



2. del

Sistemske bolezni in ustno zdravje

Zdravniška zbornica Slovenije
Marec 2023

Sistemske bolezni in ustno zdravje, 2. del

E – zbornik, spletna izdaja

Urednika
Sanda Lah Kravanja
Zlatko Fras

Tehnična urednica
Andreja Stepišnik

Lektoriranje
Marta Brečko Vrhovnik

Oblikovanje in računalniška postavitve
Ekspert, projektiranje in grafično oblikovanje s.p.
Oblikovanje: **Katja Skerbinek**

Izdala in založila
ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Naslov objave:
https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/e-izobrazevanja/zborniksbuz_2023_v2a.pdf

Izdano
Ljubljana, marec 2023
Brezplačna publikacija

Izšlo ob strokovnem srečanju, 11. marec 2023, Medicinski izobraževalni center Zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, Dunajska 162.

Katalogni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani.

COBISS.SI-ID 144655107

ISBN 978-961-6185-38-7 (PDF)



Sistemske bolezni in ustno zdravje

2. del

Zdravniška zbornica Slovenije

Marec 2023

Cenjene kolegice in cenjeni kolegi,

v pričujočem zborniku so predstavljeni povzetki predavanj in kratke predstavitve predavateljev, ki v marcu 2023 sodelujejo na strokovnem srečanju z naslovom Sistemске bolezni in ustno zdravje, 2. del. Strokovno srečanje v organizaciji Odbora za zobozdravstvo ZZS sodi v okvir rednih izobraževanj, ki jih zobozdravniki pripravljamo za naše člane.

Zdravniki in zobozdravniki se vedno pogosteje srečujemo z dilemami o prepoznavanju in poteku različnih sistemskih bolezenskih stanj, možnostih zdravljenja in napotitvah na različne vrste posegov, o medsebojnih učinkih zdravil. Pomembno je prepoznavanje težav in možnosti dobre interdisciplinarne obravnave bolnika na vseh ravneh. Z dobro komunikacijo si želimo med drugim doseči tudi, da ne bi prihajalo do nepotrebnih napotovanj, ki pomenijo povečane obremenitve tako zdravnikov in zobozdravnikov kot tudi pacientov.

Prvega seminarja, ki je v septembru 2022 zaradi epidemioloških ukrepov ob epidemiji covida-19 potekal v hibridni obliki, se je udeležilo 245 slušateljev. Številna vprašanja in predlogi za skupne tematike so nas spodbudili k odločitvi, da z delom nadaljujemo. Izbrali smo novo serijo strokovnih tem, s katerimi se srečujemo pri interdisciplinarni obravnavi pacientov, saj se v okolju nenehno in hitro razvijajočih se usmerjenih internističnih strok in ustne medicine zavedamo nepogrešljive povezanosti in nuje po sodelovanju ob obravnavi bolnikov.

V okvirih posamezne teme sta predavatelja v paru – zdravnik in zobozdravnik – poskušala osvetliti določeno bolezensko stanje vsak s svojega zornega kota ter prikazati skupne osnove, povezave in medsebojne vplive bolezni, tako na ustno kot na sistemsko zdravje. Glede na izkušnje iz prvega seminarja in na pobudo udeležencev smo vsebinski del predavanj nekoliko prilagodili, teme smo razvrstili po sklopih, dodanega je bilo več časa za konstruktivno razpravo po obeh delih predstavitev.

Celostna obravnava bolnika potrebuje dobro komunikacijo in sodelovanje med timi, ki vstopajo v interdisciplinarno zdravljenje. Le hitro in zanesljivo izmenjevanje informacij lahko izboljša kakovost in varnost protokolov zdravljenja. Ker mora pacient (p)ostati v središču učinkovite zdravstvene obravnave, potrebuje tudi sam kar največ znanja o svoji(h) bolezni(h) in s proaktivnim pristopom ter željo po boljši zdravstveni opismenjenosti del aktivne vloge prevzeti tudi sam. Nujno je spodbujanje boljše splošne ozaveščenosti, da dobro ustno zdravje nikakor ne pomeni le lepega nasmeha, je tudi osnova za dobro sistemsko zdravje in počutje.

Urednika zbornika se zahvaljujeva vsem aktivno sodelujočim, predavateljem, programskemu in organizacijskemu odboru OZB ter strokovnim sodelavcem Medicinsko-izobraževalnega centra ZZS.



asist. dr. Sanda Lah Kravanja



prof. dr. Zlatko Fras

***Hvala za udeležbo, vabljeni k branju
in nasvidenje na tretjem srečanju,
SBUZ3, v novembru 2023!***

PROGRAMSKI IN ORGANIZACIJSKI ODBOR

Matjaž Gorkič, vodja programskega odbora

Prof. dr. Zlatko Fras

Asist. dr. Sanda Lah Kravanja

Krunoslav Pavlović

Beti Kruljc Korelc

Andreja Stepišnik

VSEBINA

Sistemske vezivno tkivne bolezni, njihovo zdravljenje in ustno zdravje.....7

Katja Perdan Pirkmajer

Eva Skalerič

Bolnik po transplantaciji na imunosupresivnem zdravljenju in ustno zdravje.....14

Miha Arnol

Zala Skomina

Bolniki na zdravljenju z obsevanjem in ustno zdravje.....21

Primož Strojan

Jana Krapež

Interdisciplinarna obravnava motenj dihanja v spanju.....25

Kristina Ziherl

Ksenija Rener-Sitar

Znaki zastrupitev in uporaba substanc v ustni votlini.....27

Damjan Grenc

Ivan Alajbeg

Motne hranjenja in ustno zdravje.....31

Karin Sernec

Maja Grošelj

AVTORJI

Doc. dr. Katja Perdan Pirkmajer, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za revmatologijo, Bolnica Petra Držaja, Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Doc. dr. Eva Skalerič, dr. dent. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Center za ustne bolezni in parodontologijo, UKC Ljubljana Katedra za ustne bolezni in parodontologijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Prof. dr. Miha Arnol, dr. med.

Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, in Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Asist. Zala Skomina, dr. dent. med.

Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana in Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Red. prof. dr. Primož Stojan, dr. med., spec., radioterapije in onkologije

Onkološki inštitut Ljubljana, Sektor radioterapije, Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Katedra za onkologijo

Asist. Jana Krapež, dr. dent. med., spec. iz zobnih bolezni in endodontije

Center za zobne bolezni, Stomatološka klinika, UKC Ljubljana

Asist. Kristina Ziherl, dr. med., spec. pnevmologije, evropska ekspertinja za motnje spanja

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Prof. dr. Ksenija Rener-Sitar, dr. dent. med., spec. stomatološke protetike, spec. za ustno-obrazno bolečino (ZDA)

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za stomatološko protetiko

Prof. dr. Ivan Alajbeg, spec. oralne medicine

Stomatološka fakulteta Univerze v Zagrebu in Stomatološka klinika KBC Zagreb

Damjan Grenc, dr. med., spec. int.

Center za klinično toksikologijo in farmakologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Prim. asist. dr. Karin Sernec, dr. med., psihiatrinja in psihoterapevtka

Vodja Enote za zdravljenje motenj hranjenja, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje

Dr. Maja Grošelj, dr. dent. med., zobozdravnica spec. za zobne bolezni in endodontijo

ZD dr. Adolfa Drolca Maribor

Sistemske vezivnotkivne bolezni, njihovo zdravljenje in ustno zdravje



Doc. dr. Katja Perdan Pirkmajer,
dr. med., spec. revmatologije
in klinične farmakologije



Doc. dr. Eva Skalerič,
dr. dent. med.

Kratka predstavitev

Doc. dr. Katja Perdan Pirkmajer, dr. med., spec. revmatologije in klinične farmakologije, je zaposlena na Kliničnem oddelku za revmatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in na Katedri za interno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Poleg redne klinične prakse aktivno sodeluje pri izobraževanju dodiplomskih študentov medicine tako v sklopu rednega pouka kot raziskovalnih nalog. Raziskovalno se udeležuje trenutno predvsem na področju Sjögrenove bolezni in sistemske skleroze. Je avtorica tujih znanstvenih in domačih strokovnih prispevkov ter slovenska predstavnica v EUSTAR (European Scleroderma Trials And Research group).

Povzetek predavanja

1. Uvod

Vnetne revmatične bolezni so kronične bolezni, ki so v razvitem svetu v precejšnjem porastu. Manifestacije v ustni votlini so pogosto lahko prvi znak nekaterih vnetnih revmatičnih bolezni, lahko so znak aktivne bolezni, ki zahteva bolj intenzivno zdravljenje, lahko posledica same narave bolezni; ne nazadnje pa so lahko tudi posledica farmakološkega zdravljenja. Vsekakor ima poleg revmatologa stomatolog lahko ključno vlogo pri prvem soočanju s temi boleznimi, hkrati pa je pomemben član multidisciplinarnega pristopa k obravnavi vnetnih revmatičnih bolezni.

Sistemske vezivnotkivne bolezni (SVTB) so skupina kroničnih vnetnih revmatičnih bolezni, kamor štejemo Sjögrenovo bolezen (SjS), sistemski lupus eritematozus (SLE), sistemsko sklerozo (SSc), mešano vezivnotkivno bolezen (MCTD), antifosfolipidni sindrom (APS) in vnetne miopatije. S stališča manifestacij v ustni votlini so pomembne predvsem prve tri bolezni. Poleg tega se bomo v prispevku dotaknili še dveh vaskulitčnih bolezni, pri katerih so manifestacije v ustni votlini zelo pomembne – granulomatoze s poliangiitisom in Behçetove bolezni.

2. Sjögrenova bolezen

Sjögrenova bolezen je kronična sistemska avtoimunska bolezen, za katero je značilna prizadetost žlez z zunanjim izločanjem s posledično suhostjo sluznic in kože. Je pogosta vnetna revmatična bolezen, ki se navadno pojavlja med 40. in 60. letom življenja. Bistveno pogostejše (9–15-krat) zbolevalo ženske. V Sloveniji je ocenjena prevalenca Sjögrenove bolezni 0,6 %, incidenca pa 4 na 100.000 odraslih prebivalcev (1, 2). Pri približno tretjini bolnikov se pojavi tudi sistemska prizadetost, kjer so najpogostejše prizadeti sklepi, lahko pa tudi koža, pljuča, ledvice, jetra, živčni sistem in mišice. Obstajajo različni fenotipi bolezni, od počasi napredujoče avtoimunske eksokrinopatije do hude sistemske izražene bolezni. Tveganje za razvoj ne-Hodgkinovega B-celičnega limfoma je pri bolnikih s Sjögrenovo boleznijo 14-krat večje kot pri zdravi populaciji. V zadnjih letih je postalo jasno, da so določene značilnosti bolezni povezane z vrsto protiteles, ki jih najdemo pri bolnikih (3). Zdi se, da protitelesa proti Ro niso pomembna samo diagnostično, ampak določajo tudi fenotip bolezni.

Diagnoza Sjögrenove bolezni je sicer klinična in temelji na kombinaciji kliničnih znakov, seroloških, histoloških in funkcionalnih parametrov, saj nimamo enega samega zadosti občutljivega in specifičnega testa. Opiramo se na ACR/EULAR razvrstitvena merila iz leta 2016 (4).

2.1. Prizadetost ustne votline

Večina bolnikov s Sjögrenovo boleznijo pride k zdravniku najprej zaradi suhih sluznic, predvsem ust in oči. Bolezen prizadene tako male kot velike žleze slinavke, pri nekaterih bolnikih se suhosti pridruži vidno otekanje velikih žlez slinavk (zaradi limfocitne infiltracije, okužb, zapore odtoka sline itd.).

Sjögrenova bolezen povzroča hiposalivacijo zaradi z avtoimunskim vnetjem povzročene neposredne poškodbe in uničenja žlez, kot tudi preko imunske posredovane zavore samega sekretornega procesa v še ohranjenih žleznih acinusih. Slina je nepogrešljiva za normalno delovanje in zaščito ustne votline in tudi preostale sluznice prebavi – čisti in vlaži tkiva v ustni votlini, mehča zaužito hrano, olajša žvečenje, okušanje in govor. Deluje protimikrobno. Več kot 90 % sline proizvedejo velike žleze slinavke. Izločanje sline je pod nadzorom avtonomnega živčevja, predvsem parasimpatikusa (5).

Zaradi zmanjšane tvorbe sline bolniki praviloma težko požirajo suho hrano, spremeni se jim okus (disgevizija), pojavljajo se težave pri dolgotrajnem govorjenju. Jezik se lepi na nebo. Pri pravi kserostomiji so pogosti neprenašanje začinjene ali kisle hrane, stomatodinija (pekoča usta in jezik) in halitoza. Klinično ugotavljamo penasto slino, pomanjkanje sline na ustnem dnu, suh in razbrazdan jezik, prezgodnjo zobno gnilobo – posebno na zobnem vratu, gingivitis. Pogosta je kandidiaza ustne votline.

2.2. Zdravljenje

Gre za bolezen, ki pogosteje pomeni hude nevšečnosti zaradi manjše sekrecije eksokrinih žlez. Pri suhosti ust so v prvi vrsti pomembni splošni ukrepi (okolje, zdravila, ureditev sladkorne bolezni, če jo bolnik ima in je neustrezno urejena, prenehanje kajenja). Potrebna je redna ustna higiena in pogosti obiski zobozdravnika. Vsaj teden do dva vsake tri mesece naj bi si usta redno spirali z brezalkoholnimi pripravki, ki vsebujejo klorheksidin. Odsvetujemo uživanje sladkorja, med obroki in pred spanjem je najbolj v pomoč uživanje manjših količin vode, nekaterim pomaga uporaba umetne sline. Izločanje sline spodbujajo z žvečilnimi gumiji in bomboni brez sladkorja, lahko z dodatkom ksilitola. Ugodno deluje vsakodnevna masaža velikih žlez slinavk s toplimi obkladki. Kandidiazo ustne sluznice po navadi zdravimo z lokalnimi antimikotiki, v primeru ponavljajoče se glivične okužbe je smiselno podaljšano zdravljenje s flukonazolom 50 mg dvakrat tedensko.

Ob hujših težavah lahko poskusimo s sekretagogi – parasimpatikomimetiki. Pilokarpin hidroklorid v odmerku 10–30 mg/dan in cevimelin hidroklorid trikrat 30 mg sta visoko afinitetna agonista muskarinskih receptorjev M3 in spodbujata delovanje eksokrinih žlez. Pilokarpin zmanjša suhost ustne sluznice v 60 %, suhost oči pa v 40 %. Najpogostejši neželeni učinek sekretagogov je prekomerno potenje (pojavlja se v 50 %), med pogostejše neželene učinke spadajo tudi palpitacije, driska, slabost, zato odmerek zdravila zvišujemo počasi. Drugih oblik sistemskega zdravljenja za suhost sluznic pri Sjögrenovi bolezni zaenkrat nimamo, potekajo pa številne študije.

Ko gre za zunajžlezno prizadetost, zdravimo glede na to, kateri organski sistem je prizadet. Bolečine v sklepih in mišicah zmanjšujejo paracetamol in nesteroidni antirevmatiki. Če gre za kronični artritis, pogosto uporabimo antimalarike ali metotreksat. Prizadetost pljuč, ledvic, vaskulitis in druge resnejše znake bolezni zdravimo z glukokortikoidi in zdravili, ki spreminjajo potek bolezni (azatioprin, ciklosporin A, mikofenolat mofetil in ciklofosfamid). V primeru terapevtsko rezistentnega poteka pride v poštev tudi zdravljenje z deplecijo oz. zavoro limfocitov B (rituksimab) (6). Zdravljenje limfoma vodi onkolog.

3. Sistemski lupus eritematozus

Sistemski lupus eritematozus (SLE) je sistemska vezivnotkivna bolezen, pri kateri lastna protitelesa in imunski kompleksi poškodujejo celice in tkiva. Prevalenca bolezni je zelo različna, saj nanjo vplivajo tako zemljepisne kot rasne razlike, in se giblje med 4 in 250 bolnikov na 100.000 oseb. Pogostejše zbolevalo mlajše ženske, pripadniki črne rase, živeči v mestnem okolju.

Klinična slika sistemskega lupusa eritematozusa je zelo pestra, bolezen lahko prizadene katerikoli organ. Običajno se splošni znaki (zvišana telesna temperatura, utrujenost in izguba telesne teže) prepletajo z mišično-skeletnimi bolečinami, hematološkimi odkloni in vnetjem seroznih mren. V ospredju je lahko ledvična ali nevrološka prizadetost. Pogosto vidimo, da se vzorec prizadetosti organov, ki je prisoten na začetku bolezni, ponavlja tudi kasneje pri poslabšanjih (7).

S stališča ustnega zdravja je pomembno vedeti, da so pri tej bolezni pogosto prizadete sluznice, in sicer v obliki nebolečih razjed, ki se pojavljajo pri do 50 % bolnikov; pri okoli 20 % so lahko prva manifestacija bolezni. Razjede tako običajno pomenijo aktivno bolezen in potrebo po uvedbi/okrepitvi imunosupresivne terapije.

4. Sistemska skleroza

Sistemska skleroza (SSc) je redka kronična sistemska bolezen vezivnega tkiva z zelo raznoliko klinično sliko in nepredvidljivim potekom, ki je posledica prepletanja treh patogenetskih procesov: aktiviranega imunskega sistema z vnetjem, okluzivne vaskulopatije in čezmerne tvorbe kolagena s fibroziranjem. V Sloveniji je incidenca vseh kliničnih oblik bolezni 2,6 na 100.000 prebivalcev, starejših od 18 let. Najpogostejše se bolezen pojavlja med 30. in 60. letom starosti. Ženske zbolevalo vsaj trikrat (po nekaterih podatkih celo do devetkrat) pogostejše kot moški. Sistemska skleroza je klinično heterogena. Ločimo štiri oblike: preskleroderma, omejena kožna oblika (okoli 60 % bolnikov), difuzna kožna oblika (okoli 40 % bolnikov), sistemska skleroza brez prizadetosti kože (redka).

Opis posameznih oblik presega namen tega prispevka. Zapomniti pa si velja, da na možnost sistemske skleroze pomislimo pri bolnikih z Raynaudovim fenomenom, ki se praviloma pojavlja pri vseh oblikah. Pri postavitvi diagnoze si pomagamo z razvrstitvenimi merili ACR/EULAR, sprejetimi leta 2013 (8). Glavno merilo za postavitev diagnoze je sklerodermično spremenjena koža prstov obeh rok in kože proksimalno od metakarpofalangealnih sklepov.

S stališča ustnega zdravljenja je pomembno predvsem vedeti, da ima precej bolnikov s SSc težave z vedno ožjo ustno odprtino vse do mikrostomije, kar močno otežuje tako prehranjevanje kot ustno nego in potrebne zobozdravstvene posege. Poleg tega se pogosto dodatno pojavlja suhost ust, večina bolnikov pa razvije med potekom bolezni tudi težave v smislu disfagije in malabsorpcije, saj bolezen lahko sčasoma prizadene celoten prebavni trakt (9).

5. ANCA-vaskulitis – granulomatoza s poliangiitisom

Granulomatoza s poliangiitisom (GPA) sodi med vaskulitise malih žil. Pri GPA je pomembna prisotnost specifičnih protiteles proti antigenom v citoplazmi nevtrofilcev (ANCA), običajno proti proteinazi 3 (PR3). Bolezen prizadene oba spola enako, lahko se pojavi v kateremkoli življenjskem obdobju (10).

Vnetni proces prizadene področje zgornjih in/ali spodnjih dihal, spremlja pa ga nekrotizirajoči vaskulitis malih do srednje velikih žil, praviloma v pljučih, lahko je pridružen še fokalni nekrotizirajoči glomerulonefritis.

Poleg značilne prizadetosti zgornjih dihal (prisotne pri 70–100 % bolnikov), ki se kaže kot kronični sinusitis, granulomi v obnosnih votlinah, ki so lahko lokalno razdiralni, kronični rinitis (z razjedami v nosu,

krvavkastim izcedkom iz nosu, mogoče je predrtje nosnega pretina s končno sedlasto deformacijo nosu), se pri cca 13 % bolnikov pojavljajo tudi razjede po ustni votlini, ki so lahko celo prva manifestacija bolezni. V nekaterih primerih se pojavijo značilno vnete dlesni, ki spominjajo na zelo zrelo jagodje (angl. strawberry gums), značilna lezija, pri kateri je treba pomisliti na možnost GPA (11).

6. Behçetova bolezen

Behçetova bolezen je oblika vaskulitisa, ki lahko prizadene žilje katerekoli velikosti, tako arterije kot vene. Običajno se pojavlja med 20. in 40. letom in je pri nas redka bolezen. Pogosta je v Sredozemlju in Vzhodni Aziji (12). Za bolezen in diagnozo značilno je pojavljanje bolečih razjed in aft v ustih in v predelu genitalij, ki brazgotinijo. Lezije se praviloma pogosto ponavljajo (običajno vsaj petkrat letno) in se pojavljajo v skupinah po več lezij naenkrat (13).

Klinično je pogosta tudi prizadetost oči (uveitis), 60 % bolnikov razvije artritis, v sklopu aktivnega vaskulitisa pa je lahko prizadet marsikateri organ, od kože do centralnega živčevja; povrhnji tromboflebitisi so med pogostejšimi manifestacijami, življenjsko nevarna je lahko pojavitev anevrizme pljučnih arterij. Možna je tudi resna prizadetost prebavil, pri čemer je Behçetova bolezen včasih težko ločevati od kronične vnetne črevesne bolezni.

Glede na mednarodna merila za postavitve diagnoze Behçetove bolezni (14) je pojavljanje značilnih lezij v predelu ustne votline in genitalij dovolj za postavitve diagnoze.

Zdravljenje je odvisno od prizadetosti pri posameznem bolniku. Medtem ko je pri zgolj sluznični prizadetosti lahko dovolj lokalna kortikosteroidna terapija in kolhicin, je pri razvoju resnejših manifestacij lahko potrebno pulzno glukokortikoidno zdravljenje in druga imunosupresivna terapija (odvisno od manifestacije vse od metotreksata, azatioprina, ciklofosfamida, pa do TNF-zaviralcev) (12).

Opozorila in aforizmi

- Manifestacije v ustni votlini so pogosto lahko prvi znak nekaterih vnetnih revmatičnih bolezni, lahko so znak aktivne bolezni, ki zahteva bolj intenzivno zdravljenje, lahko posledica same narave bolezni; ne nazadnje pa so lahko tudi posledica farmakološkega zdravljenja.
- Ustno zdravje je pogosto zanemarjen vidik obravnave bolnika z vnetno revmatično boleznijo, ki pa je za kakovost življenja bistvenega pomena.
- Bolnik s Sjögrenovo boleznijo potrebuje redno obravnavo pri stomatologu.
- Razjede v ustni sluznici pri SLE običajno kažejo na aktivno bolezen.
- Pri bolniku s sistemsko sklerozo moramo misliti na možnost razvoja mikrosomije in ustrezne ukrepe v ustni votlini.
- Bolnik z GPA lahko ima prve manifestacije v ustni votlini in je zato stomatolog pomemben pri čimprejšnji postavitvi diagnoze.
- Pri pojavljanju bolečih razjed/aft v ustih, ki brazgotinijo, pomislimo na možnost Behçetove bolezni.

Literatura

1. Tomsic M. Prevalence of Sjögren's syndrome in Slovenia. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38:174–70
2. Plesivcnik Novljan M, Rozman B, Hocevar A in sod. Incidence of primary Sjögren's syndrome in Slovenia. *Annals of the rheumatic diseases* 2004; 63:874–6.
3. Mariette X, Criswell LA. Primary Sjögren's syndrome. *N Engl J Med* 2018; 378:931–939.
4. Shiboski CH, 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome. *Arthritis Rheumatol.* 2017; 69(1):35–45.
5. HOČEVAR, Alojzija, PERDAN-PIRKMAJER, Katja. Bolnik s suhimi očmi in/ali suho sluznico v ambulantni družinskega zdravnika V: FRAS, Zlatko (ur.), POREDOŠ, Pavel (ur.). Zbornik prispevkov. V Ljubljani: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, 2017. Str. 42. ISBN 978-961-267-129-7.
6. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S On behalf of the EULAR-Sjögren Syndrome Task Force Group, et al EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies *Annals of the Rheumatic Diseases* 2020;79:3–18.
7. PRAPROTNIK, Sonja. Sistemske veznoaktivne bolezni : sistemski lupus eritematosus in druge oblike lupusnega sindroma. V: KOŠNIK, Mitja (ur.), ŠTAJER, Dušan (ur.). *Interna medicina*. 5. izd. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Slovensko zdravniško društvo: Buča, 2018. Str. 1372–1382.
8. Park JS, Park MC, Song JJ, Park YB, Lee SK, Lee SW. Application of the 2013 ACR/EULAR classification criteria for systemic sclerosis to patients with Raynaud's phenomenon. *Arthritis Res Ther.* 2015;17(1):77.
9. Khidir SJ, Boonstra M, Bergstra SA, et al. Mouth opening in systemic sclerosis: Its course over time, determinants and impact on mouth handicap. *Journal of Scleroderma and Related Disorders.* 2023;8:64–71.
10. Garlapati P, Qurie A. Granulomatosis with Polyangiitis. [Updated 2022 Dec 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557827/>
11. Napier SS, Allen JA, Irwin CR, McCluskey DR. Strawberry gums: a clinicopathological manifestation diagnostic of Wegener's granulomatosis? *J Clin Pathol.* 1993;46:709–12.
12. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behcet's disease. *Yonsei Med J.* 2007; 48:573–85.
13. Davatchi F, Chams-Davatchi C, Shams H, Shahram F, Nadji A, Akhlaghi M, et al. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2017;13:57–65.
14. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:338–47.

Kratka predstavitev

Doc. dr. Eva Skalerič, dr. dent. med., je končala študij dentalne medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Leta 2012 je opravila specialistični izpit in leta 2013 doktorirala na področju parodontologije. Zaposlena je kot specialistka na Centru za ustne bolezni in parodontologijo na Stomatološki kliniki v Ljubljani ter kot docentka na Katedri za ustne bolezni in parodontologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Predava tudi na Višji strokovni šoli za ustne higienike, kjer opravlja tudi delo namestnice ravnatelja.

Povzetek predavanja

Oralne manifestacije sistemskih vezivnotkivnih bolezni

Številne vezivnotkivne bolezni se lahko izražajo v ustni votlini. Mednje spadajo Sjögrenova bolezen (SjS), sistemski lupus eritematozus (SLE), sistemska skleroza (SSc) in vaskulitisa: granulomatoza s poliangiitisom (GPA) in Behçetova bolezen.

Sjögrenova bolezen (SjS) je kronična avtoimunska bolezen, ki povzroča eksokrinopatijo oz. prizadetost žlez z zunanjim izločanjem. Zaradi prizadetosti žlez slinavk se v ustni votlini lahko pojavijo naslednje spremembe: povečane žleze slinavke, hiposalivacija, glositis, glosodinija, mukozitis, orodinija, spremenjen okus, oteženo požiranje, oralna kandidiaza, karies in parodontalna bolezen (1–3, 6, 7).

Zdravljenje oralnih manifestacij lahko razdelimo v tri skupine:

1. vlaženje in lubrikacija ustne sluznice,
2. zdravljenje in lajšanje pekočin, kandidiaze in drugih lezij na ustni sluznici,
3. preventiva kariesa in parodontalne bolezni (9).

Sistemski lupus eritematozus (SLE) je sistemska vezivnotkivna bolezen, pri kateri lastna protitelesa in imunski kompleksi lahko poškodujejo celice in tkiva kateregakoli organa. Pogosto se SLE izraža tudi v ustni votlini z naslednjimi spremembami: neboleče razjede, eritematozne lezije, obdane z belimi strijami, hiposalivacija, glosodinija, heilitis in artritis (1, 2, 5, 6, 9).

Zdravljenje oralnih manifestacij SLE največkrat vključuje lajšanje bolečin z lokalnimi anestetiki in kortikosteroidi. V primeru hiposalivacije je pomembno vlaženje ustne sluznice.

Sistemska skleroza (SSc) je redka kronična sistemska bolezen vezivnega tkiva, ki pogosto vodi tudi do težav na področju ustne votline. Pogosto se pojavi oženje ustne odprtine ali mikrostomija, ki vodi v večje tveganje za karies in parodontalno bolezen. Pojavita se lahko tudi hiposalivacija in disfagija (8).

Pomembno je, da mikrostomija ne privede do kariesa in parodontalne bolezni. Zato so pomembni pogosti obiski pri zobozdravniku/ustnem higieniku ter čim bolj temeljita ustna higiena s prilagojenimi pripomočki in zobnimi pastami s fluoridi.

Granulomatoza s poliangiitisom (GPA) sodi med vaskulitise malih žil. Pri GPA lahko pride tudi do oralnih manifestacij, in sicer se pri nekaterih pacientih pojavijo razjede na ustni sluznici. Včasih se pojavijo tudi izrazito vnete dlesni, ki izgledajo kot zrelo jagodje (angl. strawberry gums) (10).

Literatura

1. Gandolfo S, Scully C, Carozzo M. Oral Medicine. Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
2. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine, The Basis of Diagnosis and Treatment. 3rd Edition. Churchill Livingstone Elsevier; 2013.
3. Stewart CM. Introduction, Diagnostic Criteria, Pharmacotherapy, and Dental Management. In: Sjögren's Syndrome and Oral Health, Disease Characteristics and Management of Oral Manifestation. Springer; 2021. p. 3-17.
4. Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune Diseases and Their Manifestations on Oral Cavity: Diagnosis and Clinical Management. J Immunol Res. 2018 May 27;2018:6061825.
5. García-Ríos P, Pecci-Lloret MP, Oñate-Sánchez RE. Oral Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 21;19(19):11910.
6. Malamos D, Scully C. Clinical Guide to Oral Diseases. Wiley Blackwell; 2021.
7. Scully C: Scully's Handbook of Medical Problems in Dentistry. Elsevier; 2016.
8. Zhang S, Zhu J, Zhu Y, Zhang X, Wu R, Li S, Su Y. Oral manifestations of patients with systemic sclerosis: a meta-analysis for case-controlled studies. BMC Oral Health. 2021 May 10;21(1):250.
9. Little JW, Miller CS, Rhodus NI. Little and Falace's Dental Management of the Medically Compromised Patient. 9th Edition. Elsevier; 2018.
10. Napier SS, Allen JA, Irwin CR, McCluskey DR. Strawberry gums: a clinicopathological manifestation diagnostic of Wegener's granulomatosis? J Clin Pathol. 1993;46:709-12.

Bolnik po transplantaciji na imunosupresivnem zdravljenju in ustno zdravje



Asist. Zala Skomina,
dr. dent. med.



Prof. dr. Miha Arnol,
dr. med.

Kratka predstavitev

Prof. dr. Miha Arnol je eden vodilnih strokovnjakov na področju transplantacijske medicine. Leta 2000 je diplomiral na Medicinski fakulteti (MF) Univerze v Ljubljani. Po zaključenem magistrskem študiju na Inštitutu za fiziologijo MF je leta 2002 nadaljeval s kliničnim izobraževanjem in leta 2008 postal specialist interne medicine, leta 2016 pa tudi specialist nefrologije. V okviru kliničnega usposabljanja se je osredotočil na transplantacijsko medicino in leta 2007 eno leto gostoval na Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, ZDA. Leta 2008 je zaključil doktorski študij biomedicine, od leta 2020 je redni profesor s področja interne medicine. Trenutno je predstojnik Kliničnega oddelka za nefrologijo in vodja Centra za transplantacijo ledvic UKC Ljubljana. Je predstavnik Slovenije v Eurotransplant Kidney Advisory Committee v Leidnu na Nizozemskem ter član evropskega in ameriškega transplantacijskega združenja. Njegove raziskave so osredotočene na optimizacijo imunosupresijskega zdravljenja, zmanjšanje srčno-žilnega tveganja pri bolnikih s presajeno ledvico ter neinvazivne molekularne označevalce zavrnitve presajene ledvice.

Asist. Zala Skomina, dr. dent. med., je študij dentalne medicine končala leta 2015 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Med študijem je prejela diplomu profesorja Janeza Plečnika in Brenčič-Logarjevo nagrado za izjemne dosežke. Po opravljenem pripravništvu se je septembra 2016 zaposlila na Katedri za maksilofacialno in oralno kirurgijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Za nazivnega asistenta s področja maksilofacialne in oralne kirurgije je bila prvič imenovana januarja 2017. Trenutno opravlja specializacijo iz oralne kirurgije, ki jo je začela jeseni 2019, zaključuje doktorsko nalogo in poučuje na Katedri za maksilofacialno in oralno kirurgijo.

Povzetek predavanja

UVOD

Ustna flora je zelo raznolika, sestavlja jo več kot 600 različnih mikroorganizmov. Pri imunokompromitiranih pacientih po transplantaciji solidnih organov je ustna votlina rezervoar mikroorganizmov s patogenim potencialom (1). Zobna žarišča so potencialni vir sistemskih okužb in jih je treba odstraniti pred uvedbo imunosupresivnega zdravljenja.

Zobozdravniško zdravljenje pred in po transplantaciji

Zobozdravniško zdravljenje je pri prejemnikih solidnih organov razdeljeno na zdravljenje pred transplantacijo in zdravljenje po transplantaciji.

PRED TRANSPLANTACIJO in uvedbo imunosupresivnega zdravljenja je za vse paciente potreben pregled pri zobozdravniku za izključitev vnetnih žarišč z oceno ustnega zdravja in sanacijo morebitnih žarišč. Temeljita ocena ustnega zdravja z ustreznim zdravljenjem pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja (2). Dentalna okužba je lahko vzrok za odloženo ali odpovedano transplantacijo (3). Študije so pokazale, da imajo pacienti s kronično ledvično boleznijo in kroničnimi jetrnimi obolenji slabše ustno zdravje in potrebujejo večje število obiskov pri zobozdravnikih kot splošna populacija (4–6). Pregled pri zobozdravniku je sestavljen iz kliničnega pregleda in rentgenske diagnostike.

Klinični pregled sestavljajo:

1. pregled oralne in orofaringealne sluznice,
2. parodontalni pregled z merjenjem globine sondiranja, oceno krvavitve ali gnojenja ob sondiranju, prizadetosti zobnih razcepišč, majavosti zob ter prisotnosti mehkih in trdih zobnih oblog,
3. pregled zobovja z označitvijo karioznih, manjkajočih in plombiranih zob.

Zelo pomembna je prepoznava akutnih odontogenih okužb z znaki vnetja: bolečina, oteklina, rdečina, povečana telesna temperatura in zmanjšana funkcija prizadetega dela.

Standardna rentgenska diagnostika je ortopantomogram. V določenih primerih je potrebno še dodatno periapikalno rentgensko slikanje za ocenitev periapikalne patologije, endodonsko zdravljenih zob, kostne patologije ter slikanje zobnih kron za oceno karioznih lezij. Za razjasnitev odnosa korenin spodnjih molarjev do mandibularnega kanala in pri drugih kompleksnih odločitvah uporabljamo tridimenzionalno diagnostiko – računalniško tomografijo s stožčastim snopom (CBCT).

Zobozdravniško zdravljenje temelji na oceni tveganja za odontogeno okužbo (7), zato paciente na podlagi klinične in radiološke ocene razvrstimo v eno izmed treh skupin glede na tveganje za odontogeno okužbo s priporočljivim zdravljenjem (Tabela 1):

1. NIZKO TVEGANJE

zobozdravniško zdravljenje ni potrebno,

2. SREDNJE TVEGANJE

zobozdravniško zdravljenje ali spremljanje je potrebno, odvisno od zdravstvenega stanja pacienta in predvidenega časa do transplantacije,

3. VISOKO TVEGANJE

zobozdravniško zdravljenje je nujno potrebno pred transplantacijo.

Tabela 1. Razdelitev pacientov glede na tveganje za odontogeno okužbo s priporočljivim zdravljenjem. Povzeto po Hansen in sodelavci (7).

	RAZRED 1 NIZKO TVEGANJE		RAZRED 2 SREDNJE TVEGANJE		RAZRED 3 VISOKO TVEGANJE	
	Ocena	Zdravljenje	Ocena	Zdravljenje	Ocena	Zdravljenje
KARIES	Brez kariesa	Zdravljenje ni potrebno	Dentinski karies, ki ne sega do pulpe	Zdravljenje ali spremljanje	Obsežen karies v bližini pulpe ali s pulpalno prizadetostjo	Endodontsko zdravljenje
	Začetni karies v sklenini ali v dentinu	Spremljanje	Asimptomatski			Ekstrakcija
	Asimptomatski		Brez periapikalne radiolucence		Simptomatski +/- periapikalna radiolucenca	
PERIAPIKALNI STATUS	Brez periapikalne radiolucence	Zdravljenje ni potrebno	Prisotnost periapikalne radiolucence	Odvisno od klinične ocene posameznega primera	Prisotnost periapikalne radiolucence	Endodontsko zdravljenje
	Asimptomatski		Asimptomatski		Simptomatski	Ekstrakcija
TRETJI MOLARJI	Ekstrahirani ali izrasli	Zdravljenje ni potrebno	Delno izraščeni, neizraščeni, impaktirani	Uporaba mehke ščetke	Delno izraščeni, neizraščeni, impaktirani	Ekstrakcija
	Asimptomatski		Asimptomatski	Spiranje CHX 0,12 %	Simptomatski	Operkulotomija Uporaba mehke ščetke Sistemski antibiotiki
PARODONTALNI STATUS	Dobra ustna higiena	Zdravljenje ni potrebno	Zadovoljiva ustna higiena	Profesionalno odstranjevanje trdih in mehkih zobnih oblog	Slaba ustna higiena	Ekstrakcija
	Brez ali blagi gingivitis	Uporaba mehke ščetke	Blagi ali zmerni gingivitis	Uporaba mehke ščetke	Hud gingivitis	Profesionalno odstranjevanje trdih in mehkih zobnih oblog
	Brez ali blagi parodontitis		Blagi ali zmerni parodontitis		Napredovali parodontitis	Luščenje in glajenje korenin
	Asimptomatski		Asimptomatski	Spiranje CHX 0,12 %	Simptomatski	Uporaba mehke ščetke Spiranje CHX 0,12 %

Prvih 6 mesecev po transplantaciji je imunski sistem močno zavrt, zato v tem obdobju svetujemo le urgentne posege za preprečitev odontogenih okužb (8).

V stabilnem potransplantacijskem obdobju (več kot 6 mesecev po transplantaciji) je stopnja imunosupresije zmanjšana, zato se zobozdravniški posegi lahko izvajajo rutinsko. V tem obdobju se pri pacientih izvajajo redni kontrolni pregledi in posegi, ki niso bili opravljeni v predtransplantacijskem obdobju (sanacija manjših kariesov, protetična dela ...). Izdelava protez je posebno pomembna, saj se pacienti s protetično rehabilitirano ustno votlino lažje prehranjujejo in posledično se pacienti z ustrezno prehrano hitreje rehabilitirajo po transplantaciji (9). Z dokazi podprte smernice glede antibiotične profilakse pred zobozdravniškimi posegi pri pacientih s transplantiranimi organi so omejene. Kljub temu v stroki prevladuje mnenje, da bakteriemija, ki nastane med zobozdravniškimi posegi, predstavlja pomembno tveganje za imunokompromitirane paciente in zato svetujejo antibiotično premedikacijo v enkratnem odmerku. Spodaj so povzete terapevtske smernice ameriškega endodontskega združenja (American Association of Endodontists) (17).

Antibiotična profilaksa je vedno potrebna pri:

1. ekstrakcijah zob,
2. parodontalnih posegih, ki vključujejo kirurški poseg, subgingivalno luščenje in glajenje korenin,
3. replantaciji izbitih zob,
4. drugih kirurških posegih (apikotomija ...).

Antibiotična profilaksa je včasih (če je posegov več in je čas zdravljenja podaljšan ali je prisotna parodontalna bolezen) potrebna pri:

1. merjenju globin sondiranja pri pacientih s parodontalno boleznijo,
2. intraligamentarni in intraosalni lokalni anesteziji,
3. supragingivalni odstranitvi trdih zobnih oblog,
4. namestitvi koferdama z zaponkami, kjer pride do poškodbe dlesni,
5. endodontskem zdravljenju preko apikalnega foramna,
6. namestitvi ortodontskih obročkov,
7. namestitvi interdentalnih zatičkov,
8. subgingivalni namestitvi retrakcijskih nitk, vstavitvi antibiotičnih ali drenažnih trakcev.

Antibiotična profilaksa ni potrebna pri:

1. kliničnem pregledu,
2. infiltrativni terminalni ali prevodni anesteziji,
3. restorativnem zobozdravstvu,
4. supragingivalni namestitvi koferdama z zaponkami,
5. endodontskem zdravljenju znotraj zobnih kanalov,
6. odstranitvi šivov,
7. jemanju odtisov,
8. namestitvi ortodontskih nosilcev,
9. aplikaciji zobnih gelov,
10. intraoralnih rentgenskih posnetkih,
11. supragingivalni odstranitvi plaka.

Priporočena antibiotična zaščita vključuje:

- amoksisilin, 2 g per os, 1 uro pred posegom ali
- ampicilin, 2 g iv., 30 minut pred posegom.

Pri pacientih, ki so preobčutljivi na peniciline (izključena takojšnja preobčutljivost):

- cefaleksin, 2 g per os, 1 uro pred posegom ali
- azitromicin 500 mg per os, 1 uro pred posegom ali
- cefazolin, 2 g iv., 30 minut pred posegom.

Pri pacientih s takojšnjo preobčutljivostjo na peniciline:

- klindamicin 600 mg per os, 1 uro pred posegom ali
- klindamicin 600 mg iv., 30 minut pred posegom.

Intravenska antibiotična zaščita je indicirana, kadar pacient ne more zaužiti peroralne terapije.

Neželeni učinki imunosupresivnih zdravil na ustno zdravje

Imunosupresivna zdravila poleg zvečanega tveganja za okužbo in maligne bolezni povzročajo tudi tkivne spremembe, karies in parodontalno bolezen (10).

Povečano tveganje za okužbo ali reaktivacija latentne okužbe (npr. herpesvirusne okužbe, hepatitis B, hepatitis C ali tuberkuloza) predstavlja posebno skrb pri imunosupresivnem zdravljenju.

Reaktivacija tuberkulozne okužbe je povezana z jemanjem inhibitorjev TNF- (11). Klinično se kaže kot pordela in razdražena zadnja stena žrela s kroničnim in vztrajnim kašljem. Redko so prisotne blede, boleče ulceracije jezika z nepravilnimi robovi in eksudatom, ki so pogosto napačno diagnosticirane kot maligne.

Virusne, bakterijske in glivične oportunistične okužbe so pogoste pri imunokompromitiranih bolnikih, posebej pri starejših od 65 let.

Oralna kandidiaza je najpogostejša glivična okužba (12). Gliva *Candida albicans* prodre v ustno sluznico in povzroča **tri oblike kandidiaze**: psevdomembranozno, eritematozno atrofično in hiperplastično. Psevdomembranozna kandidiaza se kaže kot debel bel plak, ki po odstranitvi pusti eritematozno sluznico. Eritematozna atrofična kandidiaza značilno prizadene jezik in je svetlo rdeča, pogosto jo spremlja pekoč občutek. Lahko se kaže tudi kot angularni helitis ali pordelo nebo pod snemnimi protezami. Hiperplastična kandidiaza, imenovana tudi kandidna levkoplakija, je v obliki privzdignjenega, belega, keratiniziranega plaka, ki ga ni mogoče odstraniti. Najpogostejše je vidna na lateralnem robu jezika ali bukalni sluznici. Kandidiaza lahko prodre v krvne žile in postane invazivna »globoka glivična okužba«, ki se slabo odziva na zdravljenje in lahko vodi do trombotičnih zapletov.

Manj pogoste oportunistične glivične okužbe so okužbe z glivami *Cryptococcus*, *Histoplasma*, *Blastomyces* in *Aspergillus*.

Okužba s kriptokokom prizadene dlesen, nebo ali ekstrakcijska mesta in se kaže kot granulacijsko tkivo, indurirana ulceracija in oteklina.

Blastomikoza se kaže kot ulcerirana lezija z granuliranim ali ravnim dnom, včasih bradavičastim videzom in lahko povzroča nekrozo kosti in mehkih tkiv (13).

Histoplazmoza povzroča ulceracije s psevdomembranami ali plakom podobne lezije na jeziku, bukalni sluznici, dlesni ali ustnicah.

Okužba z *aspergilusom* povzroča boleče nekrotične lezije na dlesni, nebu ali zadnji strani jezika, ki so rumene, sive ali črne in imajo ulcerirano bazo (12).

Reaktivacija humanih herpesvirusov 1–8 med imunosupresijo se kaže kot različne oblike prepoznavnih

oralnih lezij. Najpogostejša reaktivacija je labialni herpes, ki ima obliko malih, s tekočino napolnjeni veziklov, ki se lahko združijo v večji mehur. Najpogosteje se pojavljajo na ustnicah, obrazu ali intraoralno na jeziku, nebu in bukalni sluznici.

Gingivostomatitis se pojavlja zaradi okužbe z virusom herpesa simpleksa tipa 1 ali 2 in se kaže kot mukozne ulceracije, eritematozno tkivo ali akutni gingivitis.

Okužba z virusom varicella zoster ali pasavec, ki prizadene obrazni živec, povzroča boleče lezije, parestezije in enostransko paralizo na obrazu in intraoralno.

Oralno lasasto levkoplakijo povzroča okužba z virusom Epstein-Barr in se kaže kot beli plaki resastega videza na lateralnih robovih jezika in na ustnem dnu (14).

Citomegalovirusna (CMV) okužba se pogosto pojavlja pri pacientih v zgodnjem obdobju po transplantaciji solidnih organov. Izgleda kot srednje veliki ulkusi na nebu in okužba žlez slinavk. Pri gastrointestinalni obliki CMV-bolezni so prisotni tudi slabost, driska in bruhanje, kar lahko vodi do skleninskih erozij in kserostomije (15).

Mononukleozna okužba se pokaže kot petehije na nebu, tonzilitis in vratna limfadenopatija.

Tkivne spremembe in povečano tveganje za malignome. Dolgotrajno jemanje imunosupresivnih zdravil poveča tveganje za raka, še posebej raka kože (bazalnocelični in ploščatocelični) in sluznice ustne votline ter z virusi povezane malignome in limfome. Povečano število ustničnih displazij, rakov ustnic, ploščatoceličnih karcinomov in progresij levkoplakij v ploščatocelične karcinome je bilo opaženo pri pacientih po transplantaciji jeter in ledvic (14). Povečano tveganje za raka ustne votline je bilo opisano predvsem pri pacientih po transplantaciji jeter zaradi zgodovine pitja alkohola in kajenja. Kaposijev sarkom je malignom, povezan z okužbo s humanim herpesvirusom 8, ki ima na koži in sluznicah izgled privzdignjenih vijoličnih lezij.

Pri pacientih, ki prejemajo kalcinevrinske zaviralce (ciklosporin, takrolimus), so na lateralnem robu jezika in bukalni sluznici lahko prisotni fibrozni polipi (16).

Jemanje zaviralcev TNF- povzroča oralne linhenoidne lezije in multififormni eritem.

Povečano tveganje za karies. Gastrointestinalni učinek več imunosupresivnih zdravil povzroča spremembe okusa, slabost, bruhanje, drisko in povečano tveganje za karies (7, 13). Kombinacija kserostomije s povečano izpostavljenostjo kislini lahko privede do skleninske demineralizacije in razvoja kariesa.

Parodontalne spremembe. Imunosupresivno zdravljenje negativno vpliva na parodontalno zdravje z okvaro tkiva in induciranimi spremembami na kosti ter dlesni.

Fibrozno in granulacijsko tkivo, gingivalno vnetje, otekanje, granulomi in gingivalna hiperplazija so povezani z jemanjem ciklosporina in glukokortikoidov.

Osební zobozdravnik mora biti seznanjen z imunosupresivnim zdravljenjem, ki ga pacient prejema, in mora biti pri pregledu pozoren na morebitne posledice jemanja teh zdravil. Pacient z znaki oralne okužbe, tkivnimi spremembami in parodontalno patologijo mora biti napoten k ustreznemu specialistu (specialistu parodontologu, oralnemu kirurgu, maksilofacialnemu kirurgu).

ZAKLJUČKI

- Vsi pacienti pred predvideno transplantacijo organov in imunosupresivnim zdravljenjem potrebujejo pregled pri zobozdravniku za izključitev vnetnih žarišč in njihovo sanacijo.
- Pred zobozdravstvenimi posegi, ki so povezani s krvavitvijo, je pri pacientih s transplantiranimi organi potrebna antibiotična zaščita.
- Pacienti po transplantaciji organov potrebujejo redne kontrole pri osebem zobozdravniku.
- Zobozdravniki morajo prepoznati in ustrezno ukrepati ob neželenih učinkih imunosupresivnih zdravil na ustno sluznico.

Literatura

- 1.Greenberg MS, Cohen SG, McKittrick JC, Cassileth PA. The oral flor as a source of septicemia in patients with acute leukemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1982;53(1):32-6.
- 2.Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y, et al. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer.* 2015;23(1):223-36.
- 3.Guggenheimer J, Mayher D, Eghtesad B. A survey of dental care protocols among US organ transplant centers. *Clin Transplant.* 2005;19(1):15-8.
- 4.Kwak EJ, Kim DJ, Choi Y, Joo DJ, Park W. Importance of oral health and dental treatment in organ transplant recipients. *Int Dent J.* 2020;70(6):477-81.
- 5.Abed H, Burke M, Shaheen F. The integrated care pathway of nephrology and dental teams to manage complex renal and postkidney transplant patients in dentistry: A holistic approach. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2018;29(4):766-74.
- 6.Helenius-Hietala J, Meurman JH, Hockerstedt K, Lindqvist C, Isoniemi H. Effect of the aetiology and severity of liver disease on oral health and dental treatment prior to transplantation. *Transpl Int.* 2012;25(2):158-65.
- 7.Hansen HJ, Estilo C, Owosho A, Solano AK, Randazzo J, Huryn J, et al. Dental status and risk of odontogenic complication in patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Support Care Cancer.* 2021;29(4):2231-8.
- 8.Guggenheimer J, Eghtesad B, Stock DJ. Dental management of the (solid) organ transplant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(4):383-9.
- 9.Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clin Nutr.* 2006;25(2):224-44.
10. Desai RJ, Bateman BT, Huybrechts KF, Patorno E, Hernandez-Diaz S, Park Y, et al. Risk of serious infections associated with use of immunosuppressive agents in pregnant women with autoimmune inflammatory conditions: cohort study. *BMJ.* 2017;356:j895.
11. Bascones-Martinez A, Mattila R, Gomez-Font R, Meurman JH. Immunomodulatory drugs: oral and systemic adverse effects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014;19(1):e24-31.
12. Bandara H, Samaranayake LP. Viral, bacterial, and fungal infections of the oral mucosa: Types, incidence, predisposing factors, diagnostic algorithms, and management. *Periodontol 2000.* 2019;80(1):148-76.
13. Falvey S, Shipman L, Ilowite N, Beukelman T. Methotrexate-induced nausea in the treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2017;15(1):52.
14. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2004;15(4):221-39.
15. Lucan VC, Berardinelli L. Gastrointestinal Side Effects of Post-Transplant Therapy. *J Gastrointest Liver Dis.* 2016;25(3):367-73.
16. Al-Mohaya M, Treister N, Al-Khadra O, Lehmann L, Padwa B, Woo SB. Calcineurin inhibitor-associated oral inflammatory polyps after transplantation. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(9):570-4.
17. American Association of Endodontists. AAE Guidance on Antibiotic Prophylaxis for Patients at Risk of Systemic Disease. 2017.

Bolniki na zdravljenju z obsevanjem in ustno zdravje



Asist. Jana Krapež,
dr. dent. med., spec. iz zobnih bolezni
in endodontije

Prof. dr. Primož Strojani,
dr. med., spec. radioterapije
in onkologije



Kratka predstavitev

Prof. dr. Primož Strojani, dr. med., je rojen leta 1965 v Ljubljani. Študij medicine je zaključil na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani (1992), kjer je tudi magistriral (1995) in doktoriral (1998). Specialistični izpit iz radioterapije in onkologije je opravil 1998. Leta 2000 se je izpopolnjeval v Peter MacCallum Cancer Institute v Melbourne, Avstralija. V naziv redni profesor je bil izvoljen 2012 na Univerzi v Ljubljani.

Od leta 1993 je zaposlen na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, kjer je v obdobju 2002–2011 opravljal funkcijo predstojnika Sektorja radioterapije. Vodi multidisciplinarni tim za zdravljenje rakov glave in vratu. Na Medicinski fakulteti je zaposlen od leta 2001 in je bil od 2013 do 2021 predstojnik Katedre za onkologijo.

Od 2005 je strokovni sodelavec Mednarodne agencije za atomsko energijo (IAEA), v obdobju 2008–2010 je bil član nadzornega odbora Evropskega združenja za radioterapijo (ESTRO), od 2009 pa je član International Head nad Neck Scientific Group. Osrednja področja njegovega strokovnega in raziskovalnega dela so: raki glave in vratu, melanomski in nemelanomski raki kože, organizacijski vidiki radioterapije. Je vodja programske skupine in odgovorni nosilec raziskovalnega programa Javne agencije za raziskovalno dejavnost RS (ARRS) »Rak glave in vratu: analiza bioloških značilnosti in poskus izboljšanja zdravljenja« ter (so)urednik treh mednarodnih revij s področja onkologije. Njegova bibliografija v sistemu Cobiss obsega 718 enot: med njimi je 233 člankov v revijah s faktorjem vpliva in uredništvo dveh univerzitetnih učbenikov.

Asist. Jana Krapež, dr. dent. med., spec. iz zobnih bolezni in endodontije, rojena leta 1976 v Šempetru pri Gorici, je diplomirala leta 2001 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, smer stomatologija. Specialistični izpit iz zobnih bolezni in endodontije je opravila leta 2010. Zaposlitve: kot splošna zobozdravnica za odraslo populacijo v ZD Cerknica (2002–2005) in v zasebni zobni ordinaciji s koncesijo dr. Tea Bon v Vodica (2005–2007), asistentka na Katedri za zobne bolezni Medicinske fakultete v Ljubljani (2008–2019), zobozdravnica specialistka na Centru za zobne bolezni in endodontijo na Stomatološki kliniki UKC v Ljubljani (2007–). Zadnjih 6 let je subspecializirana za delo s sistemsko ogroženimi bolniki, predvsem onkološkimi.

Povzetek predavanja

Obravnava raka glave in vratu (RGV) je multidisciplinarna, bolniki so pogosto zdravljeni s kombinacijo operacije, radioterapije (obsevanja) in sistemske terapije. Pri radioterapiji ustne votline lahko pričakujemo stranske učinke, ki so posledica obsevanja tkiv in organov tega področja, kot so: radiomukozitis, spremembe slin, motnje okusa, motnje požiranja, poobsevalni karies in osteoradionekroza (ORN). Tako kratkoročne kot dolgoročne posledice radioterapije pomembno vplivajo na splošno zdravje in kakovost življenja, zato narekujejo individualno prilagojeno zobozdravstveno obravnavo vsakega bolnika, ki bo zdravljen z radioterapijo. Ta je zapisana v Priporočilih za zobozdravstveno obravnavo bolnikov z RGV, zdravljenih z obsevanjem v Sloveniji. Namen priporočil je preprečevanje oz. zmanjšanje zapletov v ustni votlini. Opredeljujejo način zobozdravstvene oskrbe pred, med in po zdravljenju raka na vseh treh ravneh zobozdravstvene oskrbe in predstavljajo poenoteno mnenje vseh deležnikov na področju zobozdravstvene obravnave bolnikov z RGV v državi.

Uvod

Rak glave in vratu (RGV) je heterogena skupina malignih bolezni, ki vzniknejo v ustni votlini, žrelu, grlu, nosni in obnosni votlinah ter žlezah slinavkah in koži tega področja. V Sloveniji za RGV zboli vsako leto med 450 in 500 ljudi. Njihova obravnava je multidisciplinarna, zdravljenje pa kompleksno: bolniki so pogosto zdravljeni z različnimi kombinacijami operacije, radioterapije in sistemske terapije. Vsako izmed teh zdravljenj povzroča bolniku specifične težave oz. ima neželene stranske učinke, ki vplivajo na kakovost njegovega življenja.

Radioterapija

Zdravljenje z obsevanjem ali radioterapijo je eden izmed treh temeljnih onkoloških terapevtskih načinov. Temelji na ionizacijskih procesih v tkivih, sproženih s preходом obsevalnih žarkov, kar vodi v večjo ali manjšo poškodbo celic teh tkiv. Z usmerjanjem žarkov iz več smeri v predhodno določeno področje oz. tarčo (tumor ali njegovo ležišče, določena bezgavčna področja) dosežemo v njej želeno koncentracijo doze sevanja, na njenem robu pa bolj ali manj strm padec doze. Žal zaradi vstopnega in izstopnega žarka (glede na tarčo) prejmejo nižjo dozo sevanja tudi zdrava tkiva v okolici tarče. Obsevanje teh tkiv je, poleg uničenja, povzročena z destruktivno rastjo tumorja in kasneje z brazgotinjenjem na mestu uničenega tumorja, vzrok za nastanek t. i. stranskih učinkov radioterapije.

Stranske učinke radioterapije razdelimo na akutne, nastale med obsevanjem ali do 90 dni od začetka radioterapije, in na kasne ali kronične, ki se razvijejo po obsevanju, lahko tudi mesece in leta po njem. Kateri stranski učinki radioterapije se bodo razvili pri bolniku, je odvisna od področja, ki je obsevano.

Kako izraženi bodo ti stranski učinki, pa je odvisno od številnih dejavnikov:

- zdravljenja (višina in porazdelitev doze sevanja v tkivu/organu, volumen obsevanih tkiv, režim obsevanja),
- pridruženih zdravljenj (sistemska terapija, kirurgija), ki vsako na svoj način poškoduje tkiva,
- predhodne škode, nastale zaradi destruktivne rasti tumorja in brazgotinjenja po njegovem uničenju,
- specifičnih genetskih/bioloških značilnosti tkiv posameznika, ki narekujejo njegovo dovzetnost za sevalno poškodbo (intrinzična radioobčutljivost),
- starosti in spola,
- higienskih navad,
- škodljivih razvad (količina, vrsta in vzorec uživanja alkoholnih pijač, kajenje),
- pridruženih sistemskih bolezni in predpisane medikamentne terapije (sladkorna bolezen, imunosupresija ipd.).

Stranski učinki radioterapije področja ustne votline

Pri radioterapiji ustne votline lahko pričakujemo stranske učinke, ki so posledica obsevanja tkiv in organov tega področja. Najpogosteje se z njimi srečujejo bolniki z rakom glave in vratu.

Radiomukozitis. Gre za vnetje sluznice, ki oblaaga notranjo površino ustne votline. Običajno se razvije konec drugega tedna obsevanja in izzveni 2–4 tedne po njegovem zaključku. Kaže se s spektrom težav, od občutka nežne pekočine do hude bolečine, ki zahteva analgezijo z opiaty, in okužbe (glivične, bakterijske), ki se lahko v skrajnem primeru razvije v sepso.

Spremembe slin. Zmanjšanje količine izločene slin se lahko pojavi že v prvem tednu obsevanja ali po prejetih 10 Gy; slina postane bolj gosta in lepljiva. V kolikšni meri se bo žlezna funkcija po koncu radioterapije uspela obnoviti, je odvisno od srednje doze sevanja, ki jo prejmejo žleze slinavke. V primeru parotidnih žlez (odgovorne so za tekoči del slin in stimulirano salivacijo) je ta doza 26 Gy in v primeru submandibularnih žlez (odgovorne so za nestimuliran tok slin) 39 Gy. Ker posamezne žleze prejmejo različno visoko dozo sevanja, se vzorec kserostomije, ki se razvije po radioterapiji, med posameznimi bolniki lahko močno razlikuje. Spremembe slin so tudi eden izmed glavnih razlogov za poobsevalni karies.

Motnje okusa. So posledica obsevalne poškodbe in/ali uničenja (s strani tumorja) okušalnih receptorjev v sluznici ustne votline, mehkega neba, korena jezika in supraglotisa. Pojavijo se lahko že pred nastopom vnetja sluznic in se kažejo z blagimi spremembami posameznih komponent okusa, pa vse do njegove popolne izgube. Regeneracija občutka za okus lahko traja do dve leti in ni vedno popolna.

Motnje požiranja. Akutne motnje požiranja, ki nastopijo med radioterapijo, so rezultat radiomukozitisa (pekočina, bolečina), sprememb sline, zanemarjenega/nepopolnega zobovja in destrukcije dela požiralnega aparata, ki jo je s svojo rastjo povzročil tumor. Motnje požiranja, v kombinaciji z izgubo okusa, vodijo v izgubo apetita in hujšanje, ki v skrajnem primeru lahko doseže stopnjo kaheksije in prekinitev specifičnega onkološkega zdravljenja. Po obsevanju k motnjam požiranja poleg navedenih dejavnikov (izjema je radiomukozitis) lahko pomembno prispevata fibrozna preobrazba mišic požiralnega aparata in denervacija.

Poobsevalni karies. Poobsevalni karies (PK) se začne pojavljati od 6 do 12 mesecev po obsevanju. Z leti se incidenca PK praviloma zvišuje. V preteklosti je veljalo, da je razlog za njegov nastanek izključno pomanjkanje sline (hiposialija), ki nastane zaradi okvare žlez slinavk pri radioterapiji. Danes vemo, da gre za zapleten preplet dejavnikov. Poleg okvare žlez slinavk so vzrok tudi neposredne okvare sklenine in dentina z žarki ionizirajočega sevanja, navade/razvade bolnika, spremenjena bakterijska flora po radioterapiji, sprememba prehranskih (tudi zaradi motenj okusa) in higienskih navad. Vsi zobje niso enako prizadeti: stopnja prizadetosti zob je odvisna predvsem od doze, ki jo med radioterapijo prejme posamezen zob. PK izgleda drugače kot običajni karies, zato obstoječi indeksi za njegovo opisovanje niso ustrezni. Od običajnega kariesa se razlikuje predvsem po hitrem napredovanju in mestih, na katerih se pojavlja. Najpogosteje opazamo luščenje (delaminacijo) sklenine v področju zobnih vratov ter vrškov in incizalnih robov; na zobeh se pojavijo vzdolžne pike sklenine. Karies običajno hitro napreduje v cirkularni cervikalni karies, ki vodi do odloma celotne zobne krone (dekoronacija). Nekroza in gangrena zobne pulpe lahko nato napredujeta v periapikalni parodontitis ali celo v ireverzibilen propad kosti, tj. osteoradionekrozo (ORN) čeljusti.

Osteoradionekroza. Zdravljenje ORN je dolgotrajno in v večini primerov neuspešno. Vključuje dolgotrajno zdravljenje z antibiotiki, hiperbarično oksigenacijo in operativnimi posegi v splošni anesteziji z dolgimi hospitalizacijami. Napredovala ORN zahteva resekcijo in rekonstrukcijo čeljustnic. ORN spremljajo močne bolečine, kakovost življenja bolnika je bistveno okrnjena. Zato je preprečevanje vzroka, torej preprečevanje PK, tako pomembno.

Našteti stranski učinki v prvi vrsti zmanjšujejo kakovost življenja in negativno vplivajo na psihosocialno stanje bolnikov, v posameznih primerih tudi skrajšujejo življenje.

Priporočila za zobozdravstveno obravnavo bolnikov z RGV, zdravljenih z obsevanjem v Sloveniji

Priporočila za zobozdravstveno obravnavo bolnikov z RGV v Sloveniji, zdravljenih z obsevanjem, dopolnjujejo Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom glave in vratu v Sloveniji in hkrati upoštevajo obstoječe zmožnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Namen priporočil je preprečevanje oz. zmanjšanje zapletov v ustni votlini, ki nastanejo zaradi obsevanja tega področja. Opredeljujejo način zobozdravstvene oskrbe pred, med in po zdravljenju raka na vseh treh ravneh zobozdravstvene oskrbe in predstavljajo poenoteno mnenje vseh deležnikov na področju zobozdravstvene obravnave bolnikov z RGV v državi. Cilj priporočil je torej zagotoviti zobozdravstveno obravnavo vseh bolnikov z RGV v Sloveniji, zmanjšati in preprečiti posledice obsevanja ustne votline in omogočiti lažjo fizično in psihično povrnitev zdravja.

Priporočila so prosto dostopna na spletni strani Onkološkega inštituta Ljubljana https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/revija_Onkologija/2022/XXVI_1/2022_Priporocila_za_zobozdravstveno_obravnavo_odraslih_bolnikov_z_rakom_glave_in_vratu_v_Sloveniji_zdravljenih_z_obsevanjem.pdf in v strokovni reviji Onkologija.

Protetična rehabilitacija. Protetična rehabilitacija bolnika z RGV, zdravljenega z radioterapijo, ni priporočljiva prej kot 2 leti po zaključku radioterapije in z dovoljenjem lečečega radioterapevta.

Zaključek (Opozorilo/aforizem)

Pri večini bolnikov se med in po obsevanju ustne votline razvijejo naštetni stranski učinki, vendar v zelo različni meri. Obseg težav, ki jih bolnik navaja, pa ni odvisen samo od vrste in stopnje poškodb, pač pa tudi od njegove zmožnosti, da nastale poškodbe sprejme in se nanje prilagodi. Pri lažšanju težav, nastalih po radioterapiji področja ustne votline, imajo ključno vlogo zobozdravniki. Zanje je pomembno, da so seznanjeni s priporočili za zobozdravstveno obravnavo bolnika z RGV, zdravljenega z obsevanjem, in da bolnika v svojih ambulantah v skladu s priporočili tudi obravnavajo.

Literatura

1. Strojani P, Aničin A, Azarija J in sod. Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom glave in vratu v Sloveniji. *Onkologija* 2021; 25:76–84.
2. Fidler A, Aničin A, Didanović V in sod. Priporočila za zobozdravstveno obravnavo odraslih bolnikov z rakom glave in vratu v Sloveniji, zdravljenih z obsevanjem. *Onkologija* 2022;26(1):28–32.
3. Kokalj M, Strojani P. Akutni stranski učinki obsevanja glave in vratu ter prsnega koša. *Onkologija* 2018; 22: 28–33.
4. Strojani P, Hutcheson KA, Eisbruch A, Beitler JJ, Langendijk JA, Lee AWM, et al. Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer Treat Rev.* 2017 Sep;59:79–92.
5. Palmier NR, Migliorati CA, Prado-Ribeiro AC et al.. Radiation-related caries: current diagnostic, prognostic, and management paradigms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020; 130(1):52–62.
6. Bohm N, Karlsson C, Skoogh Andersson J et al. Variations in odontological care routines for patients undergoing treatment for head and neck cancer in county councils/regions of Sweden. *Clin Exp Dent Res.* 2020; 6(1):3–15.
7. Ray-Chaudhuri, A, Shah, K, Porter, RJ. Radiotherapy: Oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *Vital* 2013; 10(2):30–36.
8. Hancock,PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer., *J. Can. Dent. Assoc.* 2003; 69:585–590.

Interdisciplinarna obravnava motenj dihanja v spanju



Asist. Kristina Ziherl,
dr. med., spec. pnevmologije

Prof. dr. Ksenija Rener-Sitar
dr. dent. med., spec. stomatološke protetike,
spec. za ustno-obrazno bolečino (ZDA)



Kratka predstavitev

Prof. dr. Ksenija Rener – Sitar je redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer je zaposlena 28 let. Delno je zaposlena kot višja specialistka za stomatološko protetiko in specialistka za ustno-obrazno bolečino tudi v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. Je predstojnica Katedre za stomatološko protetiko MF UL. V preteklosti je bila dvakrat gostujoča profesorica na Univerzi v Minnesoti, ZDA, v skupnem trajanju 15 mesecev in imela šest vabljenih predavanj na tujih univerzah. Je soavtorica 44 znanstvenih člankov in vabljen predavateljica na več kot 60 domačih in tujih konferencah. Je članica organizacije International College of Dentists, Habilitacijske komisije UL MF, Upravnega odbora UL MF, Univerzitetne komisije za Prešernove nagrade UL, Glavnega strokovnega sveta pri SZD in nadzornega sveta Sekcije za stomatološko protetiko pri SZD. Je vabljen recenzentka za 22 medicinskih in 15 stomatoloških znanstvenih revij. Leta 2017 je dobila od študentov dentalne medicine priznanje za »naj profesorico«. Je mentorica domačim in tujim doktorskim študentom in specializantom stomatološke protetike. Vzpostavila je bilateralno študentsko izmenjavo med Medicinsko fakulteto v Ljubljani in dvema ameriškima stomatološkima fakultetama, z univerze Virginia Commonwealth University in Univerze v Minnesoti. S sodelavci z Inštituta Jožef Stefan je soavtorica slovenskega patenta s področja plazemske obdelave dentalne silikatne keramike, s kolegi iz Nemčije, Švedske, Hrvaške, Madžarske, Japonske in ZDA pa je soavtorica štiridimenzionalnega modela oralnega zdravja. Njena priljubljena področja raziskovanja so bruksizem, ustno-obrazna bolečina, vplivi ustnega zdravja na kakovost življenja in plazemska obdelava dentalnih materialov.

Asist. Kristina Ziherl, dr. med., spec. pnevmologije, je od leta 2007 zaposlena na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. V letu 2015 je opravila evropski izpit iz somnologije in pridobila naziv evropska ekspertinja za motnje spanja, v tem letu je tudi prevzela vodenje Oddelka za motnje dihanja v spanju na Univerzitetni kliniki Golnik. Izvaja izobraževanja iz motenj dihanja v spanju tako v sklopu dodiplomskega študija Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani kot v sklopu specializacije iz pnevmologije. O motnjah dihanja v spanju predava tako na nacionalnih kot mednarodnih srečanjih in je glavna organizatorica Simpozija o spalni apneji.

Povzetek predavanja

Motnje dihanja v spanju so pogosta skupina bolezni dihalnega sistema. Najpogostejša motnja dihanja v spanju je obstruktivna spalna apneja (OSA) (80–90 % vseh motenj dihanja v spanju). Pri OSA občasno prihaja do delne ali popolne zapore žrela. Ima jo približno 14 % moških in 5 % žensk, pojavlja se tudi v otroški dobi. Po pogostnosti ji sledijo hipoventilacijski sindromi. Približno 5–10 % bolnikov z motnjami dihanja v spanju ima centralno spalno apnejo. Bolniki z OSA ponoči smrčijo, bližnji opažajo prekinitev dihanja v spanju ali pa se bolniki sami prebujajo z občutkom dušenja, imajo nemiren spanec, nikturijo, se potijo, moški imajo lahko težave z impotenco. Zjutraj se prebujajo s suhimi usti, nespočiti, imajo lahko blag jutranji glavobol. Preko dneva zlahka zaspijo ob monotonih dnevnih aktivnostih, imajo težave s koncentracijo in spominom, so razdražljivi, lahko so zaspani za volanom. Dolgoročni učinki se kažejo s pomembno povečano srčno-žilno ogroženostjo, tveganjem za razvoj presnovnega sindroma in skrajšano življenjsko dobo. Če obstaja sum na motnje dihanja v spanju, je potrebna napotitev k specialistu za motnje spanja.

Z motnjami dihanja v spanju se v največji meri ukvarjajo pulmologi. Diagnostiko izvajajo tudi nevrologi, kardiologi in otorinolaringologi, redkeje specialisti drugih strok. V zdravljenju je potrebna interdisciplinarna obravnava, v katero so vključeni pulmologi, nevrologi, otorinolaringologi, maksilofacialni in abdominalni kirurgi, kardiologi, diabetologi, dietetiki in zobozdravniki. Izbor zdravljenja je odvisen od prevladujočega tipa apneje, teže bolezni, bolnikovih pridruženih bolezni in klinične slike. Zdravljenje prve izbire pri bolnikih z zmerno do hudo OSA je terapija s pozitivnim zračnim tlakom, najpogostejše CPAP (angl. continuous positive airway pressure). BIPAP (angl. biphasic positive airway pressure) uporabljamo pogosto pri bolnikih, ki imajo centralne apneje v spanju, hipoventilacijski sindrom ali kombinacijo več motenj dihanja v spanju. Vsem prekomerno prehranjenim bolnikom svetujemo hujšanje. Pri blagi do zmerni OSA ali neadherenci terapije CPAP lahko uporabimo ustni aparat. Pri položajno odvisni apneji v spanju lahko uvedemo položajno terapijo. Ob anatomskih spremembah obraza ali žrela je smiselna napotitev za nadaljnjo obravnavo k otorinolaringologu ali maksilofacialnemu kirurgu. Predvsem v terapiji OSA, ki je ne moremo zdraviti z drugimi metodami, se uveljavlja stimulator hipoglosnega živca.

Dentalna spalna medicina se ukvarja s spalnimi motnjami, ki vključujejo stomatognati sistem in ki jih lahko uspešno obravnavajo zobozdravniki. Pri svojem delu se zobozdravniki vsak dan srečujejo predvsem s spalnim bruksizmom, ki od spalnih motenj povzroča največ patologije v ustni votlini. Že pred nekaj desetletji pa je bilo ugotovljeno, da ustni aparati uspešno zdravijo tudi blago do srednje težko obliko OSA in jih pacienti bolje prenašajo kot aparat z masko, ki pod pritiskom vpihava zrak skozi nos ali usta. Pri nošenju ustnih aparatov je bilo ugotovljenih tudi nekaj stranskih učinkov, kot so oteževalne okoliščine za nošenje ustnega aparata pri premajhnem številu zob ali pri njihovi nepravilni postavitvi, omejena propulzija mandibule oz. omejeno odpiranje ust, temporomandibularna motnja, močan bruksizem in totalna proteza ali napredovala resorpcija zobiščnih nastavkov. Najpogostejši stranski učinki uporabe ustnega aparata za OSA so neželeni premiki zob in spremenjeni okluzijski stiki, poslabšanje bolečine v čeljustnih sklepih, prekomerno slinjenje in draženje mehkih tkiv v ustni votlini. Zobozdravniki nismo usposobljeni za natančno diagnostiko spalne apneje in samostojno obravnavo teh pacientov. Tudi v splošni zobozdravniški ambulanti je smiselno čim prej prepoznati pacienta z večjim tveganjem za OSA in ga napotiti k pulmologu v nadaljnjo diagnostiko in obravnavo.

Zastrupitve – temelji diagnostike in zdravljenja



Prof. dr. Ivan Alajbeg,
spec. oralne medicine



Damjan Grenc,
dr. med., spec. interne medicine

Kratka predstavitev

Damjan Grenc, dr. med., spec. interne medicine, je od leta 1998 zaposlen na Centru za klinično toksikologijo in farmakologijo UKC Ljubljana. Je član Sekcije za klinično toksikologijo in Slovenskega združenja za urgentno medicino.

Prof. dr. Ivan Alajbeg, spec. oralne medicine se že 25 let ukvarja z raziskovalnim, pedagoškim in specialističnim zdravstvenim delom na Stomatološki fakulteti Univerze v Zagrebu in na Stomatološki kliniki KBC Zagreb. Trenutno opravlja funkcije prodekana za mednarodno sodelovanje, rednega profesorja za oralno medicino s stalnim nazivom in primarija – specialista za ustne bolezni. Na Stomatološki fakulteti v Zagrebu je uvedel študijski program v angleškem jeziku, ki ga tudi vodi.

Je stalni znanstveni svetnik in glavni raziskovalec pri projektu, ki ga financirata Ministrstvo za znanost, izobraževanje in šport Republike Hrvaške in Univerza v Zagrebu: »Nearomatski naftalan – raziskovanje sestave in bioloških učinkov na epitelijska tkiva« (2007–2013) in podprto s strani Univerze v Zagrebu »Izolacija, identifikacija in diferenciacija matičnih celic ustne sluznice« (2014–2017). Bil je vodja javnozdravstvenega projekta »Zobozdravstveni tim proti kajenju – izobraževanje edukatorjev« (2008–2009). Objavil je skupno 58 indeksiranih in recenziranih člankov in extenso, od tega 29 člankov v revijah, indeksiranih v Current Contents, in 8 v revijah, ki jih indeksira SCI. Njegova dela so bila v Scopusu citirana 414-krat. H-indeks prijavitelja po Scopusu je 11.

Trenutne zadolžitve: predsednik Delovne skupine za zgodnje odkrivanje raka ustne votline (Ministrstvo za zdravje Republike Hrvaške); prvi podpredsednik Hrvaškega društva za oralno medicino; član upravnega odbora zagrebške podružnice Hrvaškega zdravniškega združenja; član Nacionalne komisije za HIV/aids; sekretar uredniškega odbora Acta Stomatologica Croatica; član uredniškega odbora revije Ustne bolezni; član Odbora za orofacialne bolezni Hrvaške akademije znanosti in umetnosti; regionalni predstavnik v Združenju za dentalno izobraževanje v Evropi. Bil je predsednik Hrvaškega društva za oralno medicino (2007–2015) in generalni sekretar Evropskega združenja za oralno medicino (2006–2010). Je mednarodno licenciran učitelj smučanja (ISIA).

Povzetek predavanja

Primeri zastrupitev so v ambulantah nujne medicinske pomoči razmeroma redki v primerjavi z drugimi bolezenskimi stanji. Ocenjujejo, da je med tistimi, ki iščejo pomoč v urgentnih ambulantah, do 3 % takšnih, ki so tako ali drugače zastrupljeni. Ukrepi pri obravnavi zastrupljene osebe imajo nekatere posebnosti. Zastrupljeni bolniki predstavljajo za zdravnike, ki se z njimi srečujejo, nemalokrat trd diagnostični in terapevtski oreh. Nujno podporno in simptomatsko zdravljenje zastrupitev s hudim kliničnim potekom izvajamo po enakih načelih kot pri drugih življenje ogrožajočih stanjih. Pri zdravljenju nekaterih vrst zastrupitev se lahko uporabi metode eliminacije strupa iz telesa in zdravljenje s protistrupi.

Diagnostični opomnik

Zastrupljeni bolniki z epidemiološkega stališča niso posebno velik problem, saj predstavljajo le okoli 3 % vseh pregledanih bolnikov v ambulantah za nujno medicinsko pomoč. Vendar pa je pri nekaterih

zastrupitvah klinični potek lahko izrazito hiter, z nenadnimi dramatičnimi spremembami, katerih rezultat so lahko življenje ogrožajoča stanja, zato terjajo ustrezno in hitro diagnostiko.

Anamneza, ki je temelj za postavitev diagnoze, je pri zastrupljenih osebah pogosto nedostopna ali pa je neuporabna. Bolnik podatkov ni zmožen podati (npr. zaradi nezvesti ali delirija in pretiranega nemira) ali jih ne želi razkriti. Odgovore na šest klasičnih »toksikoloških« vprašanj (o tem, kdo je zastrupljeni, kateri strup je povzročil znake zastrupitve, v kakšni meri in na kakšen način je vstopil v telo ter kdaj in zakaj je prišlo do zastrupitve) moramo iskati v heteroanamnezi ali o njih sklepamo iz okoliščin zastrupitve, kadar ni bilo prič dogodka.

Zaradi tega je glavni temelj nadaljnjih diagnostičnih in terapevtskih ukrepov natančen in usmerjen klinični pregled, ki mora zajeti natančno oceno stanja zavesti, dihanja in srčno-žilnega sistema. Nekatere zastrupitve posnemajo nekatere vzorce stanj vzdraženosti avtonomnega živčevja (simpatičnega in/ali parasimpatičnega) ali pa so simptomi in znaki tako značilni, da jih težko zamenjamo za kakšno drugo bolezensko stanje. V diagnostičnem postopku so zelo uporabni t.i. toksidromi (npr. opioidni, antiholinergični, holinergični, simpatikomimetični), ki zajemajo značilne skupine simptomov in znakov določenih vrst zastrupitve. Razumljivo pa je, da potek vseh zastrupitev ne sledi tako oblikovanim teoretičnim modelom. Odstopanja je logično pričakovati npr. pri zastrupitvah z več strupi, ki imajo med seboj različne klinične učinke, zaradi zapletov zastrupitve ipd. Natančen telesni pregled je včasih treba tudi ponoviti, saj se v poteku zastrupitve klinična slika lahko hitro spremeni, zato je zastrupljenemu bolniku treba zagotoviti ustrezno prednostno obravnavo tudi v triažnem postopku.

Hitre, dostopne, občutljive in natančne laboratorijske analizne metode, s katerimi bi si pomagali pri diagnostiki zastrupitve, so v okviru urgentne obravnave prej izjema kot pravilo. Večinoma smo si primorani pomagati z interpretacijo izvidov »običajnih« urgentnih preiskav (npr. ionogram, laktat, plinska analiza arterijske krvi, koagulogram) in dokaz prisotnosti oz. določitev koncentracije strupa v toksikološkem laboratoriju z imunokemijskimi ali kromatografskimi metodami odložiti na kasneje. Pomembno je, da za ta namen odvzete vzorce biološkega materiala (npr. kri, seč, želodčni izpirek) označimo z natančnim časom odvzema.

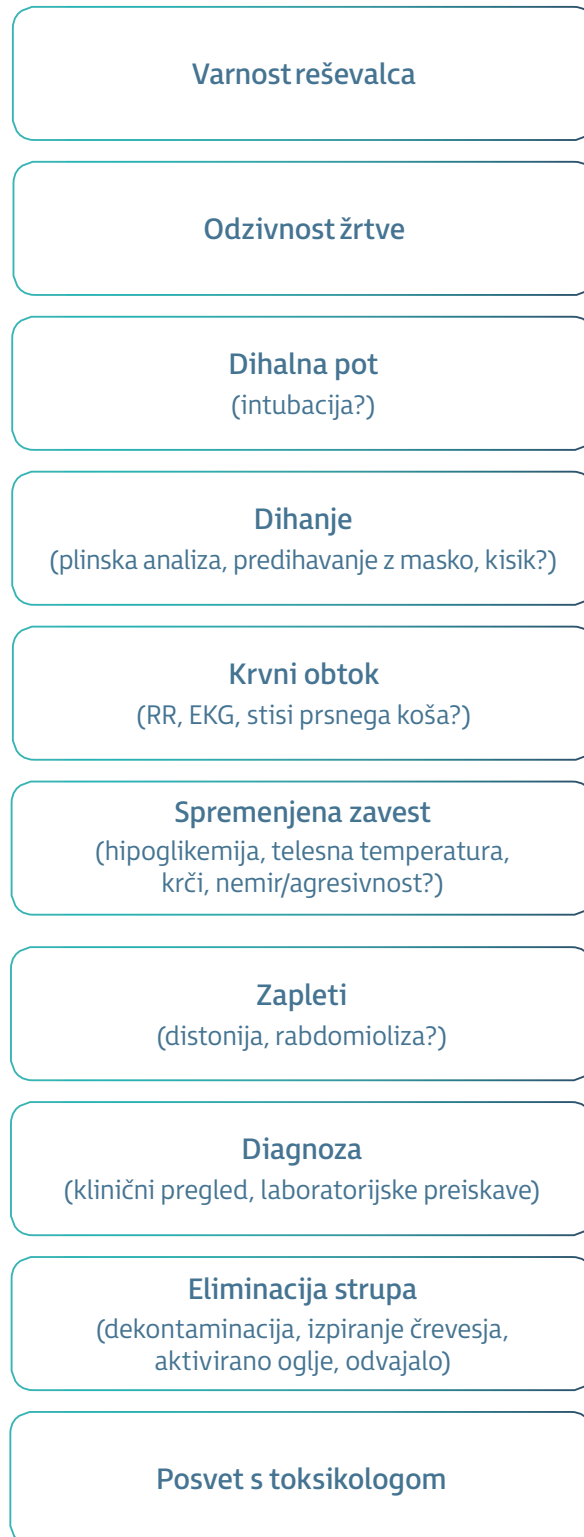
Terapevtski opomnik

Enako kot pri drugih življenja ogrožajočih stanjih, je tudi pri zastrupitvah, ki potekajo s hudo klinično sliko, nujno zdravljenje treba začeti skladno z algoritmi ukrepanja po sistemu ABCDE, še preden je diagnostični postopek dokončan. Zdravimo bolnika, ne strup/povzročitelja!

Pri obravnavi zastrupljenih oseb obstaja nekaj terapevtskih posebnosti. Pomembno je zagotoviti varnost medicinskega osebja (biti pozoren na možnost sekundarne kontaminacije, izvesti dekontaminacijske postopke). Pod določenimi pogoji je včasih smiselna uporaba metod eliminacije strupa (izpiranje želodca/črevesja, uporaba aktiviranega oglja in odvajal).

Uporaba antidotov/protistrupov je možna le pri nekaterih vrstah zastrupitev. Antidoti delujejo po različnih kemičnih ali fizikalnih mehanizmih: npr. vezave in nevtralizacije strupa (kelacija težkih kovin, protiserumi proti strupom strupenih živali), pospešitve pretvorbe strupa v netoksične presnovke (N-acetilcisten za zastrupitev s paracetamolom), zaviranje nastanka toksičnih presnovkov (fomepizol pri zastrupitvi z etilenglikolom), tekmovalstvo za ista vezavna mesta (kisik in ogljikov monoksid, nalokson in opioidi), blokada receptorjev, odgovornih za učinek strupa (blokada muskarinskih receptorjev za acetilholin z atropinom pri zastrupitvi z zaviralci holinesteraze) ipd. Antidoti poenostavijo in skrajšajo potek zdravljenja ter zmanjšajo pogostnost zapletov zastrupitve.

Grafični algoritem obravnave zastrupljenih oseb



Literatura

1. Olson KR, Vohra R. Emergency Evaluation and Treatment. In: Olson KR, Anderson IB, Benowitz NL, Blanc PD, Clark RF, Kearney TE et al. Poisoning and drug overdose. New York: McGraw-Hill; 2018. p. 1-72.
2. Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Initial Evaluation of the Patient: Vital Signs and Toxic Syndromes. In: Nelson RS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 28-31.

Oral health in tobacco and psychoactive drug users

Lifestyles of dental patients include frequent abuse of addictive substances. The most prevalent one is smoking, but also the use of psychoactive drugs is ever increasing. In addition to the most serious adverse effects on social well-being and systemic health, those practices are also causing changes on oral mucosa and teeth. Among others, depending of the abused substance and the mode of its use, these include the increased risk of developing various oral diseases. Tobacco-related oral lesions include the spectrum of conditions from innocuous aesthetical problems (discoloration of teeth, coated stained tongue, palatitis nicotinic) and halitosis, to more serious periodontal diseases and decreased wound healing. Smoking causes potentially malignant oral lesions (leukoplakia).

The most serious disease directly caused by tobacco is oral cancer. Understanding and recognizing these oral changes can help a dentist to identify a patient with such habits. Furthermore, every dentist should possess basic skills for managing a patient who smokes, in order to help him quit. As the most effective approach us dentists can use to help our patients quit smoking is the "5A" protocol.

It is a short and structured motivational protocol designed for motivational communication in the busy medical or dental office setting: Ask (every patient if he/she smokes), Advise (quitting), Assess (willingness to quit), Assist (in quitting attempt), Arrange (follow up). This simple technique achieves smoking cessation in about 8-10% of smokers, which is double the success of the non-intervention approach. Mostly utilized illicit drugs include cocaine, heroin and cannabis, and also "club drugs" such as MDMA and GHB. Oral findings in illicit drugs users are less specific and include higher preponderance to caries and periodontal diseases (due to salivary hypofunction and less adherence to oral hygiene), leading to more frequent premature tooth loss. A dramatic cases of osteonecrosis of jaw bones may be encountered in users of drug called desomorphine ("krokodil"). As a healthcare professional, dentist should assume an active role of a health advocate and advise patients about risks of these habits both on the oral and the systemic health.

Motnje hranjenja in ustno zdravje



Prim. asist. dr. Karin Serbec,
dr. med., spec. psihiatrije



Dr. Maja Grošelj,
dr. dent. med., spec. za zobne bolezni
in endodontijo

Kratka predstavitev

Prim. asist. dr. Karin Serbec, dr. med., je spec. psihiatrije, doktorica znanosti (disertacija z naslovom »Stopnje anksioznosti, depresivnosti in agresivnosti pri osebah z anoreksijo in bulimijo nervozo«), asistentka na Medicinski fakulteti v Ljubljani in je redno zaposlena kot vodja Enote za zdravljenje motenj hranjenja na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani.

Po začetnem delu z osebami, odvisnimi od prepovedanih drog, je leta 1999 sodelovala pri ustanovitvi, nato pa prevzela organizacijo in strokovno vodenje Enote za zdravljenje motenj hranjenja na Centru za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani.

Kot ustanoviteljica in vodja Ekspertne skupine za motnje hranjenja koordinira interdisciplinarno delo na tem področju v Sloveniji.

Svoje osnovno zanimanje na področju psihiatrije dopolnjuje s poglobljanjem znanja iz psihoterapije in je pridobila naziv psihoterapevke Združenja psihoterapevtov Slovenije.

Je stalna sodna izvedenka za področje psihiatrije, podeljen pa ji je bil tudi naziv primarijka.

Do sedaj je objavila večje število strokovnih in poljudno strokovnih člankov doma in v tujini. Je avtorica nekaj samostojnih poglavij v knjigah s področja psihiatrije in širše medicine.

Aktivno sodeluje na domačih in tujih strokovnih srečanjih, tudi kot članica organizacijskih in programskih odborov strokovnih srečanj.

Povzetek predavanja

Motnje hranjenja, skupina bolezni, ki je bila do pred kratkim znana le ozkemu krogu strokovnjakov, je v zadnjih desetletjih prerasla v bolezen moderne dobe. Motnje hranjenja predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem. Vzroke za nastanek motenj hranjenja lahko razdelimo na tri velike skupine: biološko-genetsko, sociokulturno in družinsko. Večinoma gre za prepletanje vzrokov iz vseh treh skupin. Med motnje hranjenja uvrščamo: anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenažanje in novejša oblika (ortoreksija in bigoreksija nervozna). Ključni dejavnik uspešne obravnave oseb z motnjo hranjenja je lastna motivacija za zdravljenje. Najuspešnejši terapevtski pristop je psihoterapija, uporablja se predvsem vedenjsko-kognitivno in/ali dinamsko analitično psihoterapijo, po potrebi, v kombinaciji s psihofarmakoterapijo. Obravnava je lahko ambulantnega ali bolnišničnega tipa. Ozdravitev ne pomeni le odsotnosti simptomov posamezne motnje hranjenja, temveč tudi ustrezno psihosocialno funkcioniranje.

Kaj so motnje hranjenja

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Takšne motnje so zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezna težava s hrano skriva v globini trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih bolečin in neprepoznanih čustev.

Motnje hranjenja se lahko kažejo kot mehanizem izogibanja, ko človek vso svojo energijo osredotoči na hrano in hranjenje ter se tako izogne bolečim čustvom in problemom. Lahko so način obvladovanja življenjskih problemov, ki se zdijo nerešljivi, ali pa gre za prizadevanje nadzorovati svoje telo in življenje v razmerah, ko

prizadeti čuti, da ga nadzorujejo drugi. Motnje hranjenja pa so lahko tudi odziv na dolgotrajen, leta trajajoč, nerazrešen stresni položaj.

Vzroki motenj hranjenja

Motnje hranjenja lahko ozdravimo le, če prepoznamo vzroke oz. dejavnike tveganja njihovega nastanka. Z drugimi besedami, ko spet začnemo živeti v svojem telesu, ne da bi preveč razmišljali o tem, kakšno mora biti, da bo pravo, in kaj naj še pojemo, da bi lahko odkrili, kaj si v tistem trenutku zares želimo.

Dejavniki tveganja, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja, so številni. Le redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed motenj hranjenja.

Razdelimo jih lahko na tri skupine:

1. Družinski dejavniki tveganja

Kronične telesne in duševne bolezni staršev povzročajo pri otroku in mladostniku občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti. Ana je povedala: »Moja mama ima hudo sladkorno bolezen. Pogosto je bila zelo bolna in je morala v bolnišnico. Nikoli nisem vedela, kdaj bo spet »odšla« od mene. Ves čas sem živela v strahu, da se ji bo kaj zgodilo, saj sem videla, da se tudi oče boji in je bil torej moj strah utemeljen. Tolažila sem se s hrano. Tako se nisem počutila osamljeno.«

Podobne posledice ima tudi nefunkcionalen (neustrezen) partnerski odnos s stalnimi prepiri, pretirano nadvlado enega od staršev nad drugim ali celo nasilnostjo. Ustrezen partnerski odnos je eden najmočnejših varovalnih dejavnikov za ustrezen psihosocialni razvoj otroka.

Pomemben dejavnik tveganja je tudi nefunkcionalno (neustrezno) starševstvo. V tem primeru mora otrok prevzeti vloge, ki jim ni dorasel: posrednika, pogajalca, amortizerja ali razsodnika med starši. Nefunkcionalno starševstvo je prisotno tudi takrat, ko eden ali oba starša svojega otroka pretirano varujeta, ga želita ubraniti »vsega hudega« ali pa mu prepuščata odločitve in samostojnost, ki jim še ni dorasel.

Pogoste diete v družini, predvsem materine, seveda tudi niso koristna popotnica za odraščajočega otroka, ki prevzema vedenjske vzorce tistih, ki so mu najbližje.

Dejavnik tveganja je tudi uporaba hrane kot vzgojni pripomoček. V tem primeru se začenja otrok izogibati skupnim obrokom ali pa se jih že vnaprej boji, saj ve, da ga bodo starši zasliševali glede šole, prijateljev, ga karali in nadzorovali. Hrana ni in ne sme biti sredstvo nagrajevanja ali kaznovanja, kontrole oz. nadzora.

Pomemben dejavnik tveganja je tudi neustrezna komunikacija med starši in otrokom. Sem sodijo predvsem tako imenovana »dvojna sporočila«. Dvojno sporočilo pomeni, da nam nekdo z besedami zatrjuje eno, z dejanji (vedenjem) pa ravno nasprotno.

Omeniti velja tudi duševne, telesne in spolne zlorabe, ki jih odrasli zakrivijo nad otrokom. Otroci za napake odraslih, nasilje nad seboj pogosto išče krivdo v sebi in se posledično čuti slabega, nevrednega spoštovanja in tako razvije slabo samopodobo in nizko samospoštovanje.

Preventivno lahko starši delujejo tako, da pri otroku spodbujajo »zdravo agresivnost« (postaviti se zase, poskusiti nove stvari, upati si stopiti v nov svet), individualnost ter odkrito in neposredno komunikacijo, pohvaliti je treba trud in ne le dosežen cilj. Zavedati se morajo, da so otrokovi vzorniki in da od otroka ne morejo pričakovati tistega, česar sami ne zmorejo in ga niso naučili: se pogovarjati, spreti, pobotati, biti vesel in žalosten, čutiti krivdo in sram, se znati pohvaliti, biti ponosen nase in tudi sprejeti kritiko.

2. Sociokulturni dejavniki tveganja

Seveda pa ne moremo mimo dejstva, da se je vloga ženske v zadnjih desetletjih zelo spremenila. Tako je samo po sebi umevno, da je ženska zaposlena, hkrati pa večinoma še vedno prevzema vse naloge, ki so včasih veljale za tradicionalno ženske. Danes velja za uspešno tista ženska, ki je hkrati lepa, negovana, zaposlena, izpolnjuje vse tradicionalne vloge (mati, gospodinja) in je seveda vitka. K tej »idealni« podobi ženske so veliko pripomogli tudi mediji, ki povečujejo vitkost za vsako ceno. Tako je treba le odpreti katerokoli revijo, namenjeno dekletom in ženskam, in že smo dobesedno oblegani z najrazličnejšimi dietami, z naslovnice se nam smehljajo čudovito lepe, vitke mladenke, ki v nas vzbujajo občutke krivde ob vsakem gramu zaužite hrane.

Obenem pa ne smemo spregledati, da se je prav tako spremenila idealna telesna podoba moškega, ki mora biti izrazito mišičast, vitkega pasu in širokih ramen. Obolevajo ženske in moški!

3. Biološko-genetski dejavniki tveganja

Pomemben dejavnik tveganja je visoka telesna teža ob rojstvu in v otroštvu. Pretirano hranjen otrok je tarča posmeha vrstnikov in jeze staršev. Četudi pozneje shujša, je težko popraviti slabo samopodobo, ki si jo je ustvaril o sebi. Deduje se tudi nagnjenost k specifičnim osebnostnim potezam, ki so dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja. Mednje uvrščamo: perfekcionizem, pretirano storilnost, rigidnost, izrazito pridnost, potrebo po potrjevanju, pohvalah in potrditvah iz okolice.

Izjemno redko je v ozadju določene motnje hranjenja le en sam, jasno prepoznaven vzrok. Večinoma gre za seštevke vzrokov iz vseh treh opisanih skupin.

Raziskovanje dejavnikov tveganja za razvoj motenj hranjenja poteka po dveh vzporednih poteh: biološki (genetski inženiring in nevrotransmitterske funkcije) in psihosociokulturološki. Dokončen odgovor pa bomo najbrž dobili, če upoštevamo izsledke obeh, ki jih bo mogoče in jih je že mogoče uporabiti pri načrtovanju najširših preventivnih programov.

Pogostost motenj hranjenja

Strokovnjaki ugotavljajo, da se pojavnost anoreksije nervoze v zadnjih dvajsetih letih ni zelo spremenila (1 % populacije).

Drugače pa je pri bulimiji nervozi, za katero ugotavljajo, da strmo in linearno narašča. Sprva so bile številke enake kot pri anoreksiji, danes pa so mnogo večje (od 3 do 5 % populacije).

Pri kompulzivnem prenažedanju se postavlja vprašanje: Ali imajo vse prekomerno hranjene ali debele osebe motnjo hranjenja? Strokovnjaki menijo, da je treba najprej izključiti telesne vzroke debelosti (na primer endokrinološke motnje/bolezni) in tako približno od 70 do 80 % debelih ljudi izpolnjuje kriterije za postavitev diagnoze kompulzivno prenažedanje.

Tudi razmerje med spoloma se je spremenilo, oboleva **40 % moških in 60 % žensk**.

Vrste motenj hranjenja

Med motnje hranjenja uvrščamo:

- anoreksijo nervozo,
- bulimijo nervozo,
- kompulzivno prenažedanje,
- nove oblike motenj hranjenja: ortoreksija in bigoreksija nervoza.

1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza velja že zadnjih sto let za duševno motnjo. Oseba z anoreksijo nervozo čuti intenziven strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša niti ob zniževanju telesne teže. Ves čas je prepričana, da je debela, četudi so v resnici izražene vse telesne posledice podhranjenosti. To prepričanje imenujemo motena predstava o lastnem telesu. Ženske in dekleta ob tem izgubijo menstruacijo.

Diagnoza pa se postavi tudi tedaj, ko ima oseba značilno sliko anoreksije nervoze ob ustrezni telesni teži, izpolnjeni pa so vsi drugi pogoji za to bolezen.

Anoreksija nervoza je motnja, ki nastaja postopoma in gre torej za proces. Je motnja, ki se večinoma pojavi na prehodu iz otroštva v adolescenco (to je približno med 8. in 14. letom starosti) in v povprečju traja nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč. V ozadju sta slaba samopodoba in nizko samospoštovanje. Začetek je večinoma nedolžen. Tako se dekle odloči shujšati, saj je opazila, da je njena prijateljica, odkar je shujšala, dobila novega fanta. Shujša za nekaj kilogramov in vse sošolke opazijo, da je sedaj lepša, in ji to tudi povedo. Fant, ki ji je že dolgo všeč, se začne zanimati zanjo in tako se odloči, da bo še malo shujšala. Teža se ji niža, ona pa se počuti vedno boljše, vse ji gre kot »po maslu« in prvič v življenju ima občutek, da jo okolica opazi (faza medenih mesecev). Začuti, da ima moč in da je ona tista, ki nadzoruje svoje življenje. Gre torej za poskus prilagoditve, za strategijo, s katero poskuša lažje živeti. Vendar pa se hujšanje ne ustavi in nenadoma se zave, da nadzora nima več v svojih rokah (faza dekompenzacije). V tej fazi motnje pride do izgube nadzora, ki vodi v vedno večji občutek neustreznosti, neuspešnosti in posledično še slabše samopodobe in nižjega samospoštovanja kot na začetku opisanega začaranega kroga.

Prevladujoč občutek je krivda.

Poudariti je treba, da je poimenovanje motnje zavajajoče, saj »an-orexis« v grščini pomeni »brez apetita«, ta pa pri opisani motnji ne izgine, le želja po nadzoru nad zaužito hrano je pretirana. Povsem zavajajoče in napačno je prepričanje, da ima tisti, ki bruha, bulimijo, tisti, ki strada, pa anoreksijo!

Ločimo dva podtipa anoreksije nervoze:

- a) purgativni tip anoreksije nervoze: osebe vzdržujejo nizko telesno težo, indeks telesne mase (ITM) je pod 17,5 kg/m², z bruhanjem (pogosto se tudi prenaledajo), jemanjem odvajal in/ali diuretikov (75 % vseh oseb z anoreksijo nervozo),
- b) restriktivni tip anoreksije nervoze: osebe vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem vseh vrst hrane (s stradanjem) ali pa le ogljikovih hidratov in tiste hrane, ki je po njihovem mnenju visokokalorična. Obenem pogosto pretiravajo s telesno dejavnostjo, kar imenujemo hiperaktivnost (25 % vseh oseb z anoreksijo nervozo).

2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je obravnavana kot samostojna bolezen šele od šestdesetih in sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Pred tem je veljala za neznatno obliko anoreksije nervoze.

Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenaledanja (tako imenovana »volčja lakota«) in različni neustrezni mehanizmi zmanjševanja telesne teže (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna dejavnost). Oseba je prezaposlena z obliko svojega telesa, telesno težo, čuti stalen strah pred debelostjo in pomanjkljiv nadzor nad lastnim hranjenjem.

Bulimija je motnja, ki se pojavlja na prehodu iz adolescence v zgodnje odraslo obdobje (to je približno od 16. do 25. leta starosti) in prav tako kot pri anoreksiji v povprečju mine nekaj let, preden obolela oseba poišče pomoč.

Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno telesno težo (ITMod 18 do 25 kg/m²). Med prenažanjem oseba z bulimijo zaužije bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je visokokalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Opisana oseba se svojega prenažanja sramuje, prenažeda se na samem in s tem nadaljuje do bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu sledi občutek krivde in posledični vedenjski vzorci za zniževanje telesne teže.

Prevladujoč občutek je sram.

Ločimo dva podtipa bulimije nervoze:

a) purgativni tip bulimije nervoze: obdobju prenažanja sledi bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov (75 % vseh oseb z bulimijo nervozo).

b) nepurgativni tip bulimije nervoze: obdobju prenažanja sledi stradanje, odklanjanje hrane, pretirana telesna dejavnost (25 % vseh oseb z bulimijo nervozo).

Raziskave kažejo pomembno povezavo med bulimijo in depresivno motnjo. Tako pri približno 75 % oseb vseh starosti z bulimijo ugotavljajo tudi izraženo klinično sliko depresije (depresivno razpoloženje, precejšnje pomanjkanje zanimanja ali veselja, pomanjkanje energije, povečana utrujenost in razdražljivost, izguba samozaupanja in samospoštovanja, neutemeljeni občutki krivde oz. očitki, pogoste misli na smrt), posledično pa so pogostejši tudi samomorilni poskusi.

3. Kompulzivno prenažanje/ekscisivno hranjenje

Oseba s kompulzivnim prenažanjem se prenažeda (nažira, baše) s hrano, ob tem ima občutek izgube nadzora nad lastnim hranjenjem. Obdobjem prenažanja pa ne sledijo mehanizmi za zniževanje telesne teže.

Kompulzivno prenažanje je motnja, ki se pojavlja v zgodnjem in srednjem odraslem obdobju, najpogosteje med 25. in 45. letom. Raziskave kažejo, da približno 70 do 80 % čezmerno hranjenih ljudi izpolnjuje merila za kompulzivno prenažanje.

Pogosto se izmenjuje z bulimijo, redkeje tudi z anoreksijo nervozo. V teh primerih se seveda lahko pojavi tudi že v adolescenci.

4. Nove oblike motenj hranjenja

Ortoreksija nervoza

Ortoreksija (grško: ortho-orexis: pravilen tek/apetit) je motnja hranjenja, za katero je značilna obsedenost z zdravo, biološko neoporečno hrano, ki vodi v hude prehranske restrikcije. Jedrni težavi sta, enako kot pri ostalih motnjah hranjenja, nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Oseba z ortoreksijo se torej s pravilnim in zdravim prehranjevanjem želi počutiti čisto, zdravo in naravno. Obsedenost z ustreznim/zdravim prehranjevanjem obolelo osebo ovira in omejuje na vseh življenjskih področjih (ožji in širši medosebni odnosi in socialni stiki, izobraževanje, delo, hobiji in drugo). Zdrava prehrana prevzame vodilno vlogo med vrednotami, hkrati pa oseba z ortoreksijo vrednoti ostale ljudi izrazito na podlagi njihovega načina prehranjevanja.

Obolevajo predvsem ženske v zgodnji in srednji odrasli dobi. Za razliko od anoreksije in bulimije nervoze so odsotni strah pred debelostjo, težnja po vitkosti in motena telesna shema. Ortoreksija vodi, podobno kot druge oblike motenj hranjenja, v podhranjenost, izgubo socialnih stikov in čustvene motnje.

Bigoreksija nervoza

Za bigoreksijo nervozo, imenovano tudi mišična dismorfija, je značilna obsedenost s potrebo po mišičastem telesu in izrazito motena telesna shema. Kljub pretirano mišičastemu telesu se obolele osebe doživljajo presuhe in premalo močate, zato se je ta motnja najprej imenovala »obrnjena« anoreksija. V ozadju motnje je nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Obolevajo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti, ki večino svojega časa preživljajo v fitnes studiih, pogosto pa zlorabljajo tudi anabole steroide, ki še dodatno okrepijo pridruženo depresivno motnjo, poškodujejo številne organske sisteme in povzročijo motnje spolnih funkcij, ki so lahko ireverzibilne.

Bigoreksija nervoza za zdaj v mednarodnih klasifikacijah bolezni še ni uvrščena med motnje hranjenja, je pa na seznamu čakajočih, ortoreksija pa je v novi, ameriški, klasifikaciji opredeljena med podvrstami anoreksije nervoze. Ne glede na to, kje in na kakšen način sta ti dve motnji uvrščeni v mednarodnih klasifikacijah bolezni, obolele osebe obravnavamo v ambulantah in na oddelkih za zdravljenje motenj hranjenja.

Ozdravljivost in motiviranost

Motnje hranjenja zdravimo ambulantno in bolnišnično, odvisno od motiviranosti in izraženosti motnje. Osebe s takšnimi motnjami, ki pridejo k strokovnjaku po pomoč, sprva pogosto kot cilj zdravljenja navedejo željo po prenehanju prenažiranja, bruhanja in stradanja. To so le simptomi njihove motnje in med zdravljenjem je treba ugotoviti ozadje oz. dejavnike in vzroke, ki so povzročili njihov nastanek, se jih naučiti razumeti in sprejeti.

Motnje hranjenja so ozdravljive, potrebno pa je veliko volje, vztrajnosti in truda. Ozdravljenje ne pomeni le izginotja simptomov, temveč tudi ustrezno psihosocialno delovanje ter posledično občutek zadovoljstva s svojim življenjem, kar po domače pomeni, da se »dobro počutimo v svoji koži«.

Zdravljenje motenj hranjenja

Najpomembnejši pogoj za uspešno zdravljenje je lastna motivacija (želja po spremembi in s tem po zdravljenju). Dokler se oseba sama ne odloči, da želi spremeniti svoje življenje, je nihče ne more prisiliti k temu. Kljub temu je treba izvajati redne ambulantne pogovore in tako motivirati mladostnika ali odraslo osebo za nadaljnje zdravljenje.

Dejstvo pa je, da so motnje hranjenja štiriindvajseturna zaposlitev, polna občutkov krivde, sramu, in tako se prej ali slej velika večina obolelih odloči, da ne želijo več tako živeti, in poiščejo ustrezno pomoč (povprečno mine od 5 do 6 let, da se obolela oseba odloči in poišče strokovno pomoč). Od tega trenutka terapija ne bo namenjena le vzdrževanju oz. reševanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, nazogastrična sonda – internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč bo vodila v telesno in duševno zdravje (psihiatrične ambulate in oddelki za zdravljenje motenj hranjenja – psihoterapevtska obravnava). Treba je torej ločevati med reševanjem življenja in zdravljenjem motenj hranjenja. Slednje je mogoče le s privolitvijo obolele osebe.

Če so pri osebi z motnjo hranjenja huje prizadete telesne funkcije, tako da so nastale telesne motnje, je potrebna internistična obravnava, seveda ob psihiatričnem spremljanju. Sicer pa je najustreznejše tisto zdravljenje, ki ne odpravlja le simptomov (bruhanje, stradanje, prenažiranje, jemanje diuretikov in/ali odvajal, pretirana telesna dejavnost), temveč ugotavlja tudi vzroke nastanka motnje. To sta vedenjsko-kognitivna psihoterapija (vplivanje na spremembo vedenjskih vzorcev in stališč prek spoznavnih procesov) in dinamska psihoterapija (vplivanje na spremembo vedenja prek razumevanja in upoštevanja preteklih izkušenj).

Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od motenj hranjenja, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapevtsko zdravljenje. Po strokovni doktrini je potrebna vsaj šestmesečna ambulantna obravnava in nato ovrednotenje izboljšanja. Če je izboljšanje le majhno ali ga ni, je priporočljiva intenzivna bolnišnična psihoterapevtska obravnava na Enoti za zdravljenje motenj hranjenja (od 4 do 6 mesecev). Po zaključeni bolnišnični obravnavi je priporočena še vključitev v zunajbolnišnično psihoterapevtsko skupino in pozneje še nekajletno ambulantno spremljanje.

Treba je poudariti, da so motnje hranjenja ozdravljive. Ozdravljenje ne pomeni biti brez simptomov, temveč tudi ustrezno psihosocialno delovanje v ožjem (družinskem) in širšem (šola, služba, prijatelji) pomenu.

Pot je sicer dolgotrajna in naporna, vendar zelo pogosto uspešna. Ozdravljene osebe vedo povedati, da jim je izkušnja motnje hranjenja tudi nekaj dala: bolj se cenijo, pridobile so veliko novih spoznanj o sebi in življenju sploh in zato živijo bolj kakovostno.

»Če bi bila ti, bi bila pogumna. Naredila bi tisto, kar si že dolgo želim, in me ne bi skrbelo za posledice, bila bi vesela. Smejala bi se, ko bi bili drugi resni, bila bi sproščena kot ti. In vsi bi rekli, da sem super, in bi me imeli zaradi tega radi. Če bi bila ti, ne bi bilo mene. A nekdo potrebuje mene, prav takšnega človeka, kot sem. Ti si ti in jaz sem jaz. Vesela sem, da se poznam.«

(Iz Labirinta – glasila bolnikov Enote za zdravljenje motenj hranjenja)

*»Lepota je v različnosti, v drugačnostih.
Kako dolgočasno bi bilo, če bi bili vsi enaki.«
(Seneca)*

Literatura

1. Atchison AE, Hana F, Zickgraf HF. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. Dosegljivo 20.2.2023 na URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
2. Bratman S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity; 22(3): 381–5.
3. Cunningham ML, Nagata JM, Murray SB. Muscularity-Oriented Disordered Eating in Boys and Men. In: Nagata JM, Brown TA, Murray SB, Lavender JM, eds. Eating Disorders in Boys and Men. Dosegljivo 20.2.2023 na URL: https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3_3
4. Eivors A, Nesbitt S. Lačni razumevanja. Maribor: Založba Obzorja, 2007.
5. Sernec K. Motnje hranjenja – bolezni sodobnega časa. In: Sernec K, ed: Motnje hranjenja. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2012. p. 15–35.

Kratka predstavitev

Dr. Maja Grošelj, dr. dent. med., specialistka za zobne bolezni in endodontijo, je diplomirala na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani leta 2002. Prejela je Oražnovo in Brenčič-Logarjevo nagrado. Magistrirala je leta 2008 iz razvojnih okvar sklenine, doktorirala pa leta 2015 iz vplivov organoklornih onesnaževalcev na razvoj zobnega organa. Specializacijo iz zobnih bolezni in endodontije je končala leta 2012. Začela je kot zobozdravnica za otroke in mladino v ZD Ljubljana, nadaljevala kot asistentka na kliničnih vajah na Katedri za zobne bolezni in normalno morfolologijo zobnega organa na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in kot specialistka za zobne bolezni in endodontijo na Centru za zobne bolezni in endodontijo na Stomatološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani ter v zasebni praksi. Od leta 2021 je specialistka za zobne bolezni in endodontijo v ZD dr. Adolfa Drolca v Mariboru. Je tudi predavateljica na Višji strokovni šoli za ustne higienike ter mentorica pripravnikom doktorjem dentalne medicine.

Povzetek predavanja

Motne hranjenja in ustno zdravje

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane in lastnega telesa ter spremenjenih prehranjevalnih navadah. Osebe z motnjami hranjenja so obsedene s hrano, telesno težo in obliko telesa. O hrani razmišljajo pretirano, si z njo lajšajo stiske in bolečine, hkrati pa ob tem občutijo strah in krivdo ter se zato vrtijo v začaranem krogu. Motnje hranjenja pomembno vplivajo na duševno, telesno in socialno zdravje prizadetih. Osebe z motnjami hranjenja so sicer pogosti obiskovalci zdravstvenega sistema, vendar običajno ne neposredno zaradi motenj hranjenja, saj so te v družbi še vedno stigmatizirane. Kadar prizadeti le poiščejo pomoč zaradi motenj hranjenja, je zdravljenje interdisciplinarno in dolgotrajno. Pri zdravljenju sodelujejo zdravstveni delavci različnih specialnosti, od družinskega zdravnika do psihiatra, dietetika in psihoterapevta, pomembno vlogo pa bi pri zdravljenju morala odigrati tudi zobozdravnik in ustni higienik.

Za motnje hranjenja so značilne različne škodljive prehranjevalne in očiščevalne navade. Med škodljive prehranjevalne navade štejemo odklanjanje in omejevanje hrane, obsedenost z različnimi dietami, ki izločujejo po cele skupine živil, obsedenost z biološko čisto in neoporečno hrano ter prenašanje. Osebe z motnjami hranjenja skušajo na različne načine doseči zadostno porabo kalorij. Med škodljive očiščevalne navade prištevamo pretirano telesno aktivnost, stroge shujševalne diete, namerno izzvano bruhanje ter zlorabo odvajal in sredstev za izločanje vode.

Motnje hranjenja zaradi ogromnega pomena prehrane za zdravje človeka že kmalu privedejo do zaznavnih telesnih posledic. Zaradi različnih prehranjevalnih in očiščevalnih navad so posledice motenj hranjenja na sistemsko telesno zdravje različne. Kadar med motnjami prednjačijo stroge diete z omejevanjem in odklanjanjem hrane, zlorabo odvajal in sredstev za izločanje vode, pogosto namerno izzvano bruhanje in pretirana telesna aktivnost, so posledice predvsem dehidracija in podhranjenost ter pomanjkanje življenjsko pomembnih vitaminov in mineralov. Zdravstvene težave, zaradi katerih osebe z motnjami hranjenja lahko iščejo zdravstveno pomoč, so splošna oslabelost, pomanjkanje energije, kronična utrujenost, elektrolitske motnje, motnje srčnega ritma, nizek krvni tlak, šibak pulz, suha koža, krhki lasje in nohti, hormonske motnje, športne poškodbe, osteoporoza. Kadar med motnjami prednjačijo napadi prenašanja, so posledice nihanja telesne teže ali hitro pridobivanje telesne teže, zdravstvene težave prizadetih pa posledično debelost, gastritis, gastroezofagealna refluksna bolezen, visok krvni tlak, srčno-žilne bolezni in diabetes.

Motnje hranjenja so resne duševne motnje, ki pa povzročajo še dodatne posledice v duševnem zdravju prizadetih oseb, lahko se končajo tudi smrtno. Osebe z motnjami hranjenja skoraj ves čas spremlja občutek sramu in krivde, pogosto se gnusijo same sebi, obupno se bojijo debelosti. Tem občutkom se pridružijo še motnje razpoloženja, kot so razdražljivost, depresija in anksioznost, zato se osebe pogosto še dodatno

socialno izolirajo in se borijo celo s samomorilnimi mislimi. Velikokrat je potrebno dodatno zdravljenje s psihotropnimi zdravili.

Posledice motenj hranjenja v ustni votlini so lep dokaz povezave med sistemskim in ustnim zdravjem. V ustni votlini se motnje hranjenja kažejo kot spremembe na slini, sluznicah, zobeh, obzobnih tkivih in žlezah slinavkah, nekatere spremembe pa so vidne tudi na obrazu. Spremembe kažejo na velik vpliv sline na zdravje v ustni votlini.

Spremembe na sluznicah so večinoma posledica dehidracije in podhranjenosti ter pomanjkanja življenjsko pomembnih vitaminov in mineralov. Epitelijske celice se slabo obnavljajo, zaradi pomanjkanja in spremenjene sestave sline pa so dovzetnejše za poškodbe in okužbe. Sluznice lic in jezika so izsušene, pordele in atrofične, z vidnimi odtisi zob. Pogoste so travmatske erozije in ulkusi ter glivične okužbe. Dlesni so lahko otekle in pordele. V primeru pogostega namerno izzvanega bruhanja so spremembe tudi na sluznici trdega in mehkega neba. Lahko so posledica neposredne poškodbe s prsti ali predmeti ali poškodb žilja in povišanega krvnega tlaka zaradi napenjanja med bruhanjem ali pa kemičnega draženja z želodčno kislino. Spremembe, vidne na obrazu, so pordele, suhe, razpokane, luščeče se in pogosto tudi pogrizene ustnice ter razpokani in z glivicami okuženi ustni koti.

Razsežnost posledic na zobeh je ob prehranjevalnih navadah v veliki meri odvisna tudi od higienskih navad oseb z motnjami hranjenja, ali te zanemarjajo ustno higieno ali pa se z njo pretirano ukvarjajo. Zaradi pomanjkanja in spremenjene sestave sline je tveganje za zobni karies in erozije vsekakor večje. Za motnje hranjenja so značilni predvsem znaki povečane obrabe, ki je posledica tako bolezenske erozije kot tudi abrazije trdih zobnih tkiv. Erozije so posledica pretiranega uživanja kisle hrane in pijače, predvsem citrusov, gaziranih pijač in energijskih napitkov z velikim erozivnim in nizkim kaloričnim potencialom, ki jih osebe z motnjami hranjenja pogosto uporabljajo za izboljšanje okusa, utišanje lakote ali povečevanje energije. V primeru pogostega namerno izzvanega bruhanja je erozija posledica delovanja želodčne kisline. Erozije se kažejo tako na vestibularnih in oralnih ploskvah kot tudi na okluzalnih ploskvah zob. Hitro opazne so predvsem spremembe na zgornjih sekalcih, ki so porumeneli, sklenina je močno stanjšana, tako da so incizalni robovi skoraj prosojni in pogosto odkrušeni. Za motnje hranjenja so ob erozijah značilni še povečana abrazija zob zaradi s stresom povzročene stiskanja zob in bruksizma, dodatno pa še z nepravilnim ščetkanjem povzročeni vratni klinasti defekti zob.

Tako kot pri sluznicah, so tudi spremembe na žlezah slinavkah predvsem posledice dehidracije in podhranjenosti ter pomanjkanja življenjsko pomembnih vitaminov in mineralov. Dodatno izločanje sline lahko zmanjšujejo še psihotropna zdravila, na primer antidepresivi. Sline je manj, je bolj gosta, vlečljiva, penasta, zmanjšana je njena puferska kapaciteta in pH. V primeru pogostih izzvanih epizod bruhanja se spremembe na žlezah slinavkah lahko pokažejo tudi na obrazu kot vidna in tipna povečanja obušesnih ali podčeljustnih žlez slinavk. Povečanje je običajno neboleče in reverzibilno. Je nevnetne narave in je najverjetneje posledica pretiranega draženja žlez slinavk ter porušenega ravnotežja med parasimpatičnim in simpatičnim živčevjem.

Ob vseh spremembah v ustni votlini osebe z motnjami hranjenja pogosto trpijo za sindromom pekočih ust, pekočim jezikom, občutkom suhih ust, spremembami v okušanju, preobčutljivimi zobmi in bolečinami zaradi napredujočih karioznih lezij, apikalnega parodontitisa in parodontalne bolezni ter porušene okluzije. Zaradi slabega zadaha in izgleda se dodatno socialno izolirajo.

Motnje hranjenja so lep dokaz povezave med telesnim in duševnim zdravjem ter med sistemskim in ustnim zdravjem. Znaki in simptomi motenj hranjenja v ustni votlini pomembno zmanjšujejo kakovost življenja oseb z motnjami hranjenja, s tem pa pomembno prispevajo k poslabšanju motenj hranjenja. Zobozdravnik in ustni higienik sta lahko prva zdravstvena delavca, ki prepoznata osebo z motnjami hranjenja in pridobita njeno zaupanje. Njuno delovanje mora biti usmerjeno v preprečevanje nadaljnjih škodljivih posledic spremenjenih prehranjevalnih navad v ustni votlini in popravilo že nastale škode. Primerna zobozdravstvena

obravnavo oseb z motnjami hranjenja pomembno prispeva k ohranjanju njihovega ustnega zdravja, h kakovosti njihovega življenja in njihovi dobri samopodobi, s čimer so zagotovljeni celostni pogoji za njihovo ozdravljenje znotraj interdisciplinarnega tima. Posledice spremenjenih prehranjevalnih navad v ustni votlini bi morali poznati vsi zdravstveni delavci, ki sodelujejo pri obravnavi oseb z motnjami hranjenja. Tako bi se lahko aktivno vključevali v preprečevanje njihovega nastanka oz. blaženje njihovih posledic in še dodatno prispevali k celostni obravnavi osebe z motnjami hranjenja.

Literatura

1. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2015; 4: 299-305.
2. Russo LR, Campisi G, Fede OD, Liberto CD, Panzarella V, Muzio LL. Oral manifestation of eating disorders: a critical review. *Oral Diseases* 2008; 14: 479-84.
3. Johansson AK, Nopprig C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *European Journal of Oral Sciences* 2012; 1: 61-8.
4. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Australian Dental Journal* 2005; 1: 6-15.
5. Ann-Katrin Johansson, Tonje Mjanger Øvretvedt, Karen Knudsen Reinholdsen, Anders Johansson, "Eating Disorders: An Analysis of Self-Induced Vomiting, Binge Eating, and Oral Hygiene Behavior", *International Journal of Clinical Practice*, vol. 2022, Article ID 6210372, 7 pages, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/6210372>

**SREČANJE SO NAM POMAGALI
IZVESTI NAŠI SPONZORJI**

Zahvaljujemo se:

CURAPROX

 **Dentalia**

 **Dr. Gorkič**

DENTAGO
PREMIUM SOLUTIONS

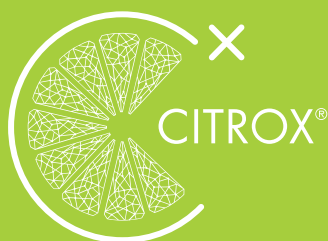
 **Sanolabor**

CURAPROX

PERIOPLUS⁺

DOKAZANO UČINKOVITEJŠA ZAŠČITA OB TEŽAVAH V USTIH

NI VSEENO,
KAJ IZBERETE



f CuraproxSlovenija



curaprox_slovenija

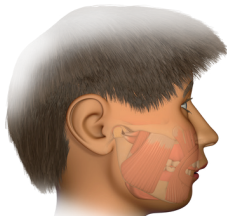
www.curaprox.si

SWISS PREMIUM 
ORAL CARE

myobrace®

PROTOKOL ZDRAVLJENJA

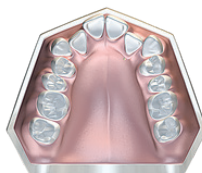
1. STOPNJA ODPRAVA RAZVAD



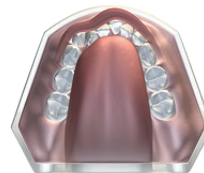
Dihanje skozi usta zavira pravilno rast in razvoj, kar zmanjša prostor za sprednje zobe in izrast tretjih kočnikov.

MYOBRACE®

Vspostavitev dihanja skozi nos

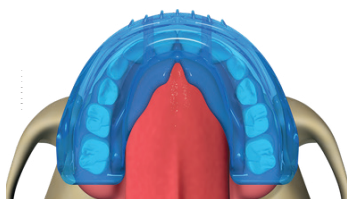


Nepravilna lega jezika zavira rast zgornje čeljusti, kar povzroča tesno stanje zob.



Nepravilno požiranje zavira rast spodnje čeljusti, kar povzroča tesno stanje in odnos razreda II.

2. STOPNJA RAZVOJ ZOBNEGA LOKA



Pravilna lega jezika v zgornji čeljusti

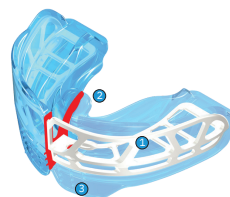
MYOBRACE®

Izboljša naravni razvoj zobnega loka

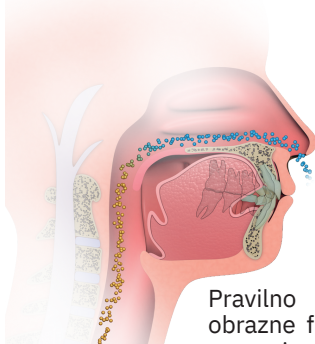
Uporaba: 1 ura podnevi in celo noč med spanjem

- 1 Dynamicore™ s Franklovo kletko
- 2 Jezična oznaka - za pravilen položaj jezika
- 3 Podaljšan ustnični odbijač

Dynamicore™ vzpodbuja razvoj zgornjega zobnega loka



3. STOPNJA RETENCIJA



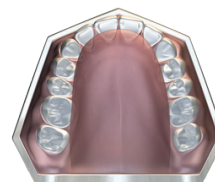
Pravilno ravnotežje obrazne funkcije kot naravni retainer.

MYOBRACE®

Ohranjanje pravilnega položaja jezika med mirovanjem in počitkom.



Končni aparat



Pravilen zgornji zobni lok

3shape



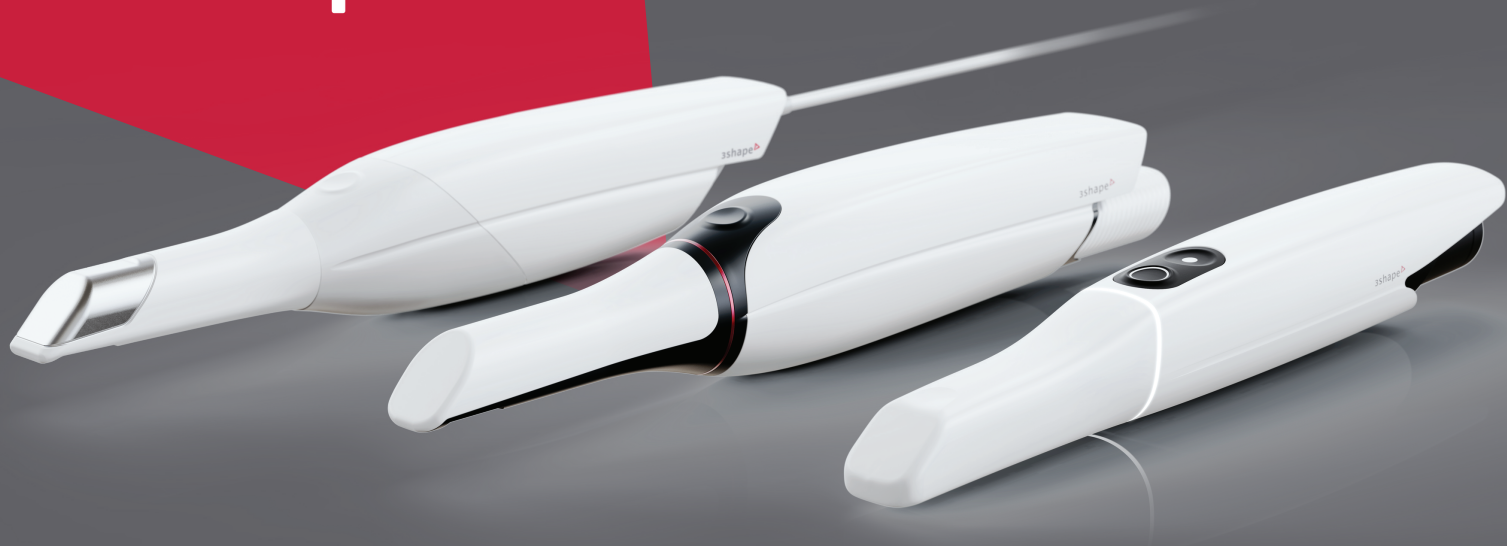
brezžično



hitro



preprosto



Digitalizirajte svojo ordinacijo s
TRIOS intraoralnimi skenerji.



clearcorrect

Do preprostega in učinkovitega
ortodontskega zdravljenja s
ClearCorrect nevidnimi ortodontskimi aparati.
Za zadovoljstvo vas in vaših pacientov.



Vaš **zanesljiv partner** pri delu.

**Vse za zobozdravstvene
ordinacije in
zobotehnične
laboratorije na enem
mestu!**

**Več kot 20.000 izdelkov
po ugodnih cenah**

**Hitra in zanesljiva dostava
naročenega blaga**

**Več kot 70 let tradicije in
strokovnosti**

**Obiščite našo
spletno prodajalno
zobozdravstvenega
materiala:**



PerioTabs®

Pomaga zmanjšati:

- **KRVAVENJE DLESNI** (gingivitis),
- **PARODONTALNO BOLEZEN** in
- **TEŽAVE, povezane z ZOBNIMI VSADKI** (perimukozitis in periimplantitis).



VAREN in UČINKOVIT^{1,2}
sistem za odstranjevanje
biofima

odstrani mikroorganizme z zobne ščetke

s kemičnim delovanjem odstrani biofilm z
zob, dlesni ali zobnih vsadkov

ob ščetkanju zob in dlesni s pripravljeno
raztopino deluje na biofilm tudi mehansko

PerioTabs® so šumeče tablete za raztapljanje v vodi. S sveže pripravljeno raztopino ščetkamo zobe 2 minuti, 10 dni zapored. Preventivna uporaba je priporočljiva 3- do 4-krat letno.

Ne vsebuje klorheksidina Ne povzroča obarvanosti zob Ne povzroča sprememb v okušanju
Ne poškoduje sklenine ali kovinskih delov zobnih vsadkov



SISTEMSKE BOLEZNI IN USTNO ZDRAVJE

(2. del)

11. marec 2023, Domus Medica



Hvala za udeležbo in nasvidenje na tretjem
srečanju SBUZ3, v novembru 2023!

