osób nie otrzymała przed badaniem leków sedacyjnych. Jednakże zaangażowane w badanie były trzy osoby odpowiedzialne za unieruchomienie i stabilizację pacjenta, utrzymanie detektora oraz obsługę sprzętu. Przeprowadzenie całej procedury zajmowało średnio około 45 minut u pacjenta, przy czym jedna na trzy ekspozycje musiała zostać powtórzona, najczęściej ze względu na poruszenie się pacjenta. Stąd też, w celu otrzymania 6 dobrych jakościowo zdjęć, pacjenta poddawano 8 ekspozycjom. Otrzymane wyniki wykazały, iż w badaniu klinicznym u jednej badanej osoby stwierdzono obecność średnio 22,2 zęba, natomiast na zdjęciach uwidoczniionych zostało średnio 20,4 zęba. Dodatkowo, łącząc wyniki obu badań – klinicznego oraz radiologicznego – analizie można było poddać 22,7 zęba, biorąc pod uwagę zęby niewyrżnięte oraz zatrzymane. Uwzględniając aspekty techniczne, jakość 65% zdjęć została oceniona jako znakomita, a 26% jako satysfakcjonująca. Należy nadmienić, iż u wszystkich badanych pacjentów dzięki badaniu radiologicznemu stwierdzono obecność zmian, które nie zostały zdiagnozowane podczas badania klinicznego. U 44 osób (61%) zmiany te miały wpływ na ustalenie planu leczenia.

Pomimo dużych stomatologicznych potrzeb leczniczych u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie oraz z przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi, obok trudności z przeprowadzeniem prawidłowej oceny diagnostycznej dodatkowym problemem jest fakt, że zabiegi terapeutyczne niejednokrotnie nie mogą zostać wykonane w warunkach standardowo wyposażonego gabinetu stomatologicznego. Terapia jest utrudniona ze względu na brak możliwości nawiązania współpracy ze strony pacjenta bądź niewystarczające wyposażenie. Károlyházy i wsp. spostrzegli, że w tej sytuacji lekarze z różnych powodów wybierają prostsze, a zarazem zajmujące mniej czasu metody leczenia niż w przypadku pacjentów zdrowych, co skutkuje większą liczbą zębów usuniętych i tym samym wcześniejszym występowaniem bezzębia w tej populacji (3). Przyczyn tego stanu autorzy dopatrują się między innymi w braku wiedzy personelu medycznego na temat choroby oraz lęku przed potencjalnym atakiem padaczki czy występowaniem ruchów mimowolnych utrudniających leczenie.

W piśmiennictwie sugerowana jest możliwość wykorzystania magnetoterapii w celu przygotowania pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym do zabiegu stomatologicznego przeprowadzanego w warunkach am-

bulatoryjnych. Magnetostymulacja, mająca zastosowanie w medycynie, wywiera wpływ na zróżnicowane procesy fizjologiczne w organizmie, w tym na procesy elektroosmotyczne czy normalizację potencjałów błon komórkowych, co prowadzi do poprawy czynności układu nerwowego (9). Po wykonanych zabiegach elektrostymulacji dochodzi do zwiększenia aktywności enzymatycznej, a także procesów oksydoredukcyjnych powiązanych z ATP, co wpływa na stymulację procesów życiowych na poziomie komórkowym. Zabiegi magnetostymulacji mają działanie między innymi stabilizujące błony komórkowe, przeciwwzapalne, przeciwbólowe, przeciwozrękowe, przeciwkurczowe, relaksacyjne oraz rozszerzające naczynia (10). Jankowska i wsp. opisywali zastosowanie kolejno metody „powiedz–pokaż–zrób” Addelsona, a następnie magnetostymulacji przed przeprowadzeniem badania oraz leczenia stomatologicznego u pacjentów z dziecięcym porażeniem mózgowym (9). Autorzy podsumowali wyniki jako korzystne w procesie adaptacji osób obciążonych tą chorobą ogólnoustrojową do leczenia stomatologicznego przeprowadzanego w warunkach ambulatoryjnych.

U osób niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych, podobnie jak u zdrowych, ważne jest zminimalizowanie lęku przed leczeniem stomatologicznym. Może on być potęgowany między innymi przykrymi dźwiękami oraz wibracjami, którym ulegają końcówki unitu. W zawiązku z tym u pacjentów tych proponowane są alternatywne metody leczenia próchnicy, w tym metoda ART (ang. *atraumatic restorative treatment*), z wykorzystaniem narzędzi ręcznych. Polecana jest ona szczególnie u osób z zaburzeniami neurologicznymi, u których spotykane są ruchy mimowolne utrudniające przeprowadzenie swobodnego leczenia ubytków próchnicowych przy pomocy instrumentów rotacyjnych (11). Narzędzia te zezwalają również na uniknięcie przykrych dla niektórych osób dźwięków wydawanych przez narzędzia rotacyjne unitów dentystycznych. Omawiana metoda jest skuteczna i umożliwia wykorzystanie instrumentów ręcznych także poza gabinetem stomatologicznym – podczas wizyt w domu pacjenta (11).

Molina i Kutje przedstawili wyniki leczenia zachowawczego zębów mlecznych i stałych u 25 mieszkańców, w wieku 4-65 lat, z Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych w Cordobie w Argentynie (11). Autorzy przeprowadzili leczenie wykorzystując u każdego z pacjentów w części ubytków jedynie samą metodę ART (27 zębów), natomiast u pozostałych oprócz narzędzi ręcznych zastosowali dodatkowo żel Carisolv (47 zębów). Obserwacje badaczy wykazały, iż po roku od przeprowadzonego leczenia doszło do utraty tylko 4,3% wypełnień w zębach leczonych z zastosowaniem metody ART wraz z żelem Carisolv oraz 21,4% założonych w zębach opracowanych jedynie z wykorzystaniem samych narzędzi ręcznych. Warto wspomnieć także, iż występowanie dolegliwości bólowych podczas zabiegu odnotowano u 2 pacjentów leczonych metodą ART oraz u 3 osób, u których dodatkowo zastosowano żel Carisolv (11). Gerreth wykorzystała metodę ART w 53 zębach u 31 pacjentów za-

mieszkujących Ośrodek Rehabilitacji i Leczenia Trądu (Korunlaya Leprosy Care Center) w Puri w Indiach (12). Po dwóch latach ocenie zostało poddanych 26 wypełnień, przy czym pozytywne wyniki uzyskano dla 80,8% z nich (13). Ponadto autorka spostrzegła, iż metoda stanowi dobrą alternatywę dla tradycyjnej metody leczenia zachowawczego zębów, także w warunkach zaimprovizowanego gabinetu stomatologicznego, zwłaszcza w przypadku rozległych ubytków próchnicowych, gdzie nie istnieje konieczność stworzenia dodatkowego dostępu do zmian. Niestety zaobserwowano, że czas pracy był dłuższy niż w przypadku zastosowania wiertarki dentystycznej (12). Niewątpliwie metoda z powodzeniem może zostać użyta w przypadku pacjentów z innymi chorobami. U osób z zespołem Williamsa charakterystycznym objawem jest wrażliwość na bodźce słuchowe, a niektóre poziomy i częstotliwości hałasu są dla nich szczególnie dotkliwe (14). Stąd też, wydaje się możliwe wykorzystanie u tych chorych narzędzi ręcznych, co zezwala na eliminację przykrych wrażeń słuchowych gabinetu dentystycznego.

W ramach spotkania International Association of Disability and Oral Health Task Force Meeting (SCIPE) w Antalya (Turcja) zorganizowanego przez Association of Dental Education in Europe we wrześniu 2011 roku Molina i wsp. przeprowadzili badanie kwestionariuszowe wśród 30 lekarzy dentystów z 21 krajów i 5 kontynentów, świadczących usługi stomatologiczne w grupie pacjentów niepełnosprawnych (15). Autorzy spostrzegli, iż 66,7% dentystów wskazało metodę ART jako istotną alternatywę w terapii osób z obniżoną sprawnością, przy czym 10,0% spośród ogółu badanych korzysta z tej metody bardzo często, 40,0% – często, 30,0% – rzadko, natomiast 20,0% – nigdy. Ponadto, za wykorzystaniem metody przemawia fakt użycia do odbudowy materiału z zawartością fluoru (cement szkło-jonomerowy), który dodatkowo służy jako uszczelniając bruzd w wypełnianych zębach (15).

Ponadto warto dodać, iż Jankowska i wsp. zastosowali magnetostymulację okolicy układu stomatognatycznego aparatem Viofor u pacjentki z zespołem Seckela w celu adaptacji do procedur stomatologicznych i uzyskali rozluźnienie mięśni oraz krótkotrwałe uspokojenie (10). Podczas tych wizyt dentystycznych każdorazowo opracowywano dwa ubytki z zastosowaniem metody ART, a także aplikowano uszczelniając bruzd z cementu szkło-jonomerowego w dwóch zębach trzonowych, uzyskując zadowalające efekty terapeutyczne. Zdecydowano się na ten rodzaj materiału ze względu na długotrwałość i wysoki poziom uwalniania fluorków oraz dobrą szczelność brzezną wypełnień.

Aktualnie na rynku dostępnych jest wiele rodzajów materiałów szkło-jonomerowych i stale postępuje ich rozwój i udoskonalanie. Obecnie możliwe już jest, ze względu na znaczną wytrzymałość niektórych materiałów, ich zastosowanie w rozległych ubytkach, w tym klasy II (15).

U osób niewspółpracujących, wykonujących ruchy mimowolne lub z napadami padaczkowymi, możliwość przeprowadzenia leczenia protetycznego jest ograniczona.

Topouzeli i wsp. opisali alternatywną technikę pobierania wycisku u pacjentów ze specjalnymi potrzebami, w tym między innymi z małą możliwością współpracy czy otwierania ust (16). Autorzy w celu uniemożliwienia gryzienia wargi u 10-letniego pacjenta z zespołem Lesch-Nyhana przygotowali ruchomą ochronną protezę akrylową osadzoną na górnych zębach. Wykonany został wycisk w obrębie szczęki z wykorzystaniem standardowej łyżki dla pełnego łuku zębowego. Ze względu na brak współpracy, w obrębie żuchwy konieczne było pobranie dwóch wycisków z wykorzystaniem łyżek częściowych, które uzyskano przez odcięcie fragmentu łyżki konwencjonalnej. Oba wyciski pobrano z użyciem masy hydrokoloidowej nieodwracalnej, a obejmowały one w odcinku przednim wszystkie siekacze. Następnie na podstawie jednego z wycisków przygotowano odlew gipsowy, a w jego odcinku proksymalnym dokonano skośnego ścięcia pod kątem około 45 stopni, żłobiąc rowki retencyjne. Siekacze izolowane z odlewu umieszczono w obrębie odcisniętych zębów siecznych, przez co w drugim wycisku osiągnięto możliwość ustalenia właściwego położenia. W ten sposób uzyskano model całego łuku zębowego (16). Dowiedziano zatem, że powyższa technika pobierania wycisku może zostać zastosowana u pacjentów z zaburzeniami w otwieraniu jamy ustnej spowodowanymi zarówno ograniczeniami anatomicznymi (jak np. w mikrostomii), jak i nieprawidłowościami funkcjonalnymi (np. w przypadku dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego). Metoda ta polecana jest także u osób niewspółpracujących oraz z zaburzeniami ruchowymi w obrębie części twarzowej czaszki, które obserwujemy między innymi w zespole Parkinsona (16).

Zbierane obserwacje z pracy klinicznej były impulsem do opracowania standardów postępowania stomatologicznego w odniesieniu do chorych z padaczką ze względu na stosunkowo dużą częstość jej występowania. Jak podają Waldman i wsp., padaczka jest też najczęstszą chorobą współtowarzyszącą niepełnosprawności intelektualnej i występuje u 5-50% osób z tej populacji (17).

W tej grupie pacjentów powinny być podjęte działania mające na celu wstępne wyeliminowanie czynników wywołujących stres, gdyż jest on jednym z głównych elementów wpływających na wystąpienie drgawek (18). Zalecane jest umawianie pacjentów w godzinach porannych, zminimalizowanie długości trwania zabiegu oraz unikanie nagłego występowania bodźców takich jak światło, jasne światło czy hałas.

Warto też pamiętać, iż wiele leków przepisywanych przez lekarzy stomatologów wchodzi w reakcję z lekami przeciwpadaczkowymi i zmniejsza ich działanie (18). Stwierdzono, iż niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz niektóre leki przeciwwgrzybiczne, jak na przykład: metronidazol, flukonazol czy mikonazol, negatywnie wpływają na metabolizm walproinianów oraz fenytoiny. Stąd też należy unikać łączenia takich farmaceutyków (18).

Oczywisty problem stanowi również rehabilitacja stomatologiczna tych pacjentów. U chorych z epilepsją należy

zastosować odbudowę protetyczną, która uniemożliwi potencjalną aspirację protezy lub jej elementów do górnych dróg oddechowych, ale będzie także zapobiegać uszkodzeniom błony śluzowej jamy ustnej podczas ataków. Stąd też zalecane jest uzupełnianie braków zębowych za pomocą protez stałych, opartych na zębach naturalnych lub implantach, które nie ulegają przemieszczeniu lub złamaniu (4).

Károlyházy i wsp. dokonali klasyfikacji pacjentów chorujących na padaczkę oraz przedstawili szczegółowe propozycje ich zaopatrzenia protetycznego (19). Szczególnie restrykcyjne zasady stosowane są w przypadku występowania częstych, czyli częściej niż raz do roku, uogólnionych toniczno-klonicznych drgawek bądź drgawek powiązanych z upadkiem (3). W takiej sytuacji zastosowanie mają jedynie stałe uzupełnienia protetyczne, aby uniknąć ich przemieszczenia, przy czym mosty osadza się na większej liczbie zębów filarów niż u pacjentów zdrowych. Natomiast, jeżeli możliwe jest zaopatrzenie w częściowe protezy ruchome, powinno się je wyposażyć w bardzo precyzyjnie wykonane klamry lub inne elementy retencyjne. W przypadku bezzębia i konieczności zastosowania protezy całkowitej zalecane jest wykonanie płyty metalowej, aby uniknąć ryzyka pęknięcia lub złamania płyty akrylowej (3, 19). Dodatkowo, zamiast ceramicznych uzupełnień typu „inlay” (wkład koronowy) powinno się stosować korony metalowo-ceramiczne, przy czym odradza się odbudowę zębów w obrębie brzegu siecznego (19).

Ponadto, u pacjentów chorujących na padaczkę podkreśla się konieczność zastosowania uzupełnień protetycznych po utraconych zębach ze względu na zapobieganie uszkodzeniom języka, do których dochodzić może na skutek jego przemieszczania w wolne przestrzenie pomiędzy zębami (19). W przypadku osób niepełnosprawnych i przewlekłe chorych postępowanie stomatologiczne zawsze powinno być odpowiednio i indywidualnie dobierane do potrzeb każdego pacjenta, z uwzględnieniem problemów ogólnoustrojowych oraz stosowanych leków.

Kosyfaki i wsp. przedstawili przypadek rehabilitacji protetycznej 40-letniego pacjenta, z częściowym bezzębiem, chorującego na padaczkę oraz zakrzepicę żył głębokich (20). U pacjenta w obrębie szczęki wykonano ekstrakcję wszystkich zębów ze względu na niepomyślne rokowanie spowodowane chorobą przyzębia. Następnie zastosowano ruchome uzupełnienie protetyczne oparte na czterech implantach umieszczonych w odcinku przednim wyrostka żębodołowego z dodatkowym wzmocnieniem belką. Autorzy donoszą o wyższości takiego rozwiązania w porównaniu z uzupełnieniami stałymi ze względu na możliwość utrzymania lepszej higieny w obrębie jamy ustnej. Belka została zastosowana ze względu na zwiększenie wytrzymałości konstrukcji na siły działające w płaszczyźnie pionowej oraz poziomej i równomierne obciążenie wszystkich implantów. Dodatkowo, zwiększona została także stabilność przedniego odcinka protezy, a tym samym zmniejszono ryzyko aspiracji bądź przemieszczenia się uzupełnienia. W obrębie żuchwy zastosowano u pacjenta protezę teleskopową.

Borsuk-Nastaj i wsp. przedstawili przypadek 78-letniego pacjenta chorującego na padaczkę, u którego po myślnie przeprowadzono rehabilitację narządu żucia z wykorzystaniem protez stałych. Do zaopatrzenia protezytycznego użyto wkładów koronowo-korzeniowych, koron lanych licowanych porcelaną i uzupełnień ruchomych w postaci dwóch protez szkieletowych o wzmocnionej konstrukcji (21). Podczas dwuletniego okresu obserwacji autorzy nie odnotowali uszkodzeń w obrębie protez, a także stwierdzili dobrą ich retencję i stabilizację. Podkreślili również istotność wzmocnienia konstrukcji oraz prawidłowego ustawienia zębów w celu minimalizacji ryzyka uszkodzenia uzupełnień podczas ataku. Niemniej ważne jest prawidłowe zaplanowanie i wykonanie odciążenia podłoża protetycznego, w szczególności w okolicy miejsc predysponowanych do znacznych podrażnień mechanicznych. Ponadto, wykazali konieczność stworzenia wielopunktowego kontaktu przy ruchach ślizgowych we wszystkich płaszczyznach poprzez właściwe opracowanie powierzchni okluzyjnych (21).

W przypadku podejmowania rehabilitacji protetycznej u pacjentów chorujących na porażenie mózgowe niekontrolowane ruchy żuchwy znacznie komplikują przeprowadzanie poszczególnych etapów leczniczych. Istnieją też trudności podczas użytkowania protez ruchomych, a niejednokrotnie stosowanie ich jest niemożliwe. Dobrą adaptację do protez ruchomych w przypadku pacjentów z tej

grupy uzyskiwano poprzez zastosowanie protezy całkowitej opartej na implantach w żuchwie bądź protezy ruchomej zawierającej magnesy jako precyzyjne elementy retencyjne (22-24). Całkowitą przeszkodą w przeprowadzonym leczeniu protetycznym może stanowić także głębsza niepełnosprawność intelektualna.

Aktualnie znaczny odsetek pacjentów niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych stanowią osoby obłożnie chore, przebywające w domu, szpitalu lub specjalnych instytucjach. Wymagają one leczenia stomatologicznego, które może być także udzielane w formie tzw. „wizyt domowych” z wykorzystaniem przenośnego sprzętu (25). Ważne jest, aby transportowane wyposażenie ograniczyć do niezbędnego minimum, w zależności od zaplanowanych zabiegów. Należy bezwzględnie przestrzegać standardowych zasad kontroli zapobiegania zakażeniom krzyżowym stosowanych w gabinecie stomatologicznym (26).

W podsumowaniu należy podkreślić, iż obecnie, ze względu na znaczny postęp w medycynie, wydłuża się czas życia pacjentów niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych. Lekarze stomatolodzy stają coraz częściej przed koniecznością objęcia planową opieką profilaktyczną oraz leczniczą osób z tej populacji pacjentów. Stąd też niezbędne jest stałe poszerzanie wiedzy w zakresie metod leczniczych możliwych do zastosowania u pacjentów niepełnosprawnych i z przewlekłymi chorobami oraz dostosowywanie gabinetów do ich potrzeb.

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Karolina Gerreth
Katedra i Klinika Stomatologii
Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel.: +48 (61) 854-70-53,
fax: +48 (61) 854-70-59
karolinagerreth@poczta.onet.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Pezzementi ML, Fisher MA: Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 903-912.
2. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Dental caries occurrence in special-care schoolchildren with varying degree of intellectual disability. *Pol J Environ Stud* 2008; 17: 68-72.
3. Károlyházy K, Kovács E, Kivovics P et al.: Dental Status and Oral Health of Patients with Epilepsy: An Epidemiologic Study. *Epilepsia* 2003; 44: 1103-1108.
4. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Wochna-Sobańska M et al.: Potrzeby lecznicze w zakresie protetyki stomatologicznej u młodzieży niepełnosprawnej i przewlekle chorej. *Protet Stomatol* 2011; 61: 482-489.
5. Nonato ER, Borges MA: Oral and maxillofacial trauma in patients with epilepsy: prospective study based on an outpatient population. *Arq Neuropsiquiatr* 2011; 69: 491-495.
6. Carmagnani FG, Gonçalves GK, Corrêa MS, dos Santos MT: Occlusal characteristics in cerebral palsy patients. *J Dent Child* 2007; 74: 41-45.
7. Farman AG, Horsley B, Warr E et al.: Outcomes of digital X-ray mini-panel examinations for patients having mental retardation and developmental disability. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32: 15-20.
8. Strickland M, Canin RL, Mahevich RA et al.: Use of dental radiographic minipanel series in disabled adults in a university-based special care dental clinic. *Quintessence Int* 2011; 42: 323-329.
9. Jankowska K, Kaczmarek U, Sołtan E et al.: Efficacy of magnetic stimulation in adaptation of dental treatment of cerebral palsy young patients. *Dent Med Probl* 2008; 45: 361-368.
10. Jankowska K, Wrzyszczyk-Kowalczyk A, Pregiel B, Sołtan E: Leczenie stomatologiczne siostr z zespołem Seckela. *Implantoprotetyka* 2009; 10: 26-29.
11. Molina GF, Kultje C: Atraumatic restorative treatment (ART) with Carisolv in intellectually disabled patients. *Journal of Disability & Oral Health* 2003; 4: 15-18.
12. Gerreth K: Zastosowanie metody ART u chorych na trąd w Puri. *Stomat Współ* 2003; 4: 25-29.
13. Gerreth K: Ocena kliniczna wypełnień w zębach leczonych metodą ART w Indiach. *Poradnik Stomat* 2005; 5: 24-27.

14. Szczepańska J, Pawłowska E: Cechy kliniczne i morfologia części twarzowej czaszki u dzieci z zespołem Williamsa – opis dwóch przypadków. *Czas Stomatol* 2008; 61: 401-408.
15. Molina GF, Faulks D, Frencken JE: Suitability of ART approach for managing caries lesions in people with disability – Experts' opinion. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 1430-1435.
16. Topouzei N, Kotsiomi E, Arhakis A: An alternative impression technique for individuals with special care needs. *Spec Care Dentist* 2010; 30: 266-270.
17. Waldman HB, Swerdloff M, Perlman SP: Children with mental retardation and epilepsy: demographics and general concerns. *ASDC J Dent Child* 2000; 67: 268-274.
18. Mehmet Y, Senem Ö, Sülün T, Hümeýra K: Management of epileptic patients in dentistry. *Surgical Science* 2012; 3: 47-52.
19. Károlyházy K, Kivovics P, Fejerdy P, Aranyi Z: Prosthodontic status and recommended care of patients with epilepsy. *J Prosthet Dent* 2005; 93: 177-182.
20. Kosyfaki P, Woerner W, Att W: Prosthodontic treatment in a partially edentulous patient with a complex medical history of epilepsy and deep vein thrombosis: A case report. *Quintessence Int* 2011; 42: 365-373.
21. Borsuk-Nastaj B, Tomera K, Wróbel K et al.: Rehabilitacja protetyczna pacjentów chorych na padaczkę. Opis przypadku. *Nowa Stomatologia* 2008; 4: 141-146.
22. Inada M, Yamazaki T, Shinozuka O, Sekiguchi G et al.: Complete denture treatments for a cerebral palsy patient by using a treatment denture. A case report. *J Med Dent Sci* 2002; 49: 171-177.
23. Rogers JO: Implant stabilized complete mandibular denture for a patient with cerebral palsy. *Dental Update* 1995; 22: 23-26.
24. Marukawa Y, Akiyama S, Morisaki I: Clinical application of dental prosthesis with magnetic attachment to a patient with cerebral palsy. *J Osaka Univ Dent Sch* 1994; 34: 45-49.
25. Gerreth K: Sprzęt wykorzystywany podczas leczenia stomatologicznego pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – przegląd piśmiennictwa. *Mag Stomat* 2013; 2: 158-162 (online).
26. Dziedzic A: System domowej i mobilnej opieki stomatologicznej w Wielkiej Brytanii. *Mag Stomat* 2009; 19: 141-148.

nadesłano: 27.03.2015

zaakceptowano do druku: 27.05.2015