Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju

Strokovni seminar 22.4.2009 v Tehnološkem parku Ljubljana

Ustna nega - vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline

Program:

7.30-8.00	Registracija
8.00-8.15	Pozdrav in kulturni del

Moderator: Karolina Jenko

8.15-8.35	**Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika**, Rok Kosem, dr. dent.med
8.35-8.55	**ZV v predšolskem obdobju: izkušnje, rezultati in predlogi**, Andreja Plahutnik, DMS
8.55-9.15	**ZV otrok in mladostnikov: izkušnje, rezultati in predlogi**, Blanka Romih, DMS
9.15-9.35	**Zdravje ustne votline nekoč in danes**, asist.dr. Barbara Artnik, dr.dent.med
9.50-10.10	**Ustna nega aseptični poseg da ali ne in kdaj**, Dragica Auguštin, ZT, Irena Škoda Goričan, DMS
10.10-10.30	**Standard zdravstvene nege: ustna nega**, Klavdija Peternelj, MSc (Švedska), DMS
10.30-10.50	**Vzdrževanje protetičnih nadomestkov,** asist. mag. Rok Zupančič, dr.dent.med
10.50-11.10	**Raztopine, ki se uporabljajo pri ZN ustne votline, njihov učinek in indikacije za njihovo uporabo**, Vida Oražem, DMS
11.10-11.30	**Predstavitev sponzorjev (Lekarna Ljubljana 10 min; GlaxoSmithKline 10min)**
12.30-12.50	**Oskrba ustne votline pri parodontalnih boleznih in drugih ustnih boleznih**, doc.dr. Rok Gašperšič, dr.dent.med
12.50-13.10	**Ustna nega pri bolniku s stomatitisom**, Aleksandra Grbič, DMS, Milena Hribar, ZT
13.10-13-30	**Ustna nega pri radiomukositisu**, Ana Istenič, DMS

13.30-13.50 **Skrb za ustno zdravje pacientov v ortodontski obravnavi**, asist. mag. Sanja Zupančič, dr.dent.med., doc. dr. Martina Drevenšek, dr.dent.med
13.50-14.10 **Pomen higiene ustne votline pri celiakiji**, Alojzija Fink, DMS

14.20-14.30 **Predstavitev sponzorjev Zaloker in Zaloker 10 min**
14.30-14.50 **Nujni ukrepi pri poškodbi zobovja**, Rok Kosem, dr. dent.med
14.50-15.10 **Prva pomoč pri urgentnem sprejemu poškodovanca s poškodbo v ustni votlini**, Draga Štromajer, DMS
15.10-15.30 **Ustna nega po kirurških posegih v ustni votlini**, Irena Trobec, DMS
15.30-15.50 **Ustna nega pri intubiranem bolniku**, Aleksandra Petrič, ZT, Helena Jemec, DMS

16.00-16.20 **Vloga MS pri pacientu pri moteni samooskrbi glede izvajanja ustne higiene**, Nikica Grkman, DMS
16.20-16.40 **Vloga in delo ustnega higienika**, Sonja Pajntar, UH
16.40-17.00 **Poučevanje ustne nege na SSI, vidik učiteljice praktičnega pouka**, Martina Škrabec, DMS

17.00 Razprava in zaključni nagovor organizatorja

Organizacijski odbor:
Lucija Matič, Elizabeta Pikovnik, Alojzija Fink, Renata Vettorazzi, Katarina Gradišar, Špela Flerin

Zahvaljujemo se vsem sponzorjem za materialno in finančno pomoč pri izvedbi seminarja

Glavni sponzor:
Lekarna Ljubljana

Sponzorji:

CSC Pharma d.o.o
Dr.Scheller cosmetics d.o.o.
Flegis d.o.o.
GlaxoSmithKline
Medis
Prodent
Radenska
Srednja zdravstvena šola Ljubljana
Zaloker & Zaloker

KAZALO

Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika 1
Zdravstvena vzgoja v predšolskem obdobju: izkušnje, rezultati in predlogi 10
Zobozdravstvena preventiva v osnovnih šolah 18
Zdravje ustne votline otrok in mladostnikov nekoč in danes 23
Ustna nega, aseptični poseg, da ali ne in kdaj 31
Standard zdravstvene nege: ustna nega 34
Vzdrževanje protetičnih izdelkov 42
Raztopine, ki se uporabljajo pri zdravstveni negi ustne votline, njihov učinek in indikacije za uporabo 45
Oskrba ustne votline pri parodontalnih boleznih in drugih ustnih boleznih 51
Ustna nega pri bolniku s stomatitisom 58
Skrb za ustno zdravje pacientov v ortodontski obravnavi 65
Pomen higiene ustne votline pri celiakiji 69
Nujni ukrepi pri poškodbi zobovja 77
Prva pomoč pri nujnih stanjih v predelu ustne votline in obraza 84
Ustna nega po kirurških posegih v ustni votlini 89
Ustna nega intubiranega pacienta v nevrološki intenzivni terapiji 96
Vloga medicinske sestre pri izvajanju ustne nege pri pacientu z moteno samooskrbo .. 101
Poučevanje o ustni negi na srednji stopnji izobraževanja – izkušnje učiteljice praktičnega pouka 108

SKRB ZA USTNO ZDRAVJE OTROKA IN MLADOSTNIKA

Rok Kosem, dr. dent. med., specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva
Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Stomatološka klinika, Univerzitetni klinični ceter Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana
Tel.: 01 522 4386, e-naslov: kosem.rok@gmail.com

IZVLEČEK

Ustno zdravje je integralni del splošnega zdravja otroka in mladostnika. Bolezni ustne votline, v času otroštva in mladostništva predvsem karies, so še vedno pogoste in javno-zdravstveno pomembne.
Karies je ne-klasična infekcijska bolezen, ki izvira iz vzajemnega delovanja ustnih bakterij in prehranskih ogljikovih hidratov na zobni površini. Med dejavniki za preprečevanje in nadzor kariesa so najpomembnejši fluoridi, prehrana, ustna higiena in zalivanje fisur. Številna spoznanja o povezavah teh dejavnikov s kariesom izvirajo iz sodobnih sistematičnih pregledov literature.
Karies je načeloma preprečljiv, in to z ustreznimi higienskimi in prehranskimi navadami. Sodobne, na znanstvenih dokazih temelječe smernice opredeljujejo ščetkanje z zobnimi pastami s fluoridi in omejevanje pogostega uživanja sladkorjev kot osnovna ukrepa za preprečevanje in nadzor kariesa. Dopolnilna priporočila v zvezi s tema ukrepoma so namenjena skrbi za ustno zdravje dojenčkov in majhnih otrok.
Strokovnjaki za zdravstveno nego imajo lahko pomembno vlogo pri ohranjanju in izboljševanju ustnega zdravja otrok in mladostnikov, še posebno tistih, pri katerih je tveganje za karies veliko, kot so kronično bolni otroci in mladostniki ter drugi posamezniki s posebnimi potrebami.
Potrebno si je prizadevati, da bi bili vsi zdravstveni delavci seznanjeni vsaj s ključnimi priporočili v zvezi s skrbjo za ustno zdravje.

KLJUČNE BESEDE: ustno zdravje, karies, plak, ogljikovi hidrati, sladkorji, fluoridi, ustna higiena, zobna pasta, dojenje

UVOD

Ustno zdravje je integralni del splošnega zdravja otroka in mladostnika. Bolezenska stanja v ustni votlini otrok in mladostnikov, predvsem karies, pa tudi bolezni obzobnih tkiv in razvojne nepravilnosti čeljusti in zobnih lokov še vedno predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem v Sloveniji in v svetu. Že v najmlajših starostnih skupinah je namreč pogostnost omenjenih stanj velika, kar zahteva veliko osebja, časa in sredstev za

njihovo zgodnje odkrivanje in zdravljenje ter s tem preprečevanje posledic, ki bi sicer pomenile še večje breme za posameznika in družbo.
Gibanja kazalcev, s katerimi se vrednoti razširjenost kariesa, so bila v razvitih državah v preteklih desetletjih ugodna. Čeprav so bili podobni trendi zabeleženi tudi v Sloveniji, sedanje stanje glede na dostopne epidemiološke podatke o tej bolezni pri otrocih in mladostnikih še zdaleč ni zadovoljivo (Artnik in Kosem, 2009), kar utemeljuje okrepljeno skrb za ustno zdravje.
Karies je ne-klasična infekcijska bolezen, ki izvira iz vzajemnega delovanja ustnih bakterij in prehranskih ogljikovih hidratov na zobni površini. Da se bakterije lahko nanjo pritrdijo, uporabijo sladkorje za izdelavo lepljivega biofilma, ki ga imenujemo zobne obloge ali plak. Med več kot tisoč različnimi vrstami mikroorganizmov v ustni votlini jih je s kariesom povezanih samo nekaj, najtesneje t.im. mutans streptokoki, katerih pomembni lastnosti sta acidogenost (sposobnost tvoriti kisline) in aciduričnost (sposobnost vzdržati v kislem okolju). Kisline, ki nastajajo pri bakterijski presnovi ogljikovih hidratov, znižajo pH v plaku do točke, pri kateri se začne demineralizacija sklenine. Prvi opazni znak začetne kariozne spremembe je motno belo področje sklenine, nadaljnja demineralizacija pa privede do napredujočega porušenja oblike in zgradbe zoba.
Namen prispevka je predstaviti osnovne dejavnike, ki so pomembni za preprečevanje in nadzor kariesa, kot so fluoridi, ustna higiena, prehrana in zalivanje fisur, predvsem pa osnovna ukrepa: ščetkanje z zobno pasto s fluoridi in omejevanje pogostega uživanja sladkorjev.

DEJAVNIKI, POMEMBNI ZA PREPREČEVANJE IN NADZOR KARIESA

Fluoridi

Fluoridi so sestavni del naravnega okolja, njihova razporejenost po različnih območjih po svetu pa ni enaka, zato tudi ljudje niso enako izpostavljeni fluoridom iz naravnih virov. Različne metode, ki so privedle do večje izpostavljenosti fluoridom in s tem do zmanjšanja tveganja za karies ter posledično do manjše pojavnosti te bolezni, se smatra za enega največjih javno-zdravstvenih dosežkov 20. stoletja. Prva taka metoda, ki so jo začeli uporabljati v Združenih državah Amerike v 40. letih prejšnega stoletja, je bila fluoridacija pitne vode.
Sprva so domnevali, da je za učinkovitost fluoridov odločilen njihov sistemski učinek, predvsem vgradnja v razvijajoča se zobna tkiva. Izsledki raziskav iz poznih 70. let pa so pokazali, da je najpomembnejši lokalni (topikalni) učinek fluoridov na okolje v ustni votlini (Fejerskov in sod., 1981), kjer fluoridi lahko učinkovito zavirajo demineralizacijo in spodbujajo remineralizacijo zobnih tkiv. Zato so po mnenju strokovnjakov priporočila, da je potrebno fluoride zaužiti, da bi dosegli njihov koristni učinek, zavajajoča (Ellwood in sod., 2008). Ta spoznanja so za načrtovanje učinkovitih ukrepov za preprečevanje in nadzor kariesa pomembna tudi s stališča izogibanja zobni fluorozi. Do tveganja za fluorozo (estetsko bolj ali manj motečo motnjo mineralizacije sklenine zaradi prevelike koncentracije fluoridov v področju razvijajoče se sklenine) namreč lahko pride pri rednem uživanju in absorbciji več kot 0,1 mg fluoridov na kg otrokove telesne teže na dan (Ellwood in sod., 2008).

Najpogosteje uporabljeno sredstvo s fluoridi je zobna pasta, saj od 80. let 20. stoletja večina zobnih past vsebuje fluoride. V zadnjih letih je bilo opravljenih več sistematičnih pregledov literature na podlagi kliničnih raziskav o uporabi zobnih past s fluoridi, in to samo metodološko najbolj kakovostnih, predvsem randomiziranih kontroliranih raziskav. Iz teh sistematičnih pregledov izhajajo trdni znanstveni dokazi, da je uporaba zobne paste s fluoridi učinkovita v preprečevanju kariesa. V dveh izmed najodmevnejših sistematičnih pregledov literature, opravljenih s strani The Cochrane Collaboration (Marinho in sod., 2003) in The Swedish Council on Technology Assessment in Health (SBU) (Twetman in sod., 2003), ki sta vključila po več kot 50 oziroma 70 kakovostnih raziskav, so ocenili, da je ostalo približno 25 % več zobnih ploskev v mladem stalnem zobovju zdravih na račun redne dnevne uporabe zobne paste s fluoridi.
Sistematični pregledi literature so pokazali preprečevalni učinek na karies tudi pri fluoridnih premazih, gelih in izpiralnih tekočinah oziroma ustnih vodah ter pri različnih kombinacijah teh sredstev, vendar je bilo število opravljenih in v sistematične preglede vključenih kakovostnih raziskav manjše, iz česar izhaja tudi manjša trdnost znanstvenih dokazov.
V mnogih državah kot učinkovit javno-zdravstveni ukrep fluoridirajo pitno vodo. V podoben namen ponekod uporabljajo fluoridirano sol ali mleko, čeprav za učinkovitost teh ukrepov znanstveni dokazi niso na taki ravni, kot za uporabo t.im. topikalnih fluoridov (zobnih past, premazov, gelov, izpiralnih tekočin). O uporabi tablet s fluoridi je bilo opravljenih nekaj randomiziranih kontroliranih raziskav, ki so predvsem pri nadzorovani uporabi pri šolarjih nakazale pozitiven učinek, vendar so bile pretežno opravljene v času, ko je bila razširjenost kariesa še zelo velika in ko zobne paste s fluoridi še niso bile v široki uporabi.

Prehrana

Obstaja ogromno dokazov, da je pogosto uživanje fermentabilnih ogljikovih hidratov, to je tistih, ki jih bakterije lahko presnovijo, povezano s pojavnostjo kariesa. Sladkorji, predvsem saharoza, so najpomembnejši prehranski vzročni dejavnik za karies.
Commitee on Medical Aspects of Food Policy, UK Department of Health (COMA) je razdelil sladkorje glede na položaj molekul sladkorjev v zgradbi hranil in pijač na intrinzične in ekstrinzične sladkorje. Intrinzični sladkorji so znotraj celične zgradbe določenih nepredelanih hranil, predvsem sadja in zelenjave. Ekstrinzični sladkorji so zunaj celic, delijo pa jih še na mlečne ekstrinzične sladkorje v mleku in mlečnih proizvodih ter ne-mlečne ekstrinzične sladkorje (NMES) v namiznem sladkorju, slaščicah, medu, sadnih sokovih in drugih pijačah (t.im. soft drinks) ter drugih sorodnih jedeh in napitkih. Strokovnjaki menijo, da mlečni sladkorji nimajo pomembne vzročne povezave s kariesom, pa tudi povezava intrinzičnih sladkorjev s kariesom je majhna. Pogostnost uživanja NMES v hrani in/ali pijači pa je pomemben dejavnik v razvoju kariesa, s tem da sta seveda pogostnost uživanja in količina zaužitih NMES tesno povezani. Zato je omejevanje količine in pogostnosti vnosa NMES temeljni cilj prehranskih priporočil za dobro ustno zdravje in njihovo uživanje je smiselno omejiti na glavne obroke (Watt in sod., 2003).
Škrobna živila se med seboj razlikujejo po številnih lastnostih, npr. glede na izvor in način priprave, od nekaterih od teh lastnosti pa je odvisen tudi vpliv na karies. Učinek na razvoj kariesa je večji, če je uživanje škrobnih živil pogosto in če je povezano z

uživanjem sladkorjev. Pri obravnavi povezave med ogljikovimi hidrati in kariesom je potrebno upoštevati tudi novejše, industrijsko izdelane ogljikove hidrate, kot so polimeri glukoze in naravnih oligosaharidov ter na novo sintetizirani oligosaharidi. Lastnost nekaterih izmed njih, da niso digestibilni oziroma prebavljivi, ne pomeni, da niso fermentabilni, čeprav so izdelki, ki jih vsebujejo, lahko označeni kot izdelki brez sladkorja (t.im. sugar-free) (Zero in sod., 2008).
Zaradi povečevanja tveganja za karies si posebno pozornost zaslužijo tudi zdravila, ki vsebujejo sladkorje. Nekateri sirupi, ki jih prejemajo najpogosteje prav otroci, lahko vsebujejo tudi do 70 % sladkorja. Na srečo je na razpolago vedno več zdravil, ki vsebujejo namesto sladkorja druga sladila. Strokovnjaki s področja zdravstva bi morali spodbujati uporabo zdravil brez sladkorja.
Opravljene so bile tudi številne raziskave, s katerimi so ocenjevali zaščitni učinek nesladkornih sladil, predvsem ksilitola, na pojavnost kariesa, s tem da še ni enotnih zaključkov, ki bi odločilno vplivali na osnovna priporočila za preprečevanje in nadzor kariesa. V prehrani poskušajo opredeliti tudi vlogo drugih morebitnih zaščitnih dejavnikov, med katerimi se v zadnjem času veliko pozornost posveča probiotikom.
Potrebno pa je opozoriti na zaključek sistematičnega pregleda literature (Burt in Pai, 2001), da je povezava med uživanjem sladkorja in pojavnostjo kariesa sedaj, v času večje izpostavljenosti fluoridom, precej manjša, kot je bila v preteklosti. S tem v zvezi so zanimivi izsledki raziskave (Duggal in sod., 2001), v kateri so s pomočjo *in situ* modela kariozne spremembe opazovali povezavo med pogostnostjo vnosa ogljikovih hidratov, uporabo zobne paste s fluoridi in demineralizacijo ali remineralizacijo sklenine. Če so si preiskovanci ščetkali zobe dvakrat dnevno z zobno pasto s 1450 ppm fluoridov, je prišlo do demineralizacije, če so 12 % raztopino saharoze v skupni količini 500 mL pili sedemkrat dnevno ali pogosteje, če pa so uporabljali zobno pasto brez fluoridov, je do demineralizacije prišlo že pri trikratnem dnevnem pitju.
Pri posameznikih, ki niso redno izpostavljeni fluoridom, je torej uživanje sladkorjev verjetno pomembneši dejavnik tveganja za karies, kot pri vseh drugih otrocih in mladostnikih. Vendar pa nadzor uživanja sladkorjev ostaja utemeljen del preprečevanja in nadzora kariesa, čeprav ne več tako pomemben, kot je bil v pred-fluoridnem obdobju (Burt in Pai, 2001).
Seznanjanje s pomenom zmanjševanja količine in pogostnosti uživanja sladkorjev je splošno uporabljan preventivni ukrep proti kariesu, je pa zanimivo, da v sistematičnem pregledu literature niso odkrili raziskav, ki bi učinek takega ukrepa ovrednotile, tako da pravzaprav ni znanstvenih dokazov, da je seznanjanje s primerno prehrano res učinkovito v preprečevanju in nadzoru kariesa (Lingstrom in sod., 2003). Da bi pripomogli k zdravju prijaznim življenjskim navadam, je torej potrebno preseči najožji okvir zdravstvene prosvete in si prizadevati za uveljavitev dodatnih ukrepov, usmerjenih v spremembo življenjskega sloga, kar je še posebno pomembno in zahtevno na področju prehrane.
Ključnega pomena je tudi, da so prehranska priporočila strokovnjakov s področja zdravstva in zobozdravstva, ki so namenjena ohranjanju ustnega zdravja, skladna s splošnimi prehranskimi priporočili.

Ustna higiena

Mehanično odstranjevanje plaka oziroma bakterijskih zobnih oblog s pomočjo postopkov ustne higiene je temelj preprečevanja in zdravljenja bolezni obzobnih tkiv, kar seveda

velja tudi za otroke in mladostnike. Več pojasnil o tehnikah in pripomočkih za ustno higieno ter morebitni uporabi sredstev za kemično preprečevanje nastajanja plaka je zato najti v ustreznih besedilih o ohranjanju zdravja obzobnih tkiv (Gašperšič, 2009).
Zanimivo je, da v znanstveni literaturi ni trdnih dokazov, da bi osebna ustna higiena sama, brez hkratne uporabe fluoridov, delovala preprečevalno proti kariesu. To je vsaj delno mogoče pojasniti z nedoslednostjo posameznikov pri sledenju navodilom za ustrezno ustno higieno. Strokovna ustna higiena je namreč pri nadzoru kariesa učinkovita, posebno ob hkratni uporabi fluoridov (Nyvad, 2008).
Načelno je čiščenje s pomočjo zobne ščetke splošno sprejeta navada tudi med otroki in mladostniki. Pogostnost uporabe zobne nitke pa je v teh starostnih skupinah majhna; med nekaj manj kot 5000 slovenskimi otroki in mladostniki je bilo s pomočjo raziskave na podlagi kratkega vprašalnika ugotovljeno, da ta pripomoček uporablja le približno 7 % 5- in 6-letnikov ter približno 35 % 12-, 15- in 18-letnikov, redno uporabo zobne nitke (vsaj enkrat dnevno) pa je navedlo manj kot 2 % 5- in 6-letnikov ter manj kot 7 % 12-, 15- in 18-letnikov (Kosem in sod, 2007). Čeprav o učinkovitosti čiščenja medzobnih prostorov z zobno nitko za preprečevanje in nadzor kariesa pri otrocih in mladostnikih ni veliko znanstvenih poročil, bi bilo gotovo smiselno svetovati čiščenje z zobno nitko pri tistih otrocih in mladostnikih, ki imajo med zobmi tesne stike in pri katerih je mogoče pričakovati zadovoljivo izvedbo čiščenja s tem pripomočkom.

Zalivanje fisur
Fisure so brazde in jamice na površini zoba, predvsem na grizni površini, kjer se pogosto začnejo razvijati kariozne spremembe, če so prisotni vzročni dejavniki za karies. Zobozdravnik mora po natančnem ovrednotenju stanja fisur na osnovi svojega znanja in izkušenj oceniti, če jih lahko skladno z visokimi zahtevami za kakovostno izvedbo zaščiti s sredstvom za zalivanje fisur, da bi s tem preprečil nastanek ali zaustavil napredovanje kariozne spremembe. Odločitev o potrebnosti zalitja fisur naj bi zobozdravnik sprejel ob upoštevanju ocene tveganja za karies pri posamezniku in v skupnosti.

ŠČETKANJE Z ZOBNO PASTO S FLUORIDI

Ščetkanje z zobno pasto s fluoridi je z znanstvenimi dokazi najbolje podkrepljen ukrep v skrbi za ustno zdravje in je učinkovit pri preprečevanju in nadzoru tako kariesa kot tudi vnetja obzobnih tkiv. Sistematični pregledi literature v zvezi z učinkovitostjo zobnih past v preventivi kariesa so pokazali tudi, da je:
- nadzorovano ščetkanje bolj učinkovito od nenadzorovanega (Twetman in sod, 2003; Marinho in sod., 2003);
- ščetkanje dvakrat dnevno bolj učinkovito kot enkrat dnevno (Marinho in sod., 2003);
- učinkovitost odvisna od koncentracije fluoridov v zobni pasti (Marinho in sod., 2003), s tem da obstajajo trdni dokazi, da so zobne paste s 1500 ppm (parts per million; delcev na milijon) fluoridov učinkovitejše od zobnih past s 1000 ppm pri preprečevanju kariesa v mladem stalnem zobovju, in omejeni dokazi, da zobne paste z manj kot 1000 ppm fluoridov niso enako učinkovite kot zobne paste s 1000 ppm fluoridov (Twetman in sod., 2003).

Strokovnjaki so v sodobne, na znanstvenih dokazih temelječe smernice klinične prakse različnih nacionalnih in internacionalnih strokovnih organizacij, npr. Scottish

Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2005), Department of Health and the British Association for the Study of Community Dentistry (DH/BASCD, 2007) in European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD, 2008), vključili naslednja splošna priporočila v zvezi s ščetkanjem z zobno pasto s fluoridi:

- ščetkaj dvakrat dnevno z zobno pasto s fluoridi;
- ščetkaj zvečer tik pred spanjem in še enkrat (npr. zjutraj);
- po ščetkanju izpljuni in ne izpiraj z vodo.

V zvezi s ščetkanjem z zobno pasto s fluoridi pri otrocih, posebno pri dojenčkih in majhnih otrocih do starosti 6 let, so strokovnjaki dopolnili priporočila:

- ščetkajo naj starši (oziroma vsaj nadzirajo ščetkanje pri starejših otrocih);
- s ščetkanjem dvakrat dnevno začni takoj, ko zob izraste;
- uporabljaj starosti primerno količino zobne paste z ustrezno koncentracijo fluoridov.

Pri majhnih otrocih je potrebno upoštevati verjetnost zaužitja precejšnjega deleža vsakokrat uporabljene zobne paste, kar bi lahko ob uporabi prevelike količine zobne paste z določeno koncentracijo fluoridov privedlo do povečanega tveganja za zobno fluorozo, kar se poskuša preprečiti z ustreznimi priporočili glede primerne koncentracije fluoridov v zobni pasti in primerne količine zobne paste.

V zvezi s priporočeno koncentracijo fluoridov v zobni pasti za ščetkanje pri majhnih otrocih priporočila niso povsem enotna; npr. v smernicah European Academy of Paediatric Dentistry o uporabi fluoridov iz leta 2000 (Oulis in sod., 2000), ki so trenutno v postopku posodabljanja, se priporoča uporaba zobne paste s 500 ppm fluoridov za otroke do starosti 6 let, medtem ko že omenjene smernice (SIGN, 2005; DH/BASCD, 2007) priporočajo uporabo zobne paste s 1000 ppm fluoridov že za najmlajše otroke.

Tudi primerno količino zobne paste za uporabo pri majhnih otrocih opisujejo različno, npr. madež, zrno graha in podobno. Glede na možnost različnega razumevanja posameznih izrazov, s katerimi se poskuša doseči, da bi starši uporabljali ustrezno količino zobne paste pri ščetkanju otrokovih zob, je smotrno ugotoviti, s kakšnim priporočilom se v določeni skupnosti najbolj predvidljivo opredeli določena količina, kot je npr. 0,25 g: zrno graha, velikost otrokovega nohta ali količina pri prečnem iztisu na ščetko oziroma v smeri pravokotno na vzdolžno os ščetke (Burnik in sod., 2009).

Za otroke, stare 6 let in več, omejevanje količine zobne paste s stališča zmanjševanja tveganja za fluorozo ni več tako pomembno, saj so v tej starosti pri večini zob že zaključene tiste stopnje razvoja zobnih tkiv, ki so občutljive na fluoride, koncentracija fluoridov pa je za zobne paste v prosti prodaji tako in tako omejena s predpisi, in sicer na največ 1500 ppm.

OMEJEVANJE POGOSTEGA UŽIVANJA SLADKORJEV

Čeprav je sistematični pregled literature (Burt in Pai, 2001) pokazal, da povezava med uživanjem sladkorja in pojavnostjo kariesa zaradi ustrezne izpostavljenosti fluoridom ni več tako izrazita, kot je bila v preteklosti, je nadzor količine in pogostnosti uživanja sladkorjev še vedno pomemben ukrep za preprečevanje in nadzor kariesa.

Sodobne smernice (SIGN, 2005; DH/BASCD, 2007; EAPD, 2008) zato vsebujejo naslednje splošne nasvete:

- zmanjšaj pogostnost in količino sladke hrane in pijače;

- uživanje sladke hrane in pijač naj bo omejeno na obroke (v času med posameznimi obroki ne uživaj sladke hrane in pijač);
- ne uživaj sladkorjev več kot štirikrat na dan;
- slaščice in pijače, ki vsebujejo nadomestke sladkorja, so bolj priporočljive od tistih, ki vsebujejo sladkorje;
- priporočljiva so zdravila, ki ne vsebujejo sladkorjev.

Dopolnilna priporočila so namenjena ustrezni prehrani dojenčkov in majhnih otrok:

- dojenje je najboljša prehrana za dojenčka; potrebno je podpirati in spodbujati dojenje, skladno s sodobnimi priporočili; Svetovna zdravstvena organizacija in United Nations Children's Fund (UNICEF) priporočata, da so otroci izključno dojeni prvih 6 mesecev, nato pa dojeni ob ustrezni dopolnilni hrani do starosti dveh let ali dalj (WHO/UNICEF, 2003);
- ne dodajaj sladkorjev dopolnilni hrani;
- od starosti 6 mesecev dalje navajaj otroka na pitje iz skodelice;
- pijače, ki vsebujejo sladkorje, vključno s sadnimi sokovi, nikakor ne sodijo v stekleničko;
- preprečuj hranjenje s stekleničko s sladkimi pijačami na otrokovo željo oziroma zahtevo, in to še posebno ponoči.

RAZPRAVA

Zaradi številnih med seboj povezanih dejavnikov, ki vplivajo na nastanek najpogostejših bolezni v ustni votlini, predvsem kariesa in vnetja obzobnih tkiv, mora biti skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika celovita. Večina dejavnikov tveganja in zaščitnih dejavnikov je povezana z življenjskim slogom, predvsem s higienskimi in prehranjevalnimi navadami, zato je v skrbi za ustno zdravje predvsem pomembna vloga posameznika in družine, pa tudi skupnosti, v kateri imajo pomembno vlogo zdravstveni delavci.

Strokovnjaki za zdravstveno nego lahko odločilno prispevajo k skrbi za ustno zdravje otrok in mladostnikov, s katerimi se srečujejo v sklopu svoje poklicne dejavnosti, in to tudi v raziskovalnem smislu (Munro in sod., 2006).

V stikih z otroki, mladostniki in njihovimi družinami imajo številne priložnosti za spodbujanje ustreznih higienskih in prehranskih navad, poleg tega pa tudi zgodnjih obiskov pri zobozdravniku, in to že v prvem letu otrokovega življenja. Strokovna ocena ustnega zdravja z ustreznim svetovanjem ob rednih obiskih že v prvem letu življenja je namreč pomemben del strategije za preprečevanje kariesa zgodnjega otroštva (early childhood caries, ECC), kar je skladno s sodobnimi smernicami (EAPD, 2008).

V bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah, kjer otroci in mladostniki bivajo, je za ohranjanje ali izboljševanje ustnega zdravja v sklopu kakovostne zdravstvene nege ključno izvajanje osnovnih ukrepov, kot sta skrb za ustrezno prehrano z omejeno pogostnostjo uživanja sladkorjev in ščetkanje z zobnimi pastami s fluoridi, pri katerem je odločilna vloga strokovnjakov za zdravstveno nego bodisi v aktivnem izvajanju bodisi v nadzoru izvajanja s strani otroka, mladostnika ali staršev. Otroci in mladostniki z večjim tveganjem za bolezni ustne votline, predvsem kronično bolni otroci in mladostniki ter drugi posamezniki s posebnimi potrebami, morajo biti deležni še pozornejšega izvajanja teh osnovnih ukrepov, poleg tega pa njihova zdravstvena nega lahko vključuje še dodatne

dejavnosti, kot npr. izpiranje ustne votline z ustreznimi izpiralnimi tekočinami ali uporabo posebnih pripomočkov za ustno higieno, skladno z navodili zobozdravnika ali zdravnika. Tudi način jemanja zdravil naj bi bil ustnemu zdravju kar najmanj škodljiv.
Nenazadnje je poznavanje osnovnih izhodišč na znanstvenih dokazih temelječih smeric pomembno za zdravstvene delavce tudi zato, da lahko kakovostno skrbijo za svoje ustno zdravje. Ker tako zmanjšujejo verjetnost prenosa bakterij, ki so soudeležene pri nastanku kariesa, predvsem mutans streptokokov, s tem ne koristijo samo sebi. Pri otrocih je namreč pomemben dejavnik tveganja za karies primarna infekcija ustne votline z mutans streptokoki, do katere praviloma pride z vertikalnim prenosom od matere, lahko pa tudi od drugih skrbnikov.
Za učinkovito skrb za ustno zdravje, še posebno ustno zdravje otrok in mladostnikov, je poleg ostalih pogojev potrebno usklajeno delovanje vseh elementov zdravstvenega sistema. Zato bi morali biti vsi zdravstveni delavci seznanjeni vsaj s ključnimi priporočili v zvezi s skrbjo za ustno zdravje že v času izobraževanja, pa tudi med poznejšim izpopolnjevanjem.

ZAKLJUČEK

Bolezni ustne votline, v času otroštva in mladostništva predvsem karies, so še vedno pogoste in javno-zdravstveno pomembne. Karies je načeloma preprečljiv, in to z ustreznimi higienskimi in prehranskimi navadami. Osnovna ukrepa za preprečevanje in nadzor kariesa sta ščetkanje z zobnimi pastami s fluoridi in omejevanje pogostega uživanja sladkorjev.
Strokovnjaki za zdravstveno nego imajo lahko pomembno vlogo pri ohranjanju in izboljševanju ustnega zdravja otrok in mladostnikov, še posebno tistih, pri katerih je tveganje za karies veliko, kot so kronično bolni otroci in mladostniki ter drugi posamezniki s posebnimi potrebami.

LITERATURA

Arnik B, Kosem R. Zdravje ustne votline otrok in mladostnikov nekoč in danes. In: Zbornik prispevkov Ustna nega – vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline; 2009 apr 22; Ljubljana. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, 2008; in press.

Burnik Š, Tomaževič T, Kosem R. Impact of different recommendations on the amount of toothpaste used for infants. Int J Paediatr Dent 2009; 19(Suppl): in press.

Burt BA, Pai S. Sugar consuption and caries risk: a systematic review. J Dent Educ 2001; 65: 1017-23.

Department of Health and the British Association for the Study of Community Dentistry. Delivering better oral health. An evidence based toolkit for prevention [Internet]. London: Department of Health; 2007 [cited 2009 Apr 5]. 52 p. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078742

Duggal MS, Toumba KJ, Amaechi BT, Kowash MB, Higham SM. Enamel demineralization *in situ* with various frequencies of carbohydrate consumption with and without fluoride toothpaste. J Dent Res 2001; 80: 1721-4.

EAPD. Guidelines on prevention of early chilhood caries: an EAPD policy document [Internet]. [place unknown]: European Academy of Paediatric Dentistry; 2008 [cited 2009 Apr 5]; 4 p. Available from: http://www.eapd.gr/Guidelines/EAPD_guidelines on ECC.pdf

Elwood R, Fejerskov O, Cury JA, Clarkson B. Fluorides in caries control. In: Fejerskov O, Kidd E, eds. Dental caries. The disease and its clinical management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008: 287-327.

Fejerskov O, Thylstrup A, Larsen MJ. Rational use of fluorides in caries prevention. Acta Odontol Scand 1981; 39: 241-9.

Gašperšič R. Oskrba ustne votline pri parodontalnih boleznih in drugih ustnih boleznih. In: Zbornik prispevkov Ustna nega – vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline; 2009 apr 22; Ljubljana. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, 2008; in press.

Kosem R, Gašperšič R, Košir N. Dental flossing habits of children and adolescents in Slovenia. Int J Paediatr Dent 2007; 17(Suppl1): 44.

Lingstrom P, Holm AK, Mejare I, Twetman S, Soder B, Norlund A, et al. Dietary factors in the prevention of dental caries: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003; 61: 331-40.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD002278. DOI: 10.1002/14651858.CD002278.

Munro CL, Grap MJ, Jablonski R, Boyle A. Oral health measurement in nursing research: state of the science. Biol Res Nurs 2006; 8: 35-42.

Nyvad B. Role of oral hygiene. In: Fejerskov O, Kidd E, eds. Dental caries. The disease and its clinical management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008: 257-64.

Oulis CJ, Raadal M, Martens L. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. Eur J Paediatr Dent 2000; 1: 7-12.

SIGN 83. Prevention and management of dental decay in the pre-school child [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2005 [cited 2009 Apr 5]. 41 p. Available from: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign83.pdf

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestal C, Lagerlof F, et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003; 61: 347-55.

Watt RG, McGlone P, Kay EJ. Prevention. Part 2: Dietary advice in the dental surgery. Br Dent J 2003; 195: 27-31.

World Health Organization and United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. 30 p.

Zero DT, Moynihan P, Lingstrom P, Birkhed D. The role of dietary control. In: Fejerskov O, Kidd E, eds. Dental caries. The disease and its clinical management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008: 329-52.

ZDRAVSTVENA VZGOJA V PREDŠOLSKEM OBDOBJU: IZKUŠNJE, REZULTATI IN PREDLOGI

Andreja Špilek Plahutnik dipl. med. sestra
Zdravstveni dom Ljubljana, SNMP

POVZETEK

Začetki uvajanja organizirane zobozdravstvene vzgoje v ZD Ljubljana segajo že 29 let nazaj. Pri izvajanju te dejavnosti se je od tedaj marsikaj spremenilo, vendar pa so temelji ostali isti. Danes v zdravstveno vzgojno delo vse pogosteje poleg otrok vključujemo tudi tiste, ki se poleg staršev z otroki vsakodnevno srečujejo in imajo na njihove navade večji vpliv. Pridobivanje in osveščanje na primer vzgojiteljic in učiteljic je pri doseganju naših ciljev izrednega pomena.
V Zdravstvenem domu Ljubljana je preventivno zobozdravstvo organizirano v glavnem pod okriljem dispanzerja za otroško in mladinsko zobozdravstvo. Po podatkih zadnji nekaj let opravijo preventivne medicinske sestre 85% - 90% zobozdravstvene vzgoje, ki svoje delo v celoti opravijo na terenu, v vrtcih ali šolah. Končni cilj našega dela je otroke čim prej motivirati in usposobiti za samostojno in pravilno skrb za svoje zobe, kar naj bi pripeljalo do bolj zdravih zob, manj bolečin in stresnih situacij in boljše samopodobe. Metode in oblike dela so različne in jih prilagajamo glede na starost in psihofizične sposobnosti otrok. Uspeh je viden pri vseh skupinah predšolskih otrok in primerljiv s stanjem zobozdravstvene vzgoje v celotni Sloveniji.

KLJUČNE BESEDE: preventiva, zobozdravstvena vzgoja, otrok.

UVOD

Začetki uvajanja organizirane zobozdravstvene vzgoje v ZD Ljubljana segajo skoraj trideset let nazaj. Od takrat so vse bolj vidni pozitivni rezultati preventivnih ukrepov, med katerimi ima tudi po mnenju SZO, zdravstvena vzgoja zelo pomembno vlogo.
Še v devetdesetih letih je bila obolevnost otrok za zobno gnilobo pri nas skoraj sto odstotna. Izkušnje tujih kolegov, njihovi pozitivni rezultati in dejstvo, da je zobne gnilobe v slovenskem prostoru izredno veliko, pa so vplivali na to, da so leta 1980 v ZD Vič-Rudnik zaposlili prvo preventivno medicinsko sestro za izvajanje zobozdravstvene preventivne dejavnosti.

Bolezni ustne votline in zob je mogoče preprečevati le z načrtnim izvajanjem zobozdravstvene preventive, ozaveščanjem, motivacijo v smislu sprejemanja navodil in spreminjanja utečenih navad, ter načina življenja.

PREVENTIVNO ZOBOZDRAVSTVENO VARSTVO V PREDŠOLSKEM OBDOBJU

Preventivno zobozdravstveno varstvo predvideva v predšolskem obdobju en preventivni pregled od 6. do 12. meseca starosti, ter po en pregled v 2., 3., 5. in 6. letu starosti s ciljem, ugotoviti nepravilnosti v predelu ust in obraza, ter svetovanje v zvezi s prehrano, ustno nego, odpravi morebitnih razvad (duda, steklenička, prstki), in jemanju fluoridnih tabletk za preprečevanje zobne gnilobe. Program vključuje tudi praktično učenje o ustni in zobni negi po tretjem letu starosti, ki se izvaja v vrtcih, ter predavanja za vzgojiteljice in starše.
Pri načrtovanju in izvajanju zobozdravstvene preventive je izrednega pomena :

- Informiranje – sprejemanje navodil
- Ozaveščanje – spreminjanje utečenih navad, načina življenja
- Motivacija – pripravljenost za sodelovanje, sprejemanje odgovornosti

Potrebujemo tudi jasne cilje, dober preventivni program, usklajeno podajanje informacij, povezovanje raznih služb in kontinuiranost. Ključnega pomena je zdravstvena vzgoja in usklajeno timsko delo neposrednih izvajalcev na tem področju.

Otrok po lastni presoji ni sposoben sam skrbeti za zdravje, kakor tudi ne za zdravje svojih zob. Zato smo jim vsi skupaj dolžni skozi celotno obdobje rasti zagotavljati zdrave pogoje za razvoj in rast orofacialnega sistema.

Medicinske sestre zdravstveno vzgojne in preventivne dejavnosti se aktivno vključujemo v šolo za bodoče starše. Program vključuje več sklopov (odvisno od obdobja nosečnosti), za naše področje pa so najpomembnejše naloge spodbujanje dojenja, pravilna ustna nega matere in dojenčka, pravilna uporaba pripomočkov za ustno nego, ter opozarjanje na nevarnost nastanka razvad že v zgodnjem otroštvu. Bodočim mamicam posredujemo informacije o obisku pri zobozdravniku in v kabinetu za zobozdravstveno preventivo že pred izrastjo zob.
Žal pa pri našem delu opažamo, da se zanimanje staršev za zobe otrok žal pojavi šele takrat, ko otroku izraste prvi zobek (okoli šestega meseca starosti). V tem obdobju starši že vzpostavijo določene prehrambene navade, ki so lahko za zdravje zob škodljive. Zato je zelo pomembno, da že v sklopu »materinske šole« opozorimo na pomembnost dojenja, pravilne prehrane in načina hranjenja otroka po steklenički, v kateri naj ne bi bilo sladke vsebine za uspavanje ali umirjanje dojenčka v prvih letih življenja. Te namreč povzročajo nastanek steklenične zobne gnilobe na zgornjih mlečnih sekalcih in molarjih, kar se lahko zgodi že pri enem letu starosti, ko starši prvič pripeljejo otroka na preventivni zobozdravniški pregled.

Poleg delovanja v materinski šoli program vsebuje še sodelovanje z vzgojiteljicami in delo v vrtcih, preventivnih kabinetih, šolah in naravoslovnih dnevih. Z vodstvom vrtca in vzgojiteljicami opravimo številne razgovore o uvajanju in vzdrževanju preventivnih ukrepov, demonstriramo čiščenje zob na modelu in lutki, s pomočjo zgodbic, knjig, slikanic in preko igre omogočamo otrokom, da pridobijo nekatera osnovna znanja v zvezi z ohranjanjem zdravih zob, občasno se udeležimo roditeljskih sestankov, kjer staršem posredujemo temeljna spoznanja o ohranjanju oralnega zdravja in jih informiramo o izvajanju preventivnih ukrepov.
Program pa je na vseh področjih sestavljen iz naslednjih zdravstveno vzgojnih vsebin:

- individualna svetovanja o higieni in prehrani,
- demonstracija uporabe pripomočkov za čiščenje in pravilne tehnike čiščenja zob,
- razgovori in predavanja ob diapozitivih, kratkih filmih in podobno,
- kontrola uspešnosti ustne higiene s pokazatelji zobnih oblog,

- razgovori o nezdravih razvadah malih otrok (duda, steklenička, sesanje prstkov),
- sodelovanje pri naravoslovnih dnevih na temo o zdravju zob in ustne votline,
- sodelovanje z vsemi zobozdravstvenimi službami, vzgojno varstvenimi ustanovami, šolami, starši, socialno-zdravstvenimi zavodi in centri za usposabljanje in varstvo.

Pri zdravstveno vzgojnem delu vključujemo populacijo različne starosti in seveda različne izobrazbene strukture. Zaradi te raznolikosti moramo medicinske sestre poznati posebnosti učne motivacije za vse skupine ljudi, če želimo doseči dobre rezultate.

Kot primer bi navedla obravnavo triletnega otroka v kabinetu za zobozdravstveno vzgojo in preventivo pred sedemnajstimi leti.

PRIMER 1

Deklica K.M. stara 3 leta. Izobrazbena struktura staršev; mati srednja izobrazba, oče srednja izobrazba.
Starša se po izstavitvi tretjega vabila za pregled v preventivni zobozdravstveni ambulanti odzoveta na vabilo. Ob prihodu deklica trdno drži v roki stekleničko napolnjeno s sladkanim čajem, v ustih ima dudo. Starša pričakujeta prihod zobozdravnika, na moje pojasnilo, da so povabljeni le na pogovor in demonstracijo pravilnega čiščenja zob sta vidno presenečena. Pogovor in sama demonstracija se jima zdita nepotrebna, želela bi morda le to, da deklico pregleda zobozdravnik, z željo, da oceni ali so močno kariozni, do radiksov »požrti« mlečni sekalci morda hudo prizadeti.
Preko igre pripravim deklico, da odstrani dudo in mi pokaže zobe. Na ostankih mlečnih zob so od daleč vidne obloge, na desni zgornji palatinalni strani je vidna fistula. Ko sem vprašala ali se je ta fistula že kdaj pojavila oče grobo zagrabi deklico in hoče na vsak

način pregledati stanje zob tudi on. Deklica začne krčevito jokati, vstavi si dudo in se nikakor ne pomiri. Z materjo čez nekaj minut zapustita ambulanto z namenom, da se bo deklica pomirila, očeta pa zanima, zakaj in od kod se je pojavila »tista bula«. Obrazložim mu nastalo situacijo in predlagam ponovni obisk čez nekaj dni, da se deklica počasi navadi na ambulanto, zobozdravniški stol, pripomočke kot sta ogledalce in sonda in podobno. Deklici izročim slikico za nagrado in starše poprosim, da poskusijo začeti izvajati ustno higieno. Starša namreč do tedaj deklici nista umivala zob, celo zobne ščetke ji še nista kupila, saj sta menila da pri tako malih otrocih umivanje zob še ni potrebno in izvedljivo. Čez nekaj dni obišče preventivno ambulanto mamica sama z deklico. Deklica ima ob obisku ponovno s seboj stekleničko z močno sladkanim čajem, v ustih ima dudo. Že ob samem vstopu v ambulanto močno joka in se oklepa mamice. Verbalnega kontakta ni bilo mogoče vzpostaviti, opaziti je, da se razgleduje po ambulanti. Z mamico se dogovoriva, da bo postopoma manj sladkala čaj v steklenički in začela s čiščenjem zob. Na modelu prikažem tehniko čiščenja zob in poskušam preko igre pritegniti tudi dekličino pozornost, kar mi na žalost ne uspe. Dogovorimo se za naslednji obisk, na katerega se starši žal niso odzvali.
Po štirinajstih dneh se srečamo v dežurni zobni ambulanti, kamor deklico z močnimi bolečinami pripelje oče. Deklica je seveda jokala in se že samem vstopu v ambulanto krčevito upirala. Oče se je odločil za grob pristop in ga tudi uporabljal ves čas obravnave. Zobozdravnik je moral opraviti incizijo v predelu desne trojke in štirice zgoraj, ob hitrem pregledu ostalih zob je opaziti karies na vseh zobeh zgoraj in malo manj spodaj. Deklico naročimo v pedontološko ambulanto čez teden dni, kamor pa je starši spet niso pripeljali. Z njo se srečujemo le občasno, ko obišče dežurno ambulanto zaradi zobobola…

IZKUŠNJE

Tako stanje in odziv večine staršev predšolskih otrok smo lahko opažali še pred 19 leti, ko sem tudi sama delala v predšolski zobni ambulanti na obrobju Ljubljane. Preventivno zobno ambulanto smo imeli takrat predvideno trikrat tedensko, vendar pa so zaradi premajhnega odziva staršev, kaj kmalu njeno delovanje zmanjšali na enkrat tedensko. Preventiva se je izvajala kar v zobni ambulanti, vabili smo približno štiri otroke v starosti tri do pet let in tri otroke v starosti šest do sedem let, ki so v tekočem letu vstopili v prvi razred osnovne šole. Od takrat obstoječih treh vrtcev sta bila za obisk preventivne zobozdravstvene medicinske sestre zainteresirana le dva. Ko sem jih prvič obiskala, moram povedati, da so me bili otroci zelo veseli in z zanimanjem poslušali ter sodelovali. Bistveno manj pa so bile vesele mojega obiska nekatere vzgojiteljice. V začetku niso pokazale interesa za sodelovanje, saj so se bale dodatnih obremenitev, kot je umivanje zob vseh otrok in nadzor nad tem. Projekt se jim je zdel povsem odveč. Zahvala gre takratni ravnateljici in nekaterim vzgojiteljicam, ki so bile pripravljene sprejeti izziv in začele sodelovati v projektu »Zdravi zobje v zdravem vrtcu«.
Tako kot vsak začetek, pa je bil tudi ta težak. V začetku rednih obiskov se je pogosto dogajalo, da so otroci pozabili s seboj prinesti zobne ščetke. Tudi, če so jih prinesli je nastopila druga težava – kam shraniti te ščetke. Namreč kar nekaj časa je trajalo, da smo uspeli priti do te faze, da so otroci dobili ustrezne omarice za shranjevanje zobnih ščetk. Naslednja težava je bila ta, da je bilo največkrat premalo umivalnikov za vse otroke.

Nemalokrat je nastal pravi kaos, ko so se otroci dobesedno »zapodili« do umivalnikov z željo, da pokažejo kako dobro si že znajo umiti zobe in dostikrat pri tem sploh niso uporabili svojih ščetk. Poleg tega je mnogokrat voda tekla kar po tleh, umivalniki so se mašili… Vzgojiteljice so velikokrat skoraj obupale in nekajkrat striktno zavračale sodelovanje. Vendar tako kot vsaka novost, je tudi ta postala del vsakdana, stvari so postale utečene in urejene in projekt je zaživel. Vzgojiteljice tega niso jemale več za nujno zlo, ampak za nekaj povsem običajnega in konec koncev nujno potrebnega, začele so spraševati in včasih našle koristne informacije tudi za svoje otroke. Zanimivo je bilo to, da sem po približno petih letih opazila, da mi nekako ni bilo potrebno s preventivo seznanjati novo zaposlenih vzgojiteljic. Vse so jih naučile že starejše kolegice, kar je pomenilo, da so izvajanje preventivnih ukrepov vključile v njihov delokrog. Uspeh sodelovanja z vzgojiteljicami je bil kmalu viden. Število obiskov otrok v preventivni ambulanti se je povečalo, sodelovanje s starši je postalo tesno, primerov, kot je zgoraj naveden je bilo vse manj.
Na žalost pa takrat nismo uspeli vzpostaviti sodelovanja z osnovno šolo. Pri poskusu izvajanja preventive smo naleteli na zelo velik odpor. Vstop v šolo nam je bil onemogočen in celo prepovedan, otrokom ni bilo dovoljeno obiskati zobozdravstvene ambulante – tudi v popoldanskem času ne. Dogajalo se je, da so se od štiriindvajstih vabljenih otrok udeležili pregleda le trije otroci. Zobozdravnika so največkrat obiskali zaradi bolečine in le redko zaradi pregleda samega.
Tako stanje je trajalo kar nekaj let, potem pa so starši na osnovi izkušenj začeli sodelovati v vse večjem številu. Koliko je posredovanje informacij, individualno delo, vse večja ozaveščenost tako staršev kot otrok in vzgojiteljic pripomogla k znižanju obolevnosti zob na tem področju, žal nimam zanesljivih podatkov. Dejstvo pa je, da so z načrtnim preventivnim delom, vztrajnostjo zdravstvenega osebja, vzgojiteljic, staršev in učiteljev doseženi zastavljeni cilji zobozdravstvene vzgoje.

REZULTATI

Spoznanje, da zobno gnilobo preprečujemo tam, kjer otrok živi – doma, v vrtcu, v šoli in ne v zobni ambulanti, je spremenilo način dela v zobozdravstvu.
Danes pod vodstvom pedontološke specialistične dejavnosti medicinske sestre opravljajo kolektivno in individualno zobozdravstveno prosveto in vzgojo otrok, staršev, vzgojiteljev in učiteljev. Obiskujejo otroke v vrtcih, se z njimi pogovarjajo o zobeh, zdravi prehrani, pomembnosti obiskov pri zobozdravniku, ob tem uporabljajo slikovni material, demonstrirajo na modelu zob, lutki in jih po končanem razgovoru učijo pravilnega čiščenja zob. Mnogo vrtcev je vključenih v projekt »Zdrav vrtec«, katerega cilj je med drugim tudi oblikovanje zdravih navad, kot so prehrana, telesna aktivnost, higienske navade in medsebojni odnosi. Vzgojiteljice si močno prizadevajo razvijati zdrav stil življenja pri otrocih. Jedilniki v vrtcih so sestavljeni tako, da obroki vsebujejo veliko sadja in zelenjave, bel kruh pogosto zamenjajo s polnovrednim. Omejena je tudi poraba sladkorja, rojstni dnevi se praznujejo s sadjem in ne s sladkarijami. Otroci s pomočjo vzgojiteljic čistijo zobe po zajtrku in po kosilu.
Vzgojiteljice aktivno uresničujejo cilje, ki predstavljajo zdravo življenje otrok, se aktivno vključujejo v program zobozdravstvene vzgoje in izobraževanja, ter vključujejo čedalje

nižje starostne skupine. Vse to pa je plod dolgoletnega truda, vztrajnosti in strokovnosti preventivnih zobozdravstvenih medicinskih sester, ki so na področju ZD Ljubljana s svojim delom začele pred 29 leti.
Če sistematično pregledamo to obdobje 29 let, pa končni sklep ostaja trden: dodatne informacije in poučenost bistveno vplivata na zdravje otrok, na katere starši prenašajo svoje znanje. Z vzgojo koristnih navad je potrebno začeti zgodaj v otroštvu, saj je to obdobje, v katerem so programi preventivnega zdravstva najbolj učinkoviti. Po mnenju psihologov navade pridobljene do četrtega leta starosti ostanejo vse življenje. Otrok pa preživi v vrtcu devet ur dnevno, zaužije tri ali štiri obroke in si umije zobe dvakrat. Očitno je mogoče na zdravje in stanje lastnega zobovja bistveno bolj vplivati, kot se je domnevalo pred leti…
Za lažjo predstavo kakšna je pravzaprav razlika, oziroma kaj smo dosegli z delom preventivne zobozdravstvene medicinske sestre v teh letih, navajam naslednji primer:

PRIMER 2

Deklica S. A. stara 13 mesecev.
Na vabilo pedontološke ambulante se starši odzovejo kljub temu, da deklici ni izrasel niti en zobek. Ob pregledu je ugotovljeno, da nima nobenih anomalij v razvoju orofacialnega sistema, v stekleničko ji pripravljajo le nesladkan čaj ali vodo, dudo uporablja le anatomsko. Mati jo je dojila do napolnjenega 12 meseca starosti, seznanjena je s tem, da je potrebno izvajati ustno higieno takoj, ko deklici izraste prvi zobek. V ta namen ji je že kupila ustrezno zobno ščetko. Deklica je ob pregledu dobrovoljna, nasmejana, na vprašanje ali pokaže zobke brez težav odpre usta. Ob zaključku obravnave je staršem naročeno, naj se ponovno oglasijo čez kakšen mesec ali dva, zaradi spremljanja izraščanja zob. Starši ob dogovorjenem terminu pripeljejo deklico, ki ji je med tem izrasel prvi spodnji sekalec. Ob pregledu zobozdravnica ugotavlja zelo dobro ustno higieno, ter poučenost staršev in motiviranost deklice, ki v roki drži zobno ščetko in nakazuje čemu je ščetka namenjena.

PREDLOGI

Pri svojih delovnih izkušnjah v preventivnem otroškem zobozdravstvu sem opazila velik napredek in bistveno večjo osveščenost staršev, otrok, vzgojiteljev in učiteljev. Obstaja pa področje oziroma posebna skupina populacije, pri kateri preventivno zobozdravstvo kljub velikim naporom še vedno ne deluje dobro. To so otroci z motnjo v telesnem in duševnem razvoju. Obstoječi model izvajanja preventivnih zobozdravstvenih storitev nekako ni omogočal dostopnosti vsem uporabnikom enako. Pri otrocih, ki so bili lažje duševno in telesno prizadeti in je bilo mogoče vzpostaviti kontakt, sodelovanje in motivacijo je bilo možno izvajati preventivo. Pri otrocih, ki so bili zmerno do težje duševno prizadeti, pa obstoječi način dela ni bil uporaben. Posledice so vidne danes, ko so ti otroci že odrasli in jih videvamo pri sedemnajstih ali petindvajsetih letih starosti brez stalnih zob. Nepopolno zobovje pa jim ne niža samo težko pridobljene samozavesti, temveč jim močno kvari običajno že tako šibko splošno zdravstveno stanje. Neke

ustaljene prakse kako te otroke naučiti in motivirati za izvajanje ustne higiene na žalost ni. Težava je tudi v tem, da veliko teh otrok fizično ni sposobno izvesti ustreznih motoričnih gibov, ki so potrebni pri pravilni tehniki čiščenja zob. Pohvalno pa je dejstvo, da se v nekaterih varstveno delovnih centrih zavzemajo za izvajanje preventivne zobozdravstvene dejavnosti in že uspešno izvajajo čiščenje zob pri odrasli populaciji. Upad zobne gnilobe v zadnjih petnajstih letih je že viden, vendar ne toliko, kot pri normalno razvitih otrocih. Naj bo to v vzpodbudo vsem vrtcem in šolam za otroke s posebnimi potrebami, predvsem pa tudi ZZZS, da na primarnem zdravstvenem varstvu odobri večje število preventivnih zobozdravstvenih medicinskih sester, ki bodo lahko prispevale k še večjemu upadu zobne gnilobe pri teh otrocih.

ZAKLJUČEK

Z vzgojo koristnih navad je potrebno začeti zgodaj v otroštvu, saj je to obdobje, v katerem pridobljene navade ostanejo za celo življenje. Pot do lepih in zdravih zob je po devetindvajsetih letih delovanja na področji ZD Ljubljana postala trdo tlakovana. Na tej poti pa je bilo nujno potrebno nenehno sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev, otrok in staršev, vzgojiteljev in učiteljev. Naše delo se je pokazalo kot zelo uspešno in danes imamo tudi v Sloveniji vsako leto višje število otrok s povsem zdravimi mlečnimi in stalnimi zobmi. Naj se ta pot uspešno nadaljuje.

ZAHVALA

Zahvalila bi se rada gospe Mojci Kroflič, profesorici pedagogike in organizatorki zdravstvene vzgoje v Zdravstvenem domu Moste, ki mi je ob pisanju tega članka nudila strokovno pomoč in nasvete.

LITERATURA:

1. Kroflič M. Da bodo naši otroci nasmejani in uspešnejši v šoli. Bučka. Ljubljana, 2000.

2. Kroflič M. O pomenu uvajanja zobozdravstvene vzgoje v predšolsko vzgojo otrok ter povezovanju različnih dejavnikov. Ljubljana, 1990.

3. Rej M., Mokorel M. Moj otrok ima zdrave zobe. Ljubljana, 1997.

4. Vrbošek J. Zbornik ob 20. letnici Tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani. Ljubljana, 2004.

5. http://www.zd-mb.si/index.php?id=399 (15.03.2009)

6. http://www.zzv-ce.si/unlimitpages.asp?id=506 (25.03.2009)

7. http://www.special-zahngesundheit.de/19.10.2007 (01.04.2009)

8. http://www.oskdk.mojasola.si/prvo triletje/zobozdravstvena preventiva.pdf (30.03.2009)

ZOBOZDRAVSTVENA PREVENTIVA V OSNOVNIH ŠOLAH

Blanka Romih, srednja medicinska sestra
Zdravstveni dom Brežice, Černelčeva 8, 8250 Brežice
blanka.romih@zd-brezice.si

POVZETEK

Zobozdravstvena preventivna vzgoja kot del zdravstvene vzgoje ima velik pomen na sam razvoj otroka. Zato je ključnega pomena strokovnost zobozdravstvenih preventivnih sester, kot tudi ostalih faktorjev, ki vplivajo na otroka (starši, učitelji). Z različnimi oblikami preventivne vzgoje, kot so mesečna pregledovanja zob otrok v vrtcu in osnovnošolskih otrok, in pa tudi izobraževalni seminarji za starše ter učitelje želimo vsem ključnim dejavnikom kar najbolje pokazati in povedati kako naj vplivajo na otroka in kako naj mu pomagajo predvsem pri pravilni tehniki čiščenja zob, kako preprečit nepotrebne razvade, učenje o pomembnosti pravilne prehrane ter ostalih pripomočkih za ohranjanje dobrega stanja zob in dlesni.

Ključne besede: ustna higiena, zobozdravstvena preventiva, zobozdravstvena preventivna vzgoja

UVOD

V zdravstvenem domu Brežice smo začeli z organizirano sistematično zobozdravstveno vzgojo že pred petnajstimi leti. S pridobitvijo, oziroma preureditvijo prostora, smo dobili tudi zobozdravstveni preventivni kabinet in tako so se nam ponudile nove možnosti za vzgojo naših varovancev. Zobna preventiva in preventiva nasploh je vzgoja, ki ni trenutno dejanje, temveč je proces, katerega rezultati se pokažejo šele čez leta. Ker je preventivno delo vzgojni proces je nujno, da ga začnemo izvajati že zelo zgodaj. Z zobozdravstveno prosveto in vzgojo želimo pri vsakem posamezniku zbuditi čut odgovornosti za lastno zdravje in za zdravje zob.

ZOBOZDRAVSTVENA PREVENTIVA V OSNOVNIH ŠOLAH

Začetki zobozdravstvene preventive so povzročili različne odzive posameznikov, saj vsaka »novost« na začetku poraja dvome. Leta vztrajnega dela so privedla do uspešnega sodelovanja med zdravstvenim delavcem in sodelujočimi pri vzgoji otrok, pozitivni rezultati tega sodelovanja pa so vidni pri odraščajoči mladini. Uspešno smo se vključili v

vzgojno-izobraževalne institucije, pritegnili k sodelovanju prosvetne delavce, vzgojitelje in seveda starše otrok.
Vrtec in šola sta pravo mesto za vzgojo otrok, ki tako pridobijo določene higienske navade saj doma mnogokrat ni pravega vzgleda zaradi pomanjkanja znanja pri starših, zato imajo vzgojitelji in učitelji vse prej kot lahko nalogo.

V občini Brežice obiskujemo devet osnovnih šol in vrtcev ter šolo s prilagojenim programom. Poudarek dajemo predvsem zdravi prehrani z manj sladkorja, manj sladkih pijač in rednemu umivanju zob. Naše delo je tudi skrb za razkuževanje boksov, kjer so shranjene ščetke za izvajanje ustne higiene in želiranje zob. Otroke želimo naučiti pravilne tehnike čiščenja zob in to navado privzgojiti.

V okviru preventivnega programa nege zob in ustne votline pa kot oblika motivacije poteka tudi tekmovanje z naslovom »Za čiste zobe ob zdravi prehrani« skozi celo šolsko leto v vseh osnovnih šolah v občini.
Vsak mesec nenapovedano obiščemo otroke od 2. do 5. razreda in jim s testno tabletko preverimo higieno zob. To ocenjujemo tako, da za čiste zobe brez vidnih oblog dobi otrok znak »zobek za pet z jabolkom«, za malo manj čiste (obloge so vidne samo na posameznih zobeh) dobi otrok znak s ščetko z oznako »še«, kadar čistih zob ni vidnih, dobi otrok znak z risbico packe.
V obdobju od šolskega leta 1994/95 do 1995/96, smo postopoma vključili vseh devet šol v program zobozdravstvene preventive in od takrat beležimo rezultate o higieni (Tabela 1, Slika 1).
V vseh letih tekmovanja število otrok pada, število obiskov pa v vseh prisotnih razredih, ki tekmujejo ostaja enako (osem obiskov v enem šolskem letu). Beleženje rezultatov nam je v veliko pomoč, saj lahko z dobljenimi podatki ugotavljamo kje so največje težave in kako naj stvari izboljšamo. Prva večja sprememba je bila v šolskem letu 1997/98, saj smo zabeležili prvo znatno povečanje odstotka popolnoma čistih zob, na kar je seveda vplivala velika vključenost staršev, učiteljev ter zdravstvenih delavcev. V naslednjih letih so se dobri rezultati ohranjali in zobna preventiva se je že uveljavila kot redna spremljevalka pri vzgoji otrok.

Beleženje rezultatov pa je tudi pomembno, saj vseh devet osnovnih šol v občini Brežice tekmuje med sabo na podlagi dobljenih rezultatov. Vsi tekmovalci prejmejo izkaznico, v katero vsa leta tekmovanj s prej omenjenimi oznakami vpisujemo mesečno stanje higiene zob (Slika 2).
Zmagovalni razred na vsaki izmed šol prejme priznanje zdravniškega društva. Otroke in učitelje nagradimo z darili sponzorjev. Vse zmagovalne razrede in njihove učitelje peljemo na zaključno prireditev v Ljubljano, v Halo Tivoli. To je seveda velika vzpodbuda za otroke in tudi za učitelje, ki z njimi sodelujejo in jih motivirajo skozi vse šolsko leto. Vsako leto je tudi izbran zmagovalec v regiji Celje, kjer smo imeli najboljši razred in sicer v šolskem letu 1998/99 Osnovna šola Globoko in v šolskem letu 2007/08 Osnovna šola Artiče.

Na šolah se razen tekmovanja za čiste zobe izvaja enkrat mesečno tudi želiranje zob od 2. do 9. razreda. Sodelujemo tudi na naravoslovnih dnevih in roditeljskih sestankih za

starše. Pri doseganju dobrega rezultata t.j. večjega števila čistih zob, je ključnega pomena intenzivno sodelovanje med preventivnimi zobozdravstvenimi delavci, učitelji ter starši. Pomemben faktor je tudi delo zobozdravstvene službe v osnovnih šolah.

Po več letnem obdobju doseganja dobrih rezultatov je prišlo v šolskem letu 2005/06 do poslabšanja stanja, saj je odstotek popolnoma čistih zob padel, kar se je nadaljevalo v naslednjih letih. Seveda se moramo vprašati zakaj je do takega padca prišlo. Kljub večji osveščenosti ljudi o zobni preventivi, se njen pomen še vedno podcenjuje. Premajhna je tudi vključenost preventivnega programa v šolske programe in programe izobraževanja staršev. Zato se trudimo, da se število predavanj za starše poveča, saj z večjim znanjem o zobni preventivi lahko to znanje posredujejo naprej svojim otrokom. Najpogostejša napaka, ki jo opažamo pa je, da starši prepogostokrat pustijo, da si otroci začno prehitro samostojno umivati zobe, saj naj bi otrokom do 10. leta starosti pri umivanju pomagali starši in jih skupaj z zobozdravstvenimi delavci naučili pravilnega ter rednega umivanja zob.
Zaradi trenda padanja odstotka popolnoma umitih zob je ključnega pomena najti rešitve in postopoma izboljšati rezultate. Kot enega izmed načinov izboljšanja pa vidimo v bolj intenzivnem sodelovanju med vsemi ključnimi dejavniki (starši, učitelji, zobozdravstveni delavci), saj vsi skupaj sodelujemo pri zobozdravstveni vzgoji otrok, zatorej smo jih dolžni naučiti pravilnega ter rednega umivanja zob in s tem ohranjati dobro stanje zob in celotne ustne votline. Kako pomemben je vpliv vseh sodelujočih v procesu izhaja iz razlik med posameznimi šolami, kjer je bila v šolskem letu 2007/08 ob 51% popolnoma čistih zob na nivoju vseh šol, skupni rezultat najboljše šole 58% popolnoma čistih zob, najslabše pa se je odrezala šola s 37% popolnoma čistih zob. Prav tako so velike razlike na posameznih šolah, saj le-te znašajo od 16 do 37% (Tabela 2). Opažamo, da so rezultati na šolah v veliki meri odvisni tudi od posameznih razrednikov, ki v teku let ohranjajo v povprečju boljše ali slabše rezultate.

ZAKLJUČEK

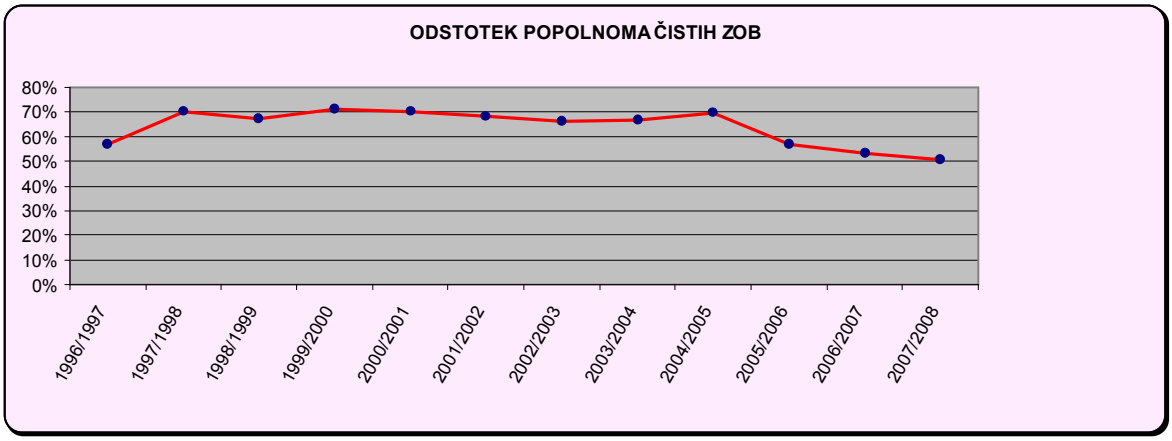
Naši cilji so jasni. Ohraniti želimo čim več zdravih, tako mlečnih kot kasneje stalnih zob, pravilne medčeljustne odnose in zdrava obzobna tkiva. Za tovrsten uspeh potrebujemo predvsem starše, pomoč učiteljev, vzgojiteljev in zdravstvenih delavcev. S skupnimi prizadevanji nam bo uspelo, da bo otrok ohranil to, kar mu je dala narava t.j. zdrave zobe in lep nasmeh. To si vsak otrok tudi zasluži. Čisti, lepi in zdravi zobje so v ponos vsakemu posamezniku. Ob vsej paleti ukrepov, ki nam omogočajo, da ohranimo zdravje zob in dlesni, je gotovo redna in pravilna ustna higiena ena od najučinkovitejših in najenostavnejših načinov za dosego ciljev.

Šolsko leto	število pregledov učencev	število popolnoma čistih zob	% popolnoma čistih zob
1995/1996	7.993	5.018	63%
1996/1997	7.539	4.262	57%
1997/1998	8.139	5.713	70%
1998/1999	7.862	5.257	67%
1999/2000	6.872	4.893	71%
2000/2001	7.189	5.040	70%
2001/2002	7.049	4.820	68%
2002/2003	6.612	4.366	66%
2003/2004	6.543	4.368	67%
2004/2005	6.482	4.510	70%
2005/2006	6.113	3.484	57%
2006/2007	6.158	3.267	53%
2007/2008	6.711	3.400	51%

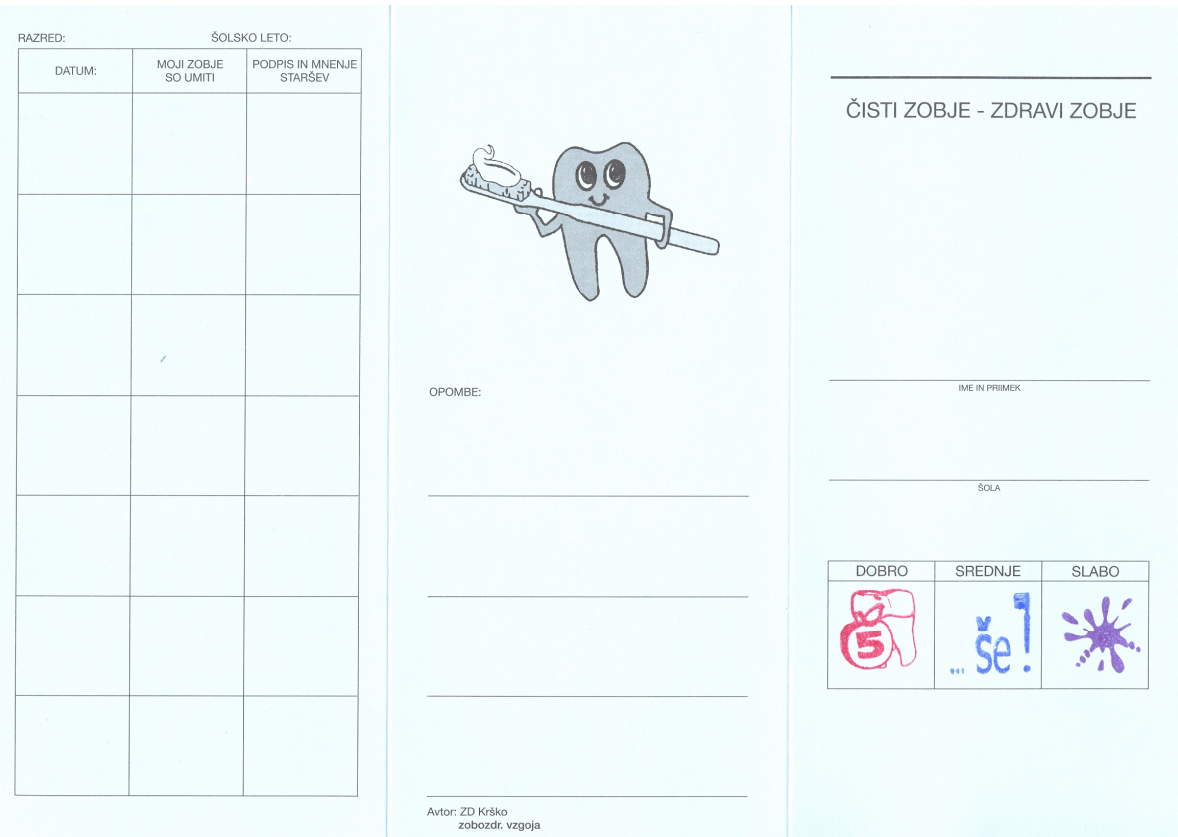
Tabela 1: Odstotek popolnoma čistih zob šolskih otrok v občini Brežice
Vir: Letna poročila zobozdravstvene preventive v ZD Brežice

Osnovna šola	Odstotek popolnoma čistih zob	Najslabši razred	Najboljši Razred	Razlika
A	**58%**	**50%**	69%	**19%**
B	56%	39%	71%	32%
C	55%	36%	**73%**	**37%**
D	53%	36%	70%	34%
E	52%	44%	60%	16%
F	49%	38%	62%	24%
G	47%	33%	64%	30%
H	43%	**24%**	**58%**	34%
I	**37%**	41%	62%	20%
POVPREČJE	**51%**	**38%**	**65%**	**20%**
RAZLIKA	**21%**	**26%**	**15%**	

Tabela 2: Šolsko leto 2007/2008-rezultati po posameznih šolah
Vir: Letna poročila zobozdravstvene preventive v ZD Brežice



Slika 1: Odstotek popolnoma čistih zob
Vir: Letna poročila zobozdravstvene preventive v ZD Brežice



Slika 2: Izkaznica »Čisti zobje-zdravi zobje«
Vir: Letna poročila zobozdravstvene preventive v ZD Brežice

LITERATURA:

1. Letna poročila zobozdravstvene preventive v ZD Brežice 1995-2008

ZDRAVJE USTNE VOTLINE OTROK IN MLADOSTNIKOV NEKOČ IN DANES

asist. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., specialistka socialne medicine
Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1000 Ljubljana
tel. 01 543 7540, e-naslov: barbara.artnik@mf.uni-lj.si

Rok Kosem, dr. dent. med., specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva
Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Stomatološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana
tel. 01 522 4386; e-naslov: kosem.rok@gmail.com

IZVLEČEK

Na podlagi ocene obstoječih epidemioloških podatkov v Sloveniji v 80-ih in 90-ih letih 20. stoletja je organiziran sistem zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov s poudarkom na preventivni dejavnosti pripomogel k ugodnemu trendu kazalcev ustnega zdravja otrok in mladostnikov. V zadnjem obdobju pa opazujemo stagnacijo kazalcev ustnega zdravja otrok in mladostnikov.
Po osamosvojitvi je v Sloveniji prišlo do temeljitih sprememb na področju zdravstvenega sistema. Vpeljane so bile nekatere pozitivne novosti, opuščene pa tudi nekatere dobre ureditve iz prejšnje zakonodaje. Nezaželeni učinki takšne ureditve in nedorečena zdravstvena politika se danes na področju mladinskega zobozdravstvenega varstva kažejo predvsem v odsotnosti učinkovitega delovanja sistema za zbiranje in obdelavo podatkov o ustnem zdravju, v odsotnosti zanesljivih podatkov o gibanju kazalcev ustnega zdravja za zadnja leta, v odsotnosti določenih merljivih ciljev oralnega zdravja ter v neustrezni javni zobozdravstveni službi na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov.
V prihodnost moramo zato čim prej okrepiti oziroma vzpostaviti javno zdravstveno obravnavo problemov ustnega zdravja, vzpostaviti ustrezne zbirke podatkov in gradiv s področja ustnega zdravja in zobozdravstvenega varstva s pomočjo sodobnega informacijskega sistema, postaviti nove realne in merljive nacionalne cilje za ustno zdravje in opredeliti aktivnosti za njihovo doseganje, posodobiti nacionalni preventivni zobozdravstveni program za otroke in mladostnike in ga opredeliti v nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije in drugih predpisih, ponovno vzpostaviti celovito mrežo zobozdravstvenega varstva za otroke in mladostnike, ohraniti organizacijo zobozdravstvenega varstva v šolah ter zagotoviti tudi druge javno zdravstvene ukrepe v skrbi za ustno in splošno zdravje s poudarkom na ustvarjanju pogojev za zdrav način življenja, pri čemer ima velik pomen med sektorsko sodelovanje.

KLJUČNE BESEDE: oralno zdravje, raziskave zobnega zdravja, zobozdravstvena dejavnost, zobozdravstveno varstvo, zdravstvena zakonodaja

EPIDEMIOLOŠKI PREGLED USTNEGA ZDRAVJA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIH V SLOVENIJI

Za prikaz razširjenosti zobnega kariesa se najpogosteje uporablja indeks KEP, ki nam pove povprečno število zaradi kariesa zbolelih (K), izdrtih (E) in popravljenih (P) stalnih zob pri posamezniku. Pri mlečnem in menjalnem zobovju upoštevamo tudi mlečne zobe, pri čemer označujemo spremenljivke z malimi tiskanimi črkami (kep). Pomemben kazalnik, ki kaže na razvitost preventivne zobozdravstvene dejavnosti, je tudi delež oseb brez karioznih, izdrtih ali plombiranih zob. Zaradi mednarodne primerljivosti se običajno izračunava kazalnike ustnega zdravja za 5- (ali 6-), 12-, 15- in 18-letnike.

Karies pri otrocih smo v zadnjih treh desetletjih spremljali z dvema različnima vrstama raziskav. Podatki periodične, obdobne raziskave, zbrani v letih 1987, 1993, 1998, 2003 in 2008 (Vrbič, 2000; Vrbič, 2008), kažejo na naglo upadanje indeksa KEP (pri 12-letnikih leta 1987 5,10; leta 1993 2,64; leta 1998 1,79; leta 2003 1,69; leta 2008 1,66) in na povečevanje števila otrok in mladostnikov brez karioznih, izdrtih ali plombiranih zob do leta 1998 (40,1%). Leta 2003 je imelo po tej raziskavi 39,4% 12-letnih otrok zdrave zobe in leta 2008 36,9%. Podatki poročevalskega sistema, pridobljeni iz vsakoletnih zobozdravstvenih pregledov otrok in mladostnikov med leti 1984 in 2000, prikazujejo precej slabše stanje kot obdobne epidemiološke raziskave (KEP pri 12-letnikih leta 1998 3,3 in leta 2000 3,1; zdravo zobovje pri 12-letnikih pa leta 2000 manj kot 20%) (Premik in Artnik, 2008). Vidno je veliko izboljšanje glede na leto 1984, ko je bila pri 12-letnikih prvič izmerjena prevalenca kariesa (KEP=6,9) (Vrbič in sod., 2005). Rezultati obeh omenjenih raziskav iz leta 1998 pa kažejo, da imajo mladostniki pri 18-ih letih le še v okoli 4-5% zdravo zobovje.

Obe vrsti opisanih raziskav imata določene metodološke značilnosti, katerih se je treba zavedati pri interpretaciji rezultatov in ki do določene mere pojasnjujejo neskladnost njunih izsledkov. Pri poročevalskem sistemu je vprašljiva usklajenost velikega števila preiskovalcev (tudi več kot 200) in zanesljivost poznavanja diagnostičnih meril, pri periodični raziskavi pa skromne raziskovalne možnosti, čeprav je bila zasnovana po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije (zajem približno 1,5% otrok in mladostnikov določene starostne skupine) in možna pristranost izbora (vključeni pretežno le otroci in mladostniki iz šol v regijskih središčih).

Stanje glede razširjenosti kariesa pri otrocih in mladostnikih v zadnjem obdobju dodatno orisujejo do zdaj še neobjavljeni podatki epidemiološke študije, ki so jo v šolskem letu 2003/2004 izvedli Kosem in sodelavci. Sodelovalo je 21 usklajenih preiskovalcev, ki so se predhodno izurili v poznavanju diagnostičnih meril, skladnih z metodologijo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 1997). Pregledanih je bilo približno 1000 otrok in mladostnikov vsake starostne skupine (5, 6, 12, 15 in 18 let), kar je predstavljalo od približno 3,5% do 5,5% otrok in mladostnikov posamezne starostne skupine v Sloveniji. Po preliminarni analizi podatkov je bila vrednost kazalnika KEP pri 12-letnikih 2,68 (SD 2,69), kazalnika kep pri 5-letnikih pa 4,66 (SD 4,58). Približno četrtina 5-letnikov in petina 6-letnikov je bila brez zdravljenih ali nezdravljenih dentinskih karioznih sprememb v mlečnem zobovju (»brez kariesa«), v stalnem zobovju pa so bili odgovarjajoči deleži pri 12-letnikih 26%, pri 15-letnikih 14% in pri 18-letnikih 8%.

Organiziran sistem zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov s poudarkom na preventivni dejavnosti je v Sloveniji pripomogel k ugodnemu trendu kazalcev ustnega zdravja otrok in mladostnikov predvsem v 80-ih in 90-ih letih 20. stoletja, kot je to mogoče ocenjevati na podlagi obstoječih epidemioloških podatkov. V zadnjem obdobju pa je prišlo do stagnacije kazalcev ustnega zdravja otrok in mladostnikov.

Razvoj preventivnih zobozdravstvenih aktivnosti v Sloveniji

Začetki preprečevanja zobnega kariesa pri otrocih v Sloveniji segajo v leto 1928, ko so v Celju ustanovili prvi stalni zobni ambulatorij (kasneje dispanzer) (Pirc, 1938). Temu so sledili zobni ambulatoriji v Ljubljani in drugod po Sloveniji. Ta trend se je nadaljeval tudi po 2. svetovni vojni.

Preventivni program, namenjen zlasti otrokom in šolarjem, se je razvil postopoma (Tabela 1).

Tabela 1. Preventivne zobozdravstvene aktivnosti v Sloveniji

Leto	***Zobozdravstvena aktivnost***
1957 →	Fluoridne tablete za otroke v starosti 0-11 let
1968 - 1975	Topikalna aplikacija 2% NaF za otroke v starosti 7-15 let
1980 →	Ščetkanje zob z gelom aminofluorida dvakrat mesečno v šolah, nadzorovano s strani usposobljene medicinske sestre, razširjena uporaba zobnih past, ki vsebujejo fluoride
1980 - 1992	Uveljavljen Zakon o obvezni dejavnosti mladinskega zobozdravstva v zdravstvenih domovih
1983 →	Začetek tekmovanj za zdrave zobe v osnovnih šolah
1984 - 2000	Sprejeti cilji oralnega zdravja, vzpostavljen poročevalski sistem o zdravstvenem stanju zob in ustne votline
1987 →	Zalivanje fisur kot rutinska preventiva

Pomemben sestavni del programa je bila zobozdravstvena vzgoja s poudarkom na ščetkanju zob, ustrezni (nekariogeni) prehrani, fluoridaciji in rednih obiskih pri zobozdravniku. Začeli so z akcijo razdeljevanja fluoridnih tablet otrokom v vrtcih in v šolah ter nosečnicam. V sedemdesetih letih so začeli s topikalno aplikacijo 2% natrijevega fluorida pri šoloobveznih otrocih, ki ga je v osemdesetih letih zamenjala aplikacija amin-fluoridnega želeja in množična uporaba fluorovih zobnih past (Premik in Vrbič, 1994). Po letu 1980 se je mladinsko zobozdravstvo kadrovsko, organizacijsko in idejno še posebej razživelo, ko je bila z zakonom poleg splošnega zobozdravstva uvedena tudi obvezna zobozdravstvena dejavnost za mladino.

K promociji ustne higiene v osnovnih šolah so pripomogle preventivne medicinske sestre in tekmovanja v ustni higieni. Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani, ki poteka na slovenskih osnovnih šolah od leta 1983, izvede vsako leto Stomatološka sekcija SZD (Vrbovšek, 2003) in je ena pomembnejših civilnih aktivnosti za boljše oralno zdravje (vključenih več kot 90 odstotkov šol). Leta 1987 so v slovensko

zobozdravstveno varstvo uvedli množično zalivanje zobnih fisur (Vrbič in sod., 1995), kar naj bi se izkazalo kot glavni dejavnik pri pospešenem zatiranju kariesa. Bistveno pa je, da so se vsi našteti ukrepi izvajali hkrati in čedalje bolj množično (Vrbič in Premik, 1994; Vrbič, 1997).

Pri sistematskih pregledih so bili zobozdravniki pozorni na ustno higieno (dobra, srednja, slaba), zobni kamen, stanje obzobnih tkiv (zdravo, gingivitis, parodontitis), zobne in čeljustne nepravilnosti ter zdravstveno stanje glede na karies (Vrbič in sod., 1995).

V skoraj dveh tretjinah primerov je bil šolski zobozdravnik tudi pobudnik za pričetek ortodontske obravnave. Po nekaterih raziskavah je bilo Sloveniji ortodontsko zdravljenih več kot ena tretjina otrok, zdravljenje pa se je uspešno zaključilo pri dobri polovici (Pavšič, 1994).

Poleg dejavnikov, katerim pripisujemo neposreden vpliv na upadanje kariesa, moramo upoštevati tudi dejavnike s posrednim vplivom, npr. organizacijo zobozdravstvene službe in strokovno doktrino. Otroško in mladinsko zobozdravstvo je bilo organizirano v vsaki občini oziroma zdravstvenem domu, zobozdravniške ambulante pa so bile umeščene v številne osnovne šole (Vrbič, 1999).

Aktivnosti iz preventivnega programa, ki se je razvil v drugi polovici preteklega stoletja, so predvsem kot klinične storitve v zobozdravniških ambulantah še v funkciji, žal pa jim po letu 1992 manjka ustrezna sistemska podlaga za sistematično izvajanje, spremljanje, vrednotenje in razvoj.

Razvoj in organizacija zobozdravstvenega varstva v Sloveniji

Po spremembi družbenopolitičnega sistema je prišlo do temeljitih sprememb tudi na področju slovenskega zdravstvenega sistema. Po osamosvojitvi Slovenije smo leta 1992 dobili nov Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. list 9/92). Vpeljane so bile nekatere pozitivne novosti, kot so nove sheme sistema zdravstvenega zavarovanja in legalizirana zasebna praksa. Zakon dovoljuje zasebnim zobozdravnikom izvajanje zobozdravstvene oskrbe na osnovi koncesij in po pogodbi obvezuje državo, da zagotovi preventivne in druge programe primarne zdravstvene oskrbe. Takšna regulacija podpira izpolnitev javne zobozdravstvene oskrbe preko zasebnih zobozdravnikov koncesionarjev. Znotraj primarne zdravstvene oskrbe je vključena preventiva, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter njihova rehabilitacija.

V novi zakonodaji (Ur. list 9/92) pa so bile opuščene tudi nekatere dobre ureditve iz prejšnje zakonodaje. Tako je v tem zakonu (Ur. list 9/92) opuščena širša opredelitev in pomen primarnega zdravstvenega varstva, še zlasti v pogledu dispanzerske metode dela, ki jo je opredeljeval stari Zakon o zdravstvenem varstvu (Ur. list 1/80). Govori le o preventivni in kurativni zobozdravstveni oskrbi v okviru primarnega zdravstva, nič več pa ne določa mladinskega zobozdravstva kot obvezne dejavnosti/oskrbe. Zaradi tega obvezni zobni dispanzerji za otroke niso več v veljavi. Zdravstveni domovi so s tem izgubili svojo izvirno socialno-medicinsko funkcijo.

Nezaželeni učinki takšne ureditve in nedorečena zdravstvena politika se na področju mladinskega zobozdravstvenega varstva kažejo predvsem v tem, da:

- zaradi odsotnosti učinkovitega delovanja sistema za zbiranje in obdelavo podatkov o ustnem zdravju za zadnja leta ni zanesljivih podatkov o gibanju kazalcev ustnega zdravja;·
- ni določenih merljivih ciljev oralnega zdravja;
- niso določene preventivne strategije;
- preventivni programi niso javno zahtevani in ovrednoteni;
- ni določen delež sredstev za preventivne aktivnosti;
- mreža javne zobozdravstvene službe na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, predvsem mreža specialistov za otroško in preventivno zobozdravstvo v nekaterih regijah, ni ustrezna in ne omogoča celovitega izvajanja dejavnosti, predvsem dejavnosti iz preventivnega programa.

Perspektive otroškega in mladinskega zobozdravstvenega varstva

Otroci in mladostniki so s stališča ustnega zdravja posebno ogrožena skupina prebivalstva, poleg drugih ogroženih skupin, kot so starostniki, osebe s posebnimi potrebami, revni ipd., zato je pri varovanju ustnega zdravja teh skupin prebivalstva odločilna vloga družbe in države. Promocija zdravja, vključno z različnimi preventivnimi dejavnostmi, je najučinkovitejša prav v otroštvu in mladosti. Na podlagi teh spoznanj je bila s strani številnih »chief dental officers« Evropske Unije in drugih držav podprta Deklaracija o ustnem zdravju otrok: »Dobro ustno zdravje je temeljni dejavnik za dobro splošno zdravje. Z vzpostavitvijo globalne delovne skupine za ustno zdravje otrok si bomo izmenjevali podatke o preventivnih dejavnostih, temelječih na znanstvenih dokazih. Delovali bomo za vzpostavitev primernih in učinkovitih pobud za izboljšanje ustnega zdravja in za zmanjšanje neenakosti v ustnem zdravju tako znotraj posameznih narodov kot med narodi« (UK Department of Health. Chief Dental Officer, 2005).

Organiziran sistem zdravstvenega varstva in zobozdravstvenega varstva ima pomembno vlogo pri doseganju najboljšega možnega ustnega zdravja, še posebno v zobozdravstveni oskrbi otrok in mladostnikov, s tem da poveže dejavnost zobozdravstvene službe s promocijo ustnega zdravja in preprečevanjem bolezni in poškodb ustne votline (Sekcija za preventivno medicino, 2007). Dobro organiziran sistem zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov je v skladu tako z določili Konvencije o otrokovih pravicah, kot tudi s strategijo zagotavljanja kakovostnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike, opredeljeno v Programu za otroke in mladino 2006-2016, pripravljenemu na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije. V tem dokumentu je tudi poudarjena potreba po prilagoditvi javne mreže izvajalcev zdravstvenega varstva predšolskih in šolskih otrok ter mladostnikov tako, da se bo dostopnost izboljšala. Normativi za mrežo javne zobozdravstvene službe za otroke in mladostnike do dopolnjenega 19. leta starosti so ustrezno postavljeni v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (pedontolog oziroma specialist za otroško in preventivno zobozdravstvo – na 10.000 otrok in mladostnikov, usposobljeni zobozdravnik za zobozdravstveno varstvo otrok in mladostnikov – na 1.200 otrok in mladostnikov; zdravstveni delavec za zobozdravstveno vzgojno in preventivno dejavnost – na 5.000 otrok in mladostnikov).

Sodobne cilje za ustno zdravje do leta 2020 (Hobdell in sod., 2003) so postavili v Svetovni zdravstveni organizaciji (World Health Organisation, WHO), Federation Dentaire International (FDI) in International Association for Dental Research (IADR), kot tudi specifične cilje za ustno zdravje za Evropo v Regionalnem uradu WHO za Evropo (WHO Regional Office for Europe, 1999). Pod pokroviteljstvom Evropske komisije je projektna skupina v sklopu European Global Oral Health Indicators Development Project pripravila izbor pomembnih kazalcev za spremljanje ustnega zdravja (Bourgeois in sod., 2005), in sicer za spremljanje ustnega zdravja otrok in mladostnikov ter splošne populacije, za spremljanje sistema zobozdravstvenega varstva in za spremljanje kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem.

Ugotavljamo, da je na osnovi vseh teh dokumentov in mednarodno sprejetih ciljev potrebno (Sekcija za preventivno medicino, 2007):

- okrepiti oziroma vzpostaviti javno zdravstveno obravnavo problemov ustnega zdravja (analiza, cilji, strategije);
- vzpostaviti ustrezne zbirke podatkov in gradiv s področja ustnega zdravja in zobozdravstvenega varstva s pomočjo sodobnega informacijskega sistema v skladu z Zakonom o evidencah in gradivu na področju zdravja in zdravstvenega varstva, pri čemer je smiselno ponovno vzpostaviti poročevalski sistem za ugotavljanje kazalcev ustnega zdravja v skladu s priporočili projektne skupine v sklopu projekta »European Global Oral Health Indicators Development« (Bourgeois in sod., 2005) ter spodbujati usmerjene epidemiološke raziskave;
- postaviti nove realne in merljive nacionalne cilje za ustno zdravje in opredeliti aktivnosti za njihovo doseganje;
- posodobiti nacionalni preventivni zobozdravstveni program za otroke in mladostnike in ga opredeliti v nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije in drugih predpisih, pri tem pa opredeliti vse potrebne elemente (operativne aktivnosti z opredeljenimi izvajalci, obsegom storitev, zahtevano kakovostjo, alociranimi sredstvi, roki izvedbe, kompetentnim nadzorom in evalvacijo s pomočjo vzpostavitve mreže strokovnih in administrativnih funkcij) ter pri tem izpostaviti vlogo specialistov otroškega in preventivnega zobozdravstva (pedontologov) pri koordinaciji načrtovanja in izvajanja preventivnega programa, predvsem v predporodnem obdobju, pri dojenčkih in majhnih otrocih in pri otrocih in mladostnikih s specifičnimi strokovnimi potrebami, in vlogo drugih zobozdravnikov, usposobljenih za zobozdravstveno varstvo otrok in mladostnikov ter drugih zdravstvenih delavcev;
- ponovno vzpostaviti celovito mrežo zobozdravstvenega varstva za otroke in mladostnike, ki vključuje zobozdravnike v javnih zavodih in zasebne zobozdravnike, še posebno mrežo specialistov za otroško in preventivno zobozdravstvo (pedontologov) in s tem omogočiti harmonizacijo izvajanja preventivnih zobozdravstvenih dejavnosti po regijah in po območjih znotraj regij;
- ohraniti organizacijo zobozdravstvenega varstva v šolah in s tem ohraniti koncept približevanja zobozdravstvene dejavnosti otrokom in mladostnikom;
- ohraniti in nadgraditi shemo dodiplomskega pouka na področju otroškega in preventivnega zobozdravstva z vključitvijo preventivnih vsebin v celoten potek pouka, vključno z zaključnim letnikom, ko se bodoči zobozdravnik pripravlja na vstop v sistem zobozdravstvenega varstva, ki mora temeljiti na preventivi, kot

tudi shemo podiplomskega izobraževanja na področju otroškega in preventivnega zobozdravstva (podiplomski tečaj iz otroškega in preventivnega zobozdravstva, specialistično izobraževanje);
- tudi za druge populacijske skupine (odrasle, starostnike, revne ipd.) pripraviti vsaj minimalne programe ustnega zdravja;
- zagotoviti tudi druge javno zdravstvene ukrepe v skrbi za ustno in splošno zdravje s poudarkom na ustvarjanju pogojev za zdrav način življenja, pri čemer ima velik pomen medsektorsko sodelovanje.

LITERATURA IN VIRI

Bourgeois DM, Llodra JC, Norblad A, Pitts NB, uredniki. Health surveillance in Europe. A selection of essential oral health indicators in Europe. Recommended by European Global Oral Health Indicators Development Project. 2005 Catalogue. Brussels: European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Community Action Programme on Health Monitoring, 2005.

Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal 2003; 53 (5): 285-8.

Pavšič I. Retrospektivno vrednotenje ortodontske dejavnosti v Sloveniji. Zobozdrav Vestn 1994; 33 (3): 51-5.

Pirc I. Zdravje v Sloveniji. II. knjiga. Ljubljana: Higienski zavod v Ljubljani, 1938: 367-9.

Premik M, Artnik B. Otroško zobozdravstvo v pogledu javnega zdravja v Sloveniji. V: Gregorič A, ur. XVIII. srečanje pediatrov v Mariboru. Zbornik. 2008 Apr 11-12; Maribor. Maribor: Univerzitetni klinični center, 2008: 119-22.

Premik M, Vrbič V. Vrednotenje preventivnega zobozdravstvenega programa v Sloveniji. Zobozdrav Vestn 1994; 49 (1-2): 5-8.

Sekcija za preventivno medicino. Zaključki - 4. kongres preventivne medicine 2007. Ustno zdravje. Moderator: Rok Kosem. Pridobljeno 4.4.2009 s spletni strani: http://www.spm.si/dogodki-sekcije/kongres-2007-portoroz-17-19-2005-2007/zakljucki-4-kongres-preventivne-medicine-2007.

UK Department of Health. Chief Dental Officer. Declaration on child oral health. Pridobljeno 4.4.2009 s spletni strani: http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/Chiefdentalofficer/DH_4110049.

Vrbič V. Zobno zdravje pri 12-letni mladini v Sloveniji, 1987-2008. Zobozdrav Vestn 2008; 63 (4-5): 169-71.

Vrbič V. Reasons for the caries decline in Slovenia. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28 (2): 126-32.

Vrbič V. Upadanje zobnega kariesa v Sloveniji v obdobju 1987-1998. Zobozdrav Vestn 1999; 54 (2): 39-43.

Vrbič V. Trend zobnega kariesa pri 12-letnih ljubljanskih učencih od leta 1970-1995. Zobozdrav Vestn 1997; 52 (4-5): 120-2.

Vrbič V, Koželj V, Pompe-Kirn V, Premik M, Rode M. Oralno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1995: 1-62.

Vrbič V, Premik M. Zmanjšanje kariesa pri slovenski mladini. Zobozdrav Vestn 1994; 49 (1-2): 2-4.
Vrbovšek J. 20 let čistih zob. Zbornik. Ljubljana: Stomatološka sekcija slovenskega zdravniškega društva, 2003.
WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.
WHO Regional Office for Europe. HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.

USTNA NEGA, ASEPTIČNI POSEG, DA ALI NE IN KDAJ

Dragica Dolenc, srednja medicinska sestra
Irena Škoda Goričan, diplomirana medicinska sestra
UKC Ljubljana – Interna klinika; Klinični oddelek za hematologijo, Zaloška cesta 7, Ljubljana

POVZETEK

Izvajanje ustne nege je pomemben element dela v procesu zdravstvene nege. Vsakodneven pregled ustne votline nam omogoča, da opredelimo obstoječe stanje ter postavimo negovalne diagnoze. Posebne obravnave pa so potrebni bolniki, ki prejemajo kemoterapijo. Vnetja ustne sluznice večinoma ne moremo preprečiti, lahko pa bolniku izboljšamo psihofizično počutje, omogočimo prehranjevanje, ter preprečimo okužbe.

Ključne besede: usta, ustna higiena, ustna nega, ustne bolezni, aseptični pristop

UVOD

Usta so pomembni del človeškega telesa, ki omogoča preživetje. Normalno funkcijo lahko opravljajo le, če so zdrava. Zdravemu človeku zadostuje redna ustna higiena. Pri bolniku, ki ima oslabljen imunski sistem, ker je nevtropeničen, pa moramo ustno nego strokovno načrtovati v okviru zdravstvene nege in jo dosledno izvajati z bolnikovim sodelovanjem.

Načrtovanje ustne nege

- Poznavanje terapije in stranskih učinkov le-te
- Natančen pregled ustne votline
- Psihofizično stanje bolnika
- Postavitev negovalne diagnoze
- Načrtovanje zdravstvene nege ustne votline
- Zdravstveno vzgojno delo z bolnikom

Za opredelitev negovalne diagnoze ustne votline mora biti medicinska sestra seznanjena tudi z bolnikovo medicinsko diagnozo. Večina bolnikov, ki so sprejeti na Klinični oddelek za hematologijo, ima že oslabljen imunski sistem. Zdravljenje z visokimi odmerki citostatikov pa povzroči še zmanjšanje števila nevtrofilnih levkocitov, trombocitov in rdečih krvnih telesc. Istočasno je prizadeta tudi sluznica ustne votline in ostalega prebavnega trakta. Posledica takšnega bolnikovega stanja je lahko potencial za

razvoj okužbe v bolnikovi prisotni flori. Pozornost mora biti usmerjena v to, da bolniku z posegi ne vnašamo v telo še dodatnih klic. Glede na ocenitev stanja načrtujemo zdravstveno nego. Pomemben del pri načrtovanju zdravstvene nege je sodelovanje bolnika z medicinsko sestro. Učna metoda dela poteka vedno individualno z vsakim bolnikom.
Natančno pregledamo ustno votlino z baterijsko svetilko, sterilnim loparčkom. Morebitno protezo odstranimo. Glede na ocenitev stanja načrtujemo zdravstveno nego. Sluznica ustne votline je lahko prizadeta v štirih stopnjah.

O. STOPNJA

- ustna sluznica ni prizadeta, ni nabreklost, ni rdečine, ni bolečine, ni motenj prehranjevanja

1. STOPNJA
- pojavi nabreklost sluznice; bolniku se lahko že v 24 urah pojavi bolečina
- pordelost sluznice
- uživanje hrane še ni moteno

2. STOPNJA
- prisotna nabreklost,
- ranljivost, občutljivost, rdečina,
- ob dlesni in spodnji del jezika že posamezne razjede,
- potrebuje analgetik,
- bolnik uživa samo tekočo hrano

3. STOPNJA
- prisotne večje razjede- tudi na notranjosti ustne sluznice in ustnice,
- rdečina, velika nabreklost sluznice, slinjenje,
- potrebuje analgetik,
- bolnik lahko ali pa tudi ne uživa tekočino

4. STOPNJA

- popolnoma razvito vnetje ustne sluznice - tudi pod jezikom,
- ulceracije, nabreklost,
- manj slinjenja,
- možna prisotnost krvavitve,
- velika možnost okužb,
- bolnik potrebuje kontinuirano infuzijo analgetika

V primeru, da ustna sluznica še ni prizadeta ustno nego izvajamo delno aseptično. Izvaja se jo z sterilnimi ustnimi gobicami, ustnimi vodami, lekarniškimi raztopinami in prekuhanimi čaji.

Glede na stopnjo mukositisa in prisotnost okužbe se odločimo in izvajamo ustno nego delno aseptično ali popolno. Ko je prisotno vnetje tretje ali četrte stopnje se prilagajamo bolnikovi bolečini, glede na to izbiramo čas aseptičnega postopka ustne nege.
Aseptična tehnika- ta izraz, ki ga pogosto srečamo v povezavi z intravaskularno terapijo je včasih nejasen saj se razlaga na različne načine. V bistvu pa je namen aseptične tehnike zaščititi bolnika pred patogenimi organizmi, ki so lahko vir okužbe pri vstopu skozi sluznico. Aseptična tehnika je praktičen način zmanjševanja nevarnosti okužbe pri bolniku, ki ima razvito hudo stopnjo mukozitisa. V takšnem primeru je potrebno posegati v ustno votlino previdno ,da ne povzročamo še krvavitve. Bolniku izpiramo sluznico z sterilno redestilirano vodo ali fiziološko raztopino. Vzporedno se držimo navodil zdravnika.

RAZPRAVA

Profilaktična terapija, ki jo bolniki prejemajo vzporedno pri kemoterapiji je veliko pripomogla, da imajo tovrstni bolniki veliko manj okužb v ustni votlini.

ZAKLJUČEK

Pozornost medicinske sestre mora biti usmerjena v pravilno ocenitev stanja sluznice, upoštevanje aseptičnih postopkov dela, rednega opazovanja, izvajanja in dokumentiranja ustne nege.

LITERATURA

1. Oral Mucositis Visual Assement Guide; PO- AMG-522-2005; Version 202/2006

STANDARD ZDRAVSTVENE NEGE: USTNA NEGA

Klavdija Peternelj, MSc (KŠ), dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, 015224941, klavdija.peternelj@kclj.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen standard zdravstvene nege: ustna nega pri pacientu brez motenj požiranja. V teoretičnih izhodiščih so opisani vzroki oz. dejavniki, ki privedejo do težav v ustni votlini. Nato je opisano izvajanje ocene ustne votline in izbira pripravkov ter pripomočkov za izvedbo posega. V izvedbi je opisana verzija standarda z uporabo zobne ščetke, ki je najbolj priporočljiva.

Ključne besede: ustna nega, zdravstvena nega, standard zdravstvene nege, oralno zdravje

1. UVOD

Usta so pomembna za hranjenje, pitje, govor, komunikacijo, okus, dihanje in obrambo. Dobra ustna nega je vitalen del zdravstvene nege. Pazljiva ocena stanja, načrtovani in pravilno izvedeni postopki pomagajo preprečiti, zmanjšati in učinkovito zdraviti številne spremembe v ustni votlini. Nanaša se na celotno ustno votlino in zobe. Čeprav je bistven del zdravstvene nege, je pogosto premalo poudarjen ali celo spregledan. Pogostnost izvajanja ustne nege in incidenca težav v ustni votlini se spremlja tudi kot eden od kazalcev kakovosti bolnišničnih sistemov kakovosti.

Ustna nega je uporaba zobne krtačke, paste, ustne vode in pripravkov za čiščenje ust z namenom očistiti pacientova usta in/ali zobno protezo in vzpodbuditi pretok sline zaradi vzdrževanje zdrave ustno-žrelne sluznice. Za ta namen se običajno uporabljajo številni različni pripravki (North Glasgow University Hospitals).

Standard zdravstvene nege – ustna nega Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC LJ), ki je osnova temu prispevku izhaja iz decembra leta 1995. V UKC LJ sta razvita dva standarda za ustno nego: za pacienta brez motenj požiranja (zavesten) in za pacienta z motnjami požiranja (nezavesten). V tem prispevku bo predstavljena izvedba za pacienta brez motenj požiranja upoštevajoč nekatere novosti na tem področju.

2. TEORETIČNA IZHODIŠČA

Do nastanka sprememb v ustni votlini vodijo (prilagojeno po Quinn, 2008): premajhen vnos tekočin (dehidracija in izsušena sluznica), slab prehrambeni status (slaba obnova celic in pomanjkanje vitaminov), nezadostna količina sline (nastanek oblog, infekcije in izsušitev sluznice), terapevtski posegi v ustih (operacija, radioterapija, kemoterapija), pomanjkanje znanja ali sposobnosti ter motivacije za vzdrževanje ustne higiene, že prej obstoječi dentalni problemi, komorbiditeta (diabetes, koagulopatije, cistična fibroza, epilepsija, kranifacialne nepravilnosti), kontinuirana kisikova terapija, starost (otroci in starostniki), dihanje skozi usta, genetski faktorji, zloraba alkohola in cigaret, stres in depresija in medikamentozna terapija:

- imunosupresivi - povzročijo izsušitev sluznice, slabšo odpornost na mehansko draženje,
- antibiotiki - spremenijo ustno floro, poveča se možnost oportunistične infekcije,
- antihistaminiki in atropin - zmanjšata produkcijo sline,
- antidepresivi - suha usta,
- kortikosteroidi - upočasnijo zdravljenje tkiva, povzročijo hiperplazijo dlesni, spremenijo okušanje, zmanjšajo količino sline, gostijo slino ter
- nadomestki železa - na zobeh povzročijo začasno zelenkasto-črno obarvanje zob.

Od hujših težav v ustni votlini lahko pride do sprememb okusa, bolečin, ulceracij, infekcij, spremembe kosti in denticije, krvavitev, funkcijske motnje govora, žvečenja in dihanja. **Kserostomia** oz. suha usta nastopijo ob disfunkciji žlez slinavk, tudi po radioterapiji. Ustna votlina je naseljena z raznovrstnimi bakterijami, ki običajno ne povzročajo težav in celo preprečujejo porast drugih vrst patogenov. Ob oslabljeni funkciji imunskega sistema zaradi neke bolezni ali sistemskega zdravljenja se lahko poveča patogenost teh mikroorganizmov. To vodi k lokalni **infekciji** in se lahko nadaljuje v sekundarno in celo sistemsko okužbo, kadar je sluznična bariera poškodovana. **Halitoza** ali slab zadah iz ust je zelo moteč za pacienta in okolico. Vzrok je lahko fiziološki (ostanki hrane, epitelijske celice, krvne celice, slina) ali patološki (npr. infekcija, vnetje, maligna bolezen). Težavo odpravijo ali zmanjšajo dosledno krtačenje jezika s krtačko oz. čiščenje s strgalom za jezik, dieta, prenehanje kajenja, uporaba ustnih vod in predvsem zdravljenje osnovnega razloga. Osnovni razlog halitoze lahko izhaja iz vseh organskih sistemih, ki se nahajajo v tej regiji, najpogosteje pa je vzrok dentalni. Tudi kronična obstipacija lahko povzroči obložen jezik in slab zadah.

Glavni namen ustne nege je vzdrževati usta v dobrem stanju, kar pomeni:

- doseči in vzdrževati sluznico čisto, mehko, vlažno in intaktno ter preprečiti infekcijo
- odstraniti ostanke hrane in zobne obloge, brez poškodb dlesni
- preprečevati nastanek zobnih oblog, oblog na sluznici, zobne gnilobe, vnetij in okužb
- stimulirati tkivo ustne votline
- zagotoviti dobro počutje pacienta, zmanjšati neudobje in bolečino
- poudariti pomen vnosa hrane in tekočin skozi usta
- preprečiti halitozo (slab zadah iz ust) in osvežiti usta (prilagojeno po Quinn, 2008, Bergman, 1995 in Kite in Pearson, 1995).

Kompetence za izvajanje postopka ustne nege imajo zdravstveni tehnik, zdravstveni tehnik – pripravnik in medicinska sestra in medicinska sestra – pripravnik. Med sabo se različni postopki ustne nege zelo razlikujejo, ker morajo biti prilagojeni potrebi pacienta.

OCENA STANJA USTNE VOTLINE

Osnova za vsak postopek, ki ga medicinska sestra izvede, je ocena stanja pacienta. Glede na to oceno se medicinska sestra odloči, kako bo izvedla ustno nego in katere pripravke in pripomočke bo uporabila. Za oceno stanja ustne votline obstaja veliko število ocenjevalnih lestvic. Večino so razvite za uporabo na onkoloških oddelkih ali enotah intenzivne nege in terapije.

Ocena stanja ustne votline vključuje oceno vseh v ustih prisotnih struktur. Zdrav **jezik** je rožnat, vlažen z vidnimi papilami. Preveriti je treba, če je jezik svetleč, rdeč in brez papil ali razpokan, z mehurji, obložen. Pogosto je prisotna tudi bela vegetacija na jeziku, ki je ni moč odstraniti (gliva Kandida), pa tudi rdečina, ulceracije in lupljenje jezika. Ocenjuje se **sluznico** celotne ustne votline. Sluznica naj bi bila rožnata in vlažna, brez ulceracij in krvavitev, pordelosti in oblog. Pregledati je potrebno lične dele sluznice, trdo nebo, mehko nebo in področje pod jezikom zaradi eventualnih sprememb sluznice in prisotnih oblog. Zdrava **slina** je tekoča in vodena. Zelo pomembna je zadostna količina. Preveč sline se pojavi pri nekaterih dojenčkih, ko jim rastejo mlečni zobje. Pozoren je potrebno biti na gosto, lepljivo slino in posebno pa še na zmanjšano količino ali odsotnost sline. Pri **dlesnih** se opazuje barva, rob dlesni, hiperplazijo in krvavitve na robu dlesni. Če ima pacient stalno zobno protezo lahko na tem delu pride do otiščancev, odrgnin in podobnega zaradi neprilagojenosti proteze. **Zobje** naj bi bili čisti, pomembna je količina zobnih oblog in prisotnost ter obseg kariesa. Pri **ustnicah** in ustnem kotičku se opazuje izgled tkiva, ki naj bi bilo gladko, rožnato in vlažno. Preveriti je potrebno tudi, če ima pacient suhe, razpokane ustnice, lahko s prisotnimi ulceracijami in krvavitvijo. Prav tako je potrebno zabeležiti spremembo glasu in spremembe pri požiranju. Ocenjuje se tudi prisotnost in dinamiko bolečine.

NAČRTOVANJE POSTOPKA USTNA NEGA

Pri načrtovanju izvedb postopka je potrebno poleg ocene ustne votline poznati tudi mentalni in prehranski status pacienta ter njegove pridružene medicinske diagnoze. Ustno nego je potrebno izvajati po vsakem obroku in pred spanjem ter po potrebi pogosteje. Pogostost se prilagodi potrebam pacienta. Mehanska ventilacija, dihanje skozi usta, dolgotrajno zdravljenje s kisikom, aspiracije, odsotnost hranjenja per os zahteva izvajanje ustne nege tudi zelo pogosto. Navedeni vzroki pri zdravem človeku izsušijo ustno sluznico že v eni uri. Raziskave so pokazale, da se je incidenca hujših težav z ustno votlino zmanjšala bolj zaradi števila ustnih neg kot zaradi pripravkov, ki so jih uporabljali (Quinn, 2008). Ustno nego pogosto ni mogoče izvajati enkrat na uro. V različnih študijah se niti niso jasno opredelili, kaj naj bi bila najbolj učinkovita pogostnost. Nekateri

predlagajo dvourne intervale, nekateri štiriurne intervale, po vseh obrokih in pred spanjem. Pokazalo se je, da izvajanje ustne nega na 4h zmanjša možnost okužbe. Kadar je ustna nega izvajana na 2h, se zmanjša število blažjih komplikacij in zagotavljamo udobje pacienta. Na 1h pa je priporočljiva, kadar ima pacient kisikovo terapijo, če diha skozi usta, ima inficirana usta in je nezavesten (intubiran ali umirajoč)(Quinn, 2008). Za organizacijo dela je zagotavljanje urnega izvajanja ustne nege zagotovo precejšen izziv. Realno bi bilo pričakovati izvajanje ustne nege vsake 4 ure. Vmes med štiriurnim intervalom se lahko ustno nego nadomesti z urnim ali pogostejšim vlaženjem ust. Zelo pogosto ščetkanje sluznice bi lahko vodilo tudi do poškodb.

PRIPRAVKI

Na voljo so različni pripravki, izbiro je treba prilagoditi individualnim potrebam pacienta. Sredstva z zdravilnim učinkom se uporabi samo po zdravnikovem naročilu.

Zeliščni čaji, ki se največ uporabljajo so kamilica, žajbelj in rožmarin. Pripravljeni morajo biti po navodilu in sveže skuhani. Imajo blago protivnetno delovanje. **Fiziološka raztopina** ali 0,9% NaCl je izotonična raztopina. Bolj koncentrirane raztopine lahko dražijo sluznico, kadar je pacient imunsko oslabljen uporabimo sterilno fiziološko raztopino. Pospešuje nastanek granulacijskega tkiva in tako pospeši zdravljenje, vendar slabo odstrani obloge in kraste. **Natrijev bikarbonat** ($NaHCO_3$) se uporablja raztopljen v vodi. Čajno žličko $NaHCO_3$ se raztopi v 500 ml tople vode. Bolj koncentrirana raztopina je neprijetnega okusa, lahko tudi poškoduje sluznico. Uporablja se za odstranjevanje zasušene sluzi, je pa neučinkovit pri zastarelih in zasušenih oblogah. **Vodikov peroksid** uporabljamo 1,5% za izpiranje ustne votline. Mehurčki čistijo sluznico mehanično. Primeren je za nekrotične ulceracije, kraste, obloge. Povečana koncentracija kisika, ki nastane ob razpadu vodikovega peroksida zavira rast anaerobov. Poškoduje sveže granulirajoče tkivo in je neprimeren za pacienta s stomatitisom. Po spiranju s vodikovim peroksidom je nujno tudi spiranje s toplo fiziološko. Ta pripravek se uporablja zelo redko pri ustni negi. **Vatirane palčke z limono in glicerinom** stimulirajo produkcijo sline. Uporabljalo naj bi se jih največ 48h, ker lahko navsezadnje povzročijo zmanjšanje delovanja žlez slinavk. Na tržišču so dostopne tudi številne **ustne vode** npr. Biotene in Tantum verde. Slednjega se v zadnjih letih veliko uporablja tudi v UKC LJ. Tantum verde je 0,15% raztopina benzidamina za grgranje. Deluje protivnetno in lokalno protibolečinsko. Spada med nesteroidne antirevmatične učinkovine. Veliko ustnih vod vsebuje fluoride (največkrat natrijev fluorid). Ta pomaga preprečevati in ustaviti zobno gnilobo, demineralizacijo in dekalcifikacijo zob. Po uporabi fluorirane ustne vode se ne sme zaužiti tekočin in hrane vsaj pol ure, da se doseže željen učinek na sklernino. **Hexoral** je antiseptično sredstvo, 0,1% raztopina heksetedina, deluje antibakterijsko in antimikotično. Zmanjša halitozo, uporablja se pri vnetju dlesni, aftah, stomatitisu, poškodbah v ustni votlini. Ker vsebuje zdravilne učinkovite, se ga daje izključno po navodilu zdravnika. Draži sluznico in povzroča spremembe okusa. Uporablja se tudi 0,1% do 0,5% koncentracija **klorheksidinijevega diglukonata** v vodi, ki preprečuje vnetje obzobnega tkiva in nastajanje plaka. Kot ustna voda je primeren za paciente, ki si ne morejo sami očistiti zob z zobno krtačko. Ima neprijeten zbadajoč in pekoč okus, pri

dolgotrajni uporabi obarva zobe rjavkasto. Alkoholno raztopino klorheksidinijevega diglukonata se uporablja za razkuževanje zobnih protez zaradi dobre antimikrobne aktivnosti. Pripravek se uporablja predvsem pri bolnikih z umetno dihalno potjo zaradi preprečevanja pljučnic povezanih z mehansko ventilacijo. **Glicerin** vlaži, če ga nanesemo v koncentraciji 40% ali več pa že lahko dehidrira sluznico. Odstranjuje zastarele obloge in tkiva. Običajno uporabljamo 10% boraks v glicerolu. Vazelin ali **ceratum labiale** se uporablja za nego ustnic. Lahko se uporabi tudi olivno olje ali med, ki prepreči izsuševanje sluznice pri dihanju.

PRIPOMOČKI

Ker obstaja veliko različnih načinov izvedbe ustne nege, se medicinska sestra že pri oceni stanja ustne votline odloči katere pripomočke in pripravke bo uporabila za izvedbo. Pripravi si samo tiste pripomočke, ki jih bo uporabila.

Zobna ščetka omogoča najbolje odstranjevanje zobnih oblog, ostankov hrane, masira dlesni, pospeši njihovo prekrvavitev. Usta ohranja sveža. Praviloma se uporabi majhne ščetke z mehkimi ščetinami. V UKC LJ zobne krtačke in paste niso dostopne in se uporabijo pacientove. Posebno pozornost zahteva vzdrževanje teh pripomočkov, ker so za večkratno uporabo. Priporočljivo je, da za ustno nego kadar je le mogoče uporabimo zobno ščetko (Kite, Pearson, 1995). **Čistilne gobice** so praktične za uporabo, omogočajo nežno čiščenje občutljive in poškodovane sluznice. Oblog med zobmi in na zobeh ne odstranijo dobro. **Set za ustno nego** vsebuje pean, lesen loparček in 8 malih tamponov. Po trije tamponi so namenjeni za zgornje in spodnje zobe (lična, jezična in grizna ploskev), ter po en tampon za jezik in trdo nebo. Kadar medicinska sestra oceni, da bo potrebovala več tamponov, si pripravi dodatne posebej pakirane tampone. V **zloženec ovit prst** predstavlja dobro rešitev za čiščenje oblog mehkih tkiv, posebno pri brezzobih pacientih. Ta način je predvsem primeren kadar je pacient sodelujoč ali sediran, da ne pride do ugriza.

IZVEDBA POSTOPKA: USTNA NEGA

Priprava pripomočkov:
- set za ustno nego

ali
- zobna ščetka in pasta, ev. zobna nitka in loparček

ali
- 4 x zloženci 7x7 (pakirani po 2) in loparček

ali
- čistilne gobice in loparček

in
- tasa
- kozarec
- pripravek za ustno nego

- sredstvo za nego ustnic
- pripravek za nego zobne proteze
- ledvička
- zaščitne nesterilne rokavice
- posoda za zobno protezo označena z imenom in priimkom pacienta
- ščetka za protezo
- papirnati robčki
- zaščitna podloga ali brisača
- koš za zdravstvene odpadke
- žepna svetilka
- voziček, če nimamo ustrezne druge delovne in odlagalne površine
- razkuževalnik za inštrumente, če uporabimo set za ustno nego
- pripravek za zmanjšanje težav sluznice.

Izvedba:

IZVEDBA	**UTEMELJITEV**
Priprava pacienta	
Pacientu razložimo in se z njim dogovorimo o poteku postopka. Upoštevamo njegove navade in kulturne vidike. Če je mogoče, pacienta spodbudimo, da bo sam opravil ustno nego. Pacientu zagotovimo zasebnost. Pacienta namestimo v primeren položaj (sedeč, polsedeč, pol bočni).	Pacienta pridobimo oz. poskušamo ga pridobiti za sodelovanje. Ugotovimo, da pacient razume poseg in da se z njim strinja. Omogočimo pacientu, da pridobi samozavest za samooskrbo. Ustna votlina je intimno področje človeka. Položaj naj ustreza pacientovemu stanju in počutju.
Priprava izvajalca – diplomirane medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika	
Umijemo in razkužimo si roke.	Zmanjšamo nevarnost prenosa okužbe.
Priprava pripomočkov	
Pripravimo si vse pripomočke. Pazimo na njihovo razporeditev na delovni površini.	Pripravek pripravimo neposredno, da je učinek večji in manjša možnost kontaminacije.
Izvedba z zobno ščetko	
Pod brado in okoli vratu namestimo zaščitno podlogo oz. brisačo.	Zaščitimo pacienta pred njegovimi izločki.
Nataknemo si zaščitne rokavice.	Zaščitimo sebe pred pacientovimi izločki.
Če pacient ne more sam odstraniti zobne proteze, mu jo odstranimo. Z robčkom z rahlim pomikanjem najprej odstranimo zgornjo protezo in nato še spodnjo. Protezi odložimo v posodico za protezo.	Za učinkovito ustno nego mora biti zobna proteza odstranjena. Robček uporabimo, ker nam omogoča boljši prijem. Pomikanje omogoči, da se zobna proteza odsesa od podlage.
Izvedemo oceno ustne votline in si pri tem pomagamo z loparčkom in svetilko. Namesto loparčka lahko uporabimo tudi na prst navit zloženec.	Ugotovimo stanje ustne votline. Usta pregledamo, da opazimo spremembe sluznice, čistosti, infekcije, ev. krvavitve, ulceracije.

Z mehko zobno ščetko in zobno pasto očistimo pacientove zobe. Če je pacient brez zob, izberemo najmehkejšo krtačko in zelo nežno masiramo dlesni. Če obstaja nevarnost krvavitve na dlesni uporabimo čistilne gobice ali na prst navit zloženec. Med čiščenjem zelo pazimo, da ne pride do poškodb s ščetko ali njenim ročajem.	Odstraniti zobne obloge in ostanke hrane. Krtačenje stimulira dlesni, da ohranijo tonus in pospeši cirkulacijo krvi.
Krtačimo od dlesni proti konici zoba. Grizne ploskve krtačimo s krožnimi gibi.	
Splakovanje z vodo. Robček naj bo na dosegu roke.	Zagotovimo odstranjevanje oblog in zobne paste.
Če pacient ne more sam splakniti ust, zobe splaknemo s splaknjeno zobno ščetko ali z gobicami.	
Če stanje sluznice zahteva ukrepanje, sluznico ustne votline in jezik namažemo s pripravkom glede na namen uporabe posameznega pripravka. Nanašamo s čistilno gobico ali vatirano palčko.	Preprečujemo nadaljnje razvoj težave in hkrati rešujemo nastalo situacijo.
Nega ustnic	Zaščitimo ustnice
Zobno protezo dobro skrtačimo s ščetko za protezo. 1. Ponoči naj bo pacient brez zobne proteze – hranimo jo v posodici za protezo, prelito z vodo oz . posebno čistilno tekočino. 2. Čez dan pacientu vrnemo zobno protezo. Protezo namestimo v usta, če si je sam ne more. Pri glivični okužbi ustne votline, namakamo zobno protezo v alkoholni raztopini klorheksidinijevega diglukonata	Ostanki hrane na protezi dražijo sluznico. Protezo čistimo, da se prepreči nastanek oblog na njej.
Očistimo pripomočke za ustno nego, zobno ščetko dobro speremo, shranimo tako, da se suši.	Zobna ščetka lahko postane gojišče bakterij.
Preostali pripravek (npr. ustno vodo, čaj) zavržemo.	Uporaben je samo svež pripravek.
Odstranimo rokavice, razkužimo roke.	Rokavice so bile v stiku z izločki. Prehod v bolj čisto področje. Preprečimo prenos infekta.
Uredimo pacienta, ga namestimo v ustrezen položaj in si razkužimo roke.	Preprečimo prenos infekta.
Pospravimo pripomočke in pri tem pazimo na ločevanje čistega in nečistega. Najprej pospravimo čiste pripomočke, nato bolnikove lastne stvari in čisto na koncu odpadke.	Preprečimo prenos infekta. Poskrbimo za urejen delovni prostor.
Razkužimo roke, nadenemo si eno rokavico in	Preprečimo prenos infekta.

vzamemo 3 brisačke za površine. Brisačke držimo v orokavičeni roki in jih namočimo s 0,25% Surfanios Citron - razkužilo za površine.	Zaščitimo zaradi toksičnega učinka razkužila za površine ne kožo.
Obposteljno mizico in taso razkužimo s 0,25% Surfanios Citron	Preprečimo prenos infekta
Dokumentiramo postopek in opažanja	

(prilagojeno po Quinn, 2008 in Bergman, 1995)

3. ZAKLJUČEK

Ustna nega vključuje zdravstveno vzgojo in podporo pacienta pri izvajanju ustne nege, primerno pogostnost v kombinaciji z vlaženjem ust. Na tem področju v literaturi tudi ni konsenza. Potrebne so študije, da bi ugotovili najboljše izide pri pacientih. Medicinske sestre se morajo tudi bolj zavedati pomena tega postopka. Sedanji standard UKC LJ je potrebno obnoviti, predvsem zaradi novih pripravkov, ki so na voljo in novih ugotovitev na tem področju.

4. LITERATURA

1. Abidia RF. *Oral Care in the Intensive Care Unit: A review.* The Journal of Contemporary Dental Practice 2007, Vol 8 (1): 76-82.
2. Bergman S. *Zbirka standardov: postopkov zdravstvene nege in medicinsko tehničnih posegov.* Klinični center Ljubljana, Služba zdravstvene nege, 1995.
3. Kite K, Pearson LA. *Rationale for mouth care: the integration of theory with practice.* Intensive Crit Care Nurs 1995; 11: 71-76.
4. North Glasgow University Hospitals NHS Division. Clinical Procedure Manual Section A – General Procedure Guidelines dostopno na: http://library.nhsgg.org.uk/mediaAssets/Nursing%20and%20Midwifery/ 1.10%20-%20Oral%20Care.pdf, 1.4.2009.
5. Ouinn B. *Personal hygiene: mouth care.* Ch 32. v Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden hospital Manual of Clinical nursing Procedures 7th Ed. Singapore: Wiley Blackwell, 2008.

VZDRŽEVANJE PROTETIČNIH IZDELKOV

asist. mag. Rok Zupančič, dr. dent. med.
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
Katedra za stomatološko protetiko
rok.zupancic@mf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Za trajnost protetičnih nadomestkov zob in ohranjanje zdravja ustne votline je potrebno njihovo redno vzdrževanje, predvsem odstranjevanje zobnih oblog in kontrole pri zobozdravniku.

KLJUČNE BESEDE: zobne proteze, mostički, implantati, ustna higiena

Zobje kot sestavni del širše funkcionalne celote, imenovane stomatognatni sistem, sodelujejo pri opravljanju številnih funkcij (grizenje, žvečenje, požiranje, formiranje glasov in zaznavanje) ter imajo pomembno vlogo pri izgledu in socialnem komuniciranju ljudi (Marion,1995). Najpogostejši vzroki izgube zob so karies, bolezni obzobnih tkiv in poškodbe, odsotnost zob pa je lahko tudi posledica manjkajočih zasnov oziroma prirojenih nepravilnosti. Zobe lahko nadomestimo s protetičnimi izdelki in tako ponovno omogočimo normalno delovanje stomatognatnega sistema, kar pomembno vpliva na kvaliteto življenja ljudi (Allen in McMillan, 2003; Strassburger in sod., (2006)
Protetični nadomestki zob so lahko fiksni, torej trajno cementirani na nosilne zobe ali implantate, ali snemni, katere lahko vzamemo iz ust. Zahtevnost nadomeščanja zob je v veliki meri odvisna od anatomskih pogojev, predvsem od biološke vrednosti in razporeditve preostalih zob, ki so lahko nosilci protetičnih del in brezzobega čeljustnega grebena. Od vrste in kvalitete protetične oskrbe, ki vpliva na sposobnost žvečenja, so odvisne prehranjevalne navade ljudi (Bradbury in sod., 2008).

Zobne obloge, ki povzročajo bolezni zob in obzobnih tkiv se enako ali še v večji meri kot na naravne zobe nalagajo tudi na površino protetičnih izdelkov. Vzdrževanje protetičnih izdelkov je usmerjeno predvsem k rednemu odstranjevanju teh oblog. Ustna higiena pri ljudeh s protetičnimi nadomestki zob običajno zahteva več časa in spretnosti kot pri ljudeh z naravnimi zobmi. Pri fiksnoprotetičnih izdelkih je pomembno predvsem čiščenje robnega področja, saj zobne obloge ob robovih prevlek in mostičkov povzročijo karies in vnetje obzobnih tkiv, kar pogosto vodi v neuspeh protetičnega izdelka ali celo v izgubo nosilnega zoba.

Obloge na površinah snemnih protez lahko povzročajo vnetja ustne sluznice, katerih povzročitelji so največkrat nekatere vrste glivic Candida (Šušterčič in Funduk, 1995). Takšna vnetja imenujemo protetični stomatitis in so precej pogosta, saj se pojavljajo pri približno polovici ljudi z zgornjo totalno protezo (Pinto in sod., 2008). Z okužene ustne sluznice se glivice hitro naselijo tudi na površino proteze in zaradi poroznosti akrilata prodrejo v globino. Zato za zdravljenje protetičnega stomatitisa ni dovolj samo odstranjevanje glivičnih oblog z ustne sluznice, ampak je potrebna tudi dezinfekcija in podlaganje ali izdelava nove proteze (Buergers in sod., 2008).

Ustna higiena pri pacientih s fiksnoprotetičnimi nadomestki zob se le malo razlikuje od ustne higiene pri ljudeh z naravnimi zobmi. Glavni pripomočki so zelo podobni ali enaki (zobne ščetke, medzobne ščetke in zobne nitke). Pomembno je redno mehansko čiščenje zobnih oblog z vseh površin zob in zobnih nadomestkov. V primerih, ko zaradi povezave večih zob s protetičnim izdelkom dostop do medzobnega prostora z okluzalne strani ni mogoč (mostički ali povezane prevleke), je potrebna uporaba ustreznih medzobnih ščetk in prilagojenih zobnih nitk.

Tudi pri pacientih s snemnoprotetičnimi izdelki higiena temelji na mehanskem odstranjevanju oblog. Čiščenje nosilnih oziroma sidrnih zob je seveda enako kot pri pacientih s fiksnoprotetičnimi izdelki. Priporočljivo je tudi krtačenje sluznice brezzobih predelov čeljusti in jezika z mehko krtačko. Snemne proteze so večinoma izdelane iz akrilata, ki je slabše odporen proti obrabi kot fiksnoprotetični izdelki. Abrazivni delci v zobnih kremah lahko povzročijo obrabo akrilatnih površin, zato priporočamo čiščenje protez s tekočim milom ali detergentom in mehko krtačko. Mehansko čiščenje je priporočljivo dopolniti z uporabo kemičnih čistilnih sredstev (Jagger in Harrison, 1995; Paranhos in sod., 2007). Ta so večinoma na voljo v obliki tablet, ki jih raztopimo v vodi in vanjo za določen čas potopimo protezo. Tablete vsebujejo različne aktivne sestavine: alkalni peroksidi s sproščanjem kisikovih mehurčkov pomagajo odstranjevati mehke obloge s protez, encimski preparati prispevajo h kemični razgradnji oblog, hipokloriti delujejo proti mikroorganizmom, kisline pa raztapljajo trde obloge na protezah. Učinkovito je tudi namakanje snemne proteze preko noči v 10% vinski kis, ki raztaplja trde obloge in prispeva k preprečevanju glivičnih infekcij (Pinto in sod., 2008).

Poleg odstranjevanja zobnih oblog so za vzdrževanje protetičnih izdelkov potrebne tudi redne kontrole pri zobozdravniku, ki s kliničnim pregledom in morebitnimi dodatnimi preiskavami ugotavlja njihovo ustreznost. Z občasnimi manjšimi posegi (odstranjevanje trdih zobnih oblog, podložitve, menjava retencijskih elementov) lahko podaljšamo trajnost protetičnih izdelkov.

LITERATURA:

1. Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. Clin Oral Implants Res 2003; 14: 173-9.

2. Bradbury J, Thomason JM, Jepson NJ, Walls AW, Mulvaney CE, Allen PF, Moynihan PJ. Perceived chewing ability and intake of fruit and vegetables. J Dent Res 2008; 87: 720-5.
3. Buergers R, Rosentritt M, Schneider-Brachert W, Behr M, Handel G, Hahnel S. Efficacy of denture disinfection methods in controlling Candida albicans colonization in vitro. Acta Odontol Scand 2008; 66: 174-80.
4. Jagger DC, Harrison A. Denture cleansing--the best approach. Br Dent J 1995; 178: 413-7.
5. Marion L. Uvod v gnatološko morfologijo.Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1995.
6. Paranhos HF, Silva-Lovato CH, Souza RF, Cruz PC, Freitas KM, Peracini A. Effects of mechanical and chemical methods on denture biofilm accumulation. J Oral Rehabil 2007; 34: 606-12.
7. Pinto TMS, Neves ACC, Leao MVP, Jorge AOC. Vinegar as an antimicrobial agent for control of Candida spp in complete denture wearers. J Appl Oral Sci 2008; 16: 385-90.
8. Strassburger C, Kerschbaum T, Heydecke G. Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: A literature review. Part 2: Qualitative analysis and evaluation of the studies. Int J Prosthodont 2006; 19: 339-48.
9. Šušterčič R, Funduk N. Higiena snemnoprotetičnih izdelkov. Zobozdrav Vestn 1995; 50: 205-8.

RAZTOPINE, KI SE UPORABLJAJO PRI ZN USTNE VOTLINE, NJIHOV UČINEK IN INDIKACIJE ZA UPORABO

Vida Oražem, DMS
UKC – Interna klinika; Klinični oddelek za hematologijo, Zaloška cesta 7, Ljubljana
orazem.vida@siol.net

POVZETEK

Vnetje ustne sluznice se največkrat pojavi pri bolnikih, ki jih zdravimo s citostatiki ali obsevanjem. Učinkovitega načina za preprečitev vnetja ustne sluznice še ne poznamo. Obstaja pa veliko raztopin, zdravil in lekarniških pripravkov, s katerimi lahko obstoječe vnetje zdravimo tako, da bolniku omilimo težave, preprečimo okužbe in pospešimo hitrejšo regeneracijo tkiva. Z rednim negovanjem ustne sluznice lahko preprečimo hujše oblike vnetja ustne sluznice.

Ključne besede: raztopine, zdravila, mukositis vnetje ustne sluznice, zdravstvena nega.

UVOD

Na Kliničnem oddelku za hematologijo se medicinske sestre vsakodnevno srečujemo z bolniki, ki potrebujejo kakovostno oskrbo ustne sluznice. Med najpomembnejše dejavnike sodijo preventivni ukrepi z izpiranjem ustne sluznice, s katerim preprečujemo boleče vnetje ustne sluznice ali tako imenovan mukositis. Potrebno jo je načrtovati že v okviru zdravstvene nege.
Vnetna reakcija ustne sluznice in mehkega tkiva, ki se pojavi kot posledica učinkov kemoterapije, lahko privede do razjed, krvavitev in sekundarne infekcije. Vnetje ustne sluznice je lahko zelo neprijetno in boleče. Razvrstimo ga v štirih stopnjah po kriterijih Svetovne zdravstvene organizacije. Študije navajajo, da se razvije pri skoraj 40% bolnikov, ki prejemajo citostatike.
S skrbno higieno ustne preprečujemo hude oblike vnetja ustne sluznice ter hitrejšo regeneracijo poškodovanega tkiva. Zdravstvena nega bolnika s prizadeto ustno sluznico je vedno načrtovana individualno in glede na ugotovljeno stopnjo mukositisa zdravljena v zgodnji fazi po presoji medicinske sestre, hujša stanja pa v dogovoru z lečečim zdravnikom.

Kljub nekaterim kliničnim in ekonomskim učinkom še vedno ni potrjene terapije za mucositis (Sonis, 2004).

RAZTOPINE IN ZDRAVILA, KI JIH V UPORABLJAMO ZA PREVENTIVO IN ZDRAVLJENJE VNETJA USTNE SLUZNICE:

TANTUM VERDE

Tantum verde je zdravilna raztopina za grgranje, ki deluje protivnetno, lokalno in protibolečinsko. Delovanja je usmerjeno na zdravljenje vnetja in oteženo požiranje.

Najpogostejša je uporaba pri:

- vnetja
- oteklinae v ustni sluznici
- otekline žrela
- paradentozi
- ekstrakciji zob

Navodila: Izpiranje oz. grgranje priporočljivo do 6-krat dnevno. Zaradi višje koncentracuje močnejše koncentracije ga redčimo z redestilirano vodo.

KLORHEKSIDIN

Klorheksidin je lekarniški pripravek, ki deluje baktericidno, predvsem po gramu pozitivne bakterije.

O,1% VODNA RAZTOPINA → uporabljamo za preprečitev bakterijskih zobnih oblog in gingivitisov imunsko oslabljenih bolnikih.

Najpogostejša uporaba pri:

- vnetja
- otekline v ustni sluznici
- otekline žrela
- razjede

Navodila: Izpiranje oz. grgranje in čiščenje zobnih oblog z uporabo mehkih gobic za enkratno uporabo vsaj šestkrat dnevno.

Za uspešno ustno nego je pomembno vsakodnevno opazovanje in ocenjevanje ustne sluznice.

BIOTENE

Biotene je nežna ustna voda, ki deluje protibakterijsko. Preprečuje vnetje dlesni, karies, tvorbo oblog.

Najpogostejša uporaba:

- izsušena ustna sluznica in žrelo
- čisti in blaži vnetna tkiva
- ohranja zdrave dlesni

Navodila: Izpiranje ustne sluznice in grgranje vsaj do 3 krat dnevno po 30 sekund. Bolnik jo lahko tudi pogoltne, posebej, če ima izsušeno grlo (15 ml 4- krat na dan). Po uporabi si naj ne splakuje ust. Redčenje ustne vode Biotene ni priporočljivo, razen če je bolniku njen okus premočan. V tem primeru se jo lahko razredči do 50%, vendar naj bo razredčene tekočine le toliko, kot jo potrebujemo za enkratno izpiranje.

GELCLAIRE

Gelclaire je viskozni gel, ki vsebuje polivinilpirolidon (ustvari zaščitno prevleko in pospeši celjenje), hialuronsko kislino (vlaži ustno sluznico in deluje kot mazivo), maltodekstrin in gliceretinsko kislino. Gel prekrije sluznico ust in žrela ter s tem razgaljene živčne končiče in tako olajša uživanje hrane in pijače. Z zaščitno plastjo lahko za več ur pomiri bolečino zaradi vnetja ustne sluznice.

Najpogostejša uporaba:
- bolečina
- pordelost
- oteklost
- vzdraženost sluznice,
- ranice ali razjede na notranji površini ust.

Navodila: Do 3-krat dnevno; pred uživanjem hrane ali pijače.

- Gelclaire stisnemo v kozarec, dodamo 40 ml vode in dobro premešamo.
- zadržimo v ustih in izpiramo vsaj 1 minuto, da je jezik in notranjost prevlečena z gelom,
- pogrgramo in izpljunemo
- počakamo eno uro preden kaj pojemo ali popijemo

NAHCO3 (SODA BIKARBONA) PRAŠEK Z 500 ML AQUA REDESTILATA

Deluje antimikrobno. Uporabljamo ga za zdravljenje akutnega mukositisa. Razmerje redčenja moramo uporabljati pazljivo, saj previsoka koncentracija lahko povzroči, da je ustna sluznica bolj pekoča pojav belih lis in hipertrofija papil na jeziku.

Najpogostejša uporaba:
- bolečina, pordelost
- zadebeljenost ustne sluznice
- vzdraženost ustne sluznice

- odstrani neprijeten vonj
- uravnava ph sluznice

Navodila: Najmanj 3-krat dnevno; 1gram NAHCO3 v obliki praška redčimo z 500 ml redestilirane vode.

ŽAJBELJ

Delovanje žajblja na celjenje ustne sluznice je že dolgo poznano. Deluje blago, protivnetno, odstranjuje manjše obloge.
Najpogostejša uporaba:

- pordelost, suhost
- zadebeljenost ustne sluznice
- vzdraženost ustne sluznice
- manjše obloge ustne sluznice

Navodila: Najpomembnejše je vzdrževanje vlažnosti ustne sluznice. Žajbljevo delovanje ima blagodejen vpliv in pomembno je, da bolnik tudi do 10 krat dnevno izpira ustno sluznico.

LEDENE KOCKE

Hlajenje povzroči vazokonstrikcijo in s tem ohranja izpostavljenost citostatikom in posledično manjšo okvaro sluznice.

MINERALNA VODA

Večkratno grgranje in izpiranje pospeši tvorbo sline in boljši občutek v ustih.

ŽVEČILNI GUMI BREZ SLADKORJA

Uporablja se redkeje - preventivno pri zdravi sluznici za pridobivanje sline.
ZDRAVILA

CYKLOKAPRON – uporabiljamo za preprečevanje krvavitev v ustni votlini ali izdrtju zob. (npr. hemofiliki).

Najpogostejša uporaba:
- krvavitev sluznic
- ekstrakcija zobovja (hemofiliki)

Navodila: Ampulo Cyklokaprona razredčimo z 100 ml fiziološke raztopine. Izpiramo do šestkrat dnevno. Pri ekstrakciji zob lahko navlažimo tampon z Cyklokapron ampulo, ki ga bolnik drži med zobovjem.

DAKTARIN ORALNI GEL – preprečevanje glivičnih okužb

Najpogostejša uporaba:

- Okvara sluznice požiralnika - ezofagitis
- Pojav glivic po jeziku in sluznicah

Navodila: Držimo se navodil lečečega zdravnika. Bolniku ponudimo eno žličko oralnega gela na jezik, po narejeni ustni negi - 6 krat dnevno.

VALTREX TABLETE – priporočilo med zdravljenjem

Pri bolnikih, ki prejemajo intenzivno usmerjeno zdravljenje (PKMC, CAMPATH) pride pogosto do okužbe sluznic z virusom Herpes simplexa. Profilaktično uporabljamo aciklovir ali Valtreks.

KEPIVANCE - rastni faktor za keratinocite (celice ploščatega epitelija)

Zdravilna učinkovina zdravila Kepivance je palifermin, rastni faktor, ki spodbuja povrhnjico ustne votline in prebavil k rasti in razvoju, ter je zelo podoben naravnemu rastnemu faktorju.

Telo navadno nadomesti celice povrhnjice vsakih nekaj dni. Pri bolnikih, ki prejemajo kemoterapijo ali radioterapijo, se celice ne nadomeščajo tako hitro, kar pripelje do razvoja mukozitisa.

Z uporabo rekombinantnega dejavnika rasti humanih keratinocitov - paliferminom bistveno skrajšamo trajanje vnetja sluznice hude stopnje, prav tako pa tudi pojavljane v težki obliki (Pretnar, 2005).

Najpogostejša uporaba:
- ob presaditvi PKMC
- po presaditvi PKMC

Navodila: Držimo se navodil lečečega zdravnika in predpisane terapije. Praviloma se zdravilo aplicira 3 krat pred začetkom priprave na PKMC (zadnja doza vsaj 24 ur pred mielosupresivno terapijo) ter 3 krat po presaditvi PKMC intravenozno.

RAZPRAVA

Načrtovanje kakovostne ustne zdravstvene nege je pri bolniku s pričakovanim ali razvijajočim se vnetjem ustne sluznice pomemben dejavnik, ki vpliva na bolnikovo fizično in psihično počutje. Pomembno je poznavanje raztopin, zdravil ter lekarniških

pripravkov. Zato je dolžnost medicinske sestre, da svoje znanje prenese tudi na bolnika, ki mora redno izvajati ustno higieno, bodisi kot preventivni bodisi kot zdravstveni ukrep. Če tega bolnik ne zmore sam, ustno nego izvede medicinska sestra in poseg zabeleži v negovalno dokumentacijo.

ZAKLJUČEK

S pravilno oceno stanja bolnikove ustne sluznice in uporabo zdravilnih raztopin, pripravkov in zdravil, ki so v uporabi, lahko ublažimo najhujše oblike vnetnih stanj ter preprečimo razvoj bakterijskih okužb. Kot navaja tudi tuja literatura, specifičnega zdravila za preprečitev in zdravljenje mukozitisa ni. Preventivni ukrepi s skrbnim izvajanjem ustne higiene ter večkratnim vlaženjem ustne sluznice stanja izboljšajo in pospešijo hitrejšo regeneracijo tkiv.

LITERATURA:

1. Bellm La, Epstein JB, Rose-Ped A, Martin P, Fuchs HJ.Patient reports of complications of bone marrow transplantation.Support Care Cancer.2000;8:33-39
2. Sonis,S.T. e tal.Oral mucositis and the clinical and economic outcomes of hematopoietic stem cell transplantation. J. Clin. Oncol. 19,(2201-2205)
3. Spielberger R, Stiff P, Bensinger W ET AL. Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. N engl J Med 2004; 351:2590-8
4. Pretnar J. Novosti v zdravljenju s presaditvijo krvotvornih matičnih celic. Drugi slovensko kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hemato-onkologiji z mednarodno udeležbo. Knjiga povzetkov. Portorož 2004:138
5. Innocenti Met al. Journal of Symptom Management 2002:24 (5):456-457
6. http://www.na-vdih.si (16.02.2009)
7. http://www.lekarnar.com/Tantum-verde-raztopina... (16.02.2009)
8. http://www.krka.si/si/izdelki/recept/pil/Dakterin_gel2 (24.02.2009)
9. http://www.lekarna-lj.si/si/spletni-katalog/ponudba/zdrava-usta-in-zobje/ (18.2.2009)
10. http://www.kepivance.com/nurses/nurses.jsp, (19.3.2009)

OSKRBA USTNE VOTLINE PRI PARODONTALNIH BOLEZNIH IN DRUGIH USTNIH BOLEZNIH

doc. dr. Rok Gašperšič, dr. dent. med., specialist parodontolog,
Center za ustne bolezni in parodontologijo, Stomatološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Hrvatski trg 6, tel. 5224998. e-mail: rok.gaspersic@mf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Mikroorganizmi normalne ustne flore, ki so zbrani v bakterijskih zobnih oblogah, vplivajo na ustno zdravje, razširijo pa se lahko tudi na druge dele ust in telesa. Količino bakterijskih zobnih oblog je možno zmanjšati s pravilno tehniko čiščenja zob in na ta način preprečiti razvoj bolezni zob in obzobnih tkiv, izboljšati zdravljenje drugih ustnih bolezni ter zmanjšati možnost širjenja drugam. Ob nezadostnem čiščenju roba dlesni se količina bakterijskih zobnih oblog na tem mestu poveča, v dlesni pa nastane vnetna reakcija – kronični gingivitis. Nezdravljen kronični gingivitis pri nekaterih osebah povzroči propad povezave med obzobnimi tkivi in zobno korenino – parodontalno bolezen. Ob gingivitisu in parodontitisu se v bakterijskih zobnih oblogah poveča delež patogenih bakterij, tudi takšnih, ki so znane povzročiteljice pljučnice in infekcijskega endokarditisa. Za razvoj parodontalne bolezni in ustne kandidiaze pa so še posebej dovzetne osebe z oslabljenimi obrambnimi mehanizmi (pomanjkanje sline, imunska oslabelost) in osebe, ki ustne higiene zaradi telesne ali duševne prizadetosti ne morejo izvajati. Pri zdravljenju parodontalnih bolezni in drugih ustnih bolezni sta zato poznavanje postopkov pravilne ustne higiene in motivacija za njeno izvajanje temeljnega pomena. Ni še enotnega, z dokazi podprtega protokola, kako naj bi se osebam, ki tega ne zmorejo same, pomagalo pri vzdrževanju pravilne ustne higiene. Pri tem lahko pomaga tudi izobraženost strokovnjakov za zdravstveno nego, ki lahko nadzirajo ustreznost ustne higiene, vzpodbujajo k pravilnemu čiščenju, svetujejo uporabo električnih zobnih ščetk ter v posebnih primerih tudi pripravkov s klorheksidinom.

Ključne besede: gingivitis, parodontitis, kandidiaza, razjede, ustne bolezni

UVOD

Površina zoba, prostori med zobmi, razvojne brazde in jamice na površini griznih ploskev zob, prostor med dlesnijo in zobom (dlesnin žleb ali obzobni žep), jezik, lična sluznica, nebna sluznica in slina so področja, ki vsako s svojimi značilnostmi predstavlja posebno ekološko nišo, naseljeno s specifično populacijo mikroorganizmov normalne ustne flore. Površino zob, plomb in protetičnih izdelkov pokrivajo različne obloge: bakterijske zobne obloge, zobni kamen, madeži in druge. Bakterijske zobne obloge (plak) so organiziran skupek čvrsto pritrjenih bakterijskih kolonij (biofilm), ki pokriva površino zob in

naseljuje prostor med zobom in dlesnijo (dlesnin žleb). En kubični milimeter bakterijskih zobnih oblog vsebuje približno 100 milijonov pretežno neškodljivih bakterij (približno 400 različnih). Pri sistemsko zdravi osebi, ki redno in pravilno izvaja postopke ustne higiene, se med obrambnimi mehanizmi telesa in bakterijami zobnih oblog vzpostavi ravnotežno stanje, kompatibilno z zdravjem zob in obzobnih tkiv. To razmerje pa je zaradi neprestanega spreminjanja učinkovitosti odstranjevanja oblog, obrambne sposobnosti, vnašanja hrane ter vstopanja novih mikroorganizmov vseskozi podvrženo spremembam in prilagoditvam, kar lahko delež patogenih bakterij v zobnih oblogah poveča. Med posameznimi ekološkimi nišami ustne votline lahko bakterije tudi prehajajo. Bakterijske zobne obloge zaradi številčnosti predstavljajo najpomembnejši rezervoar potencialno patogenih bakterij, ki ob neugodnih razmerah povzročajo bolezni v ustni votlini in zelo verjetno tudi na drugih delih telesa (pljučnica, infekcijski endokarditis) (1, 2, 3).

Bakterijske zobne obloge, ki pokrivajo zobe, prostore med zobmi in brazde ter jamice na površini griznih ploskev, so glavni vzrok za nastanek zobnega kariesa, tiste obloge, ki se zadržujejo ob robu dlesni in v dlesninem žlebu, pa so glavni razlog za nastanek bolezni obzobnih tkiv, kot sta gingivitis in parodontitis. Ob zdravih obzobnih tkivih so bakterijske zobne obloge sestavljene večinoma iz po Gramu pozitivnih, negibljivih, fakultativno anaerobnih mikroorganizmov (večinoma *Streptokokov*). Ob vnetju obzobnih tkiv se količina bakterijskih zobnih oblog poveča, njena sestava v prostoru med dlesnijo in zobom pa spremeni, tako da naraste količina anaerobnih kokov, gibljivih paličastih in filamentnih bakterij ter spirohet (1). Zobne obloge so lahko tudi pomemben rezervoar bakterij, ki povzročajo infekcije na drugih mestih. V zobnih oblogah oseb, ki živijo v domovih za ostarele, ter pacientov z intenzivnih oddelkov so našli povečano število respiratornih patogenov, kot so *S. aureus, P. aeruginosa in E. Coli* (2). Bakterije iz obzobnih žepov pa lahko že ob običajnih opravilih, kot npr. ob žvečenju hrane ali ščetkanju zob, vstopijo v kri in povzročijo infekcijo na bolj oddaljenih mestih (npr. infekcijski endokarditis) (3).

V mikrobnem biofilmu, ki pokriva površino jezika, lične in nebne sluznice, je tudi pri zdravih osebah pogosto prisotna gliva *Candida albicans* ter nekatere druge glive (*Candida tropicalis, glabrata, parapsilosis in krusei*). *C. albicans* je kot del normalne ustne flore prisotna pri približno 20 % zdravih odraslih (pogosteje pri ženskah, osebah s krvno skupino 0, osebah, ki uživajo veliko ogljikovih hidratov, osebah s protezami in kadilcih) ter približno 40 % hospitaliziranih bolnikov, kar kaže, da je sistemsko zdravje posameznika pomemben dejavnik, ki vpliva na uspešnost naselitve kandide v ustni votlini (podobno kot velja tudi za kolonizacijo respiratornih patogenov). Sistemski dejavniki (diabetes, imunska oslabelost, suha usta kot stranski učinek jemanja zdravil) pa so po drugi strani večinoma tudi povod za razvoj ustne kandidiaze (4).

V prvem delu prispevka bodo predstavljene bolezni obzobnih tkiv, ki se razvijejo v neposredni povezavi z bakterijami zobnih oblog, prisotnimi ob robu dlesni in obzobnih žepih, ter nekatere druge bolezni, nastale zaradi razrasti drugih mikroorganizmov ustne flore (ustna kandidiaza) ali v povezavi z okužbo z mikroorganizmi normalne ustne flore (razjede). V drugem delu prispevka bodo predstavljeni načini mehaničnega odstranjevanja zobnih oblog in kemične dezinfekcije ustne sluznice.

Načini mehaničnega odstranjevanja zobnih oblog in kemične dezinfekcije ustne sluznice

Parodontalne bolezni

Parodontalnih bolezni je več, večina pa se jih razvije zaradi dolgotrajne prisotnosti bakterijskega biofilma ob robu dlesni ter v prostoru med dlesnijo in zobno korenino (v dlesninem žlebu ali obzobnem žepu). Med najpogostejše s plakom povezane bolezni obzobnih tkiv spadajo kronični gingivitis (vnetje dlesni) ter kronični in agresivni parodontitis (vnetje dlesni, ki se mu pridružuje bolj ali manj hiter propad pozobnice, zobnega cementa in čeljustne kosti, ki obdaja korenino zoba). *Kronični gingivitis* je zelo pogost, saj je vsaj ob nekaterih zobeh prisoten skorajda pri vsakomur. Izrazi se s pordelostjo in otečenostjo roba dlesni, ki začne krvaveti že ob običajnih mehaničnih dražljajih (npr. žvečenju trše hrane ali ščetkanju zob), ter ustnim zadahom. Mnogokrat osebe s kroničnim gingivitisom zaradi krvavitve dlesni kritično področje čistijo še slabše, zato traja vnetje roba dlesni lahko tudi več let ali celo desetletij. Čiščenje roba dlesni ter prostora med zobom in dlesnijo pa postane še posebej oteženo v primeru prisotnosti zobnega kamna ter ko so ob robu dlesni prisotne plombe s previsi ali pa na zobeh zobne krone in mostički (1).

Kronični gingivitis se v nekaterih primerih razvije v *parodontitis*, bolezen, za katero je značilen propad povezave med zobno korenino in tkivi, ki to korenino obdajajo in sidrajo zob v čeljusti. Ocenjuje se, da se parodontitis iz kroničnega gingivitisa v različnih opazovanih populacijah razvije pri približno petini oseb. Med glavne dejavnike tveganja za razvoj *kroničnega parodontitisa* se danes prišteva okužbo z nekaterimi mikroorganizmi (npr. *Aggregibacter actinomicetemcommitans, Tannerela forsythia, Porphiromonas gingivalis, Treponema denticola*), kajenje, diabetes in dejavnike psihičnega stresa. Kronični parodontitis, ki se večinoma začne v mladosti kot kronični gingivitis, napreduje zelo počasi in povzroči izpadanje zob po petdesetem letu. Pri *agresivnem parodontitisu* pa propad obzobnih tkiv nastane že ob prisotnosti minimalne količine bakterijskih zobnih oblog, kar lahko povzroči izgubo zob že pred tridesetim letom. Povečana dovzetnost za agresivni parodontitis je v nekaterih primerih določena genetsko, npr. zaradi genetsko pogojenih minimalnih sprememb molekul, ki sodelujejo v vnetno-imunološkem odzivu proti bakterijam zobnih oblog (npr. polimorfizem gena za citokin interlevkin 1β), mnogokrat pa se vzroka zanj ne odkrije (1).

Prvi znak parodontitisa je nastanek obzobnih žepov, zaradi katerih se poveča prostor med dlesnijo in zobom, naseljen z bakterijskim biofilmom. Zaradi vnetne reakcije se v obzobnih žepih spremenijo tudi lokalne razmere, tako da se razrastejo za takšne razmere značilne anaerobne gibljive paličaste in filamentne bakterije ter spirohete. Znaki napredovalega parodontitisa so majavost zob, umik dlesni in spreminjanje položajev in na koncu izpad obolelih zob (1).

Zdravljenje parodontitisa poteka po točno določenem vrstnem redu. Prva in najpomembnejša faza zdravljenja je t. i. oralno-higienska faza (imenovana tudi začetno ali vzročno zdravljenje), med katero se paciente nauči postopkov pravilne ustne higiene, odstrani mehanične ovire za čiščenje (zobni kamen, previse plomb in umetnih zobnih kron) ter odstrani bakterijski biofilm iz obzobnih žepov (t. i. postopek luščenja in glajenja korenin). Včasih po oralnohigienski fazi sledi tudi kirurški poseg, med katerim se dlesen odmakne od zobne korenine, s površine korenine mehanično očisti biofilm bakterij, zobni

kamen in nekrotični del cementa, obzobni žep pa nekoliko zmanjša. Med kirurškim posegom se lahko na površino korenine nanese tudi posebne rastne dejavnike, s katerimi se poskuša vzpostaviti novo povezavo zoba z obzobnimi tkivi. Pri osebah s parodontitisom pa je tudi po kirurškem zdravljenju potrebno redno odstranjevanje bakterijskega biofilma iz obzobnih žepov npr.v trimesečnih ali pa polletnih intervalih (1).

Ustna kandidiaza

Ustna kandidiaza se ponavadi razvije pri osebah, pri katerih je kandida že del normalne ustne flore. Dejavniki, ki sprožijo razraščanje kandide in razvoj ustne kandidiaze, so lokalni (suha usta, slaba ustna higiena, kajenje) ali sistemski (diabetes mellitus, pomanjkanje železa, jemanje antibiotikov in kortikosteroidov ter drugih imunosupresivnih zdravil, zmanjšano delovanje obščitničnih žlez, Addisonova bolezen, maligne bolezni, obsevanje ter okužba s HIV). Za ustno kandidiazo pogosteje zbolijo novorojenčki in otroci (4, 5).

Ustna kandidiaza ima več kliničnih oblik: psevdomembranozno, eritematozno in nodularno kandidiazo ter papilarno hiperplazijo neba. Najpogostejša oblika je psevdomembranozna kandidiaza, za katero je značilen nenaden pojav blekastih odstranljivih oblog, najpogosteje na jeziku, nebu ali lični sluznici. Eritematozno kandidiazo označuje intenzivneje rdeča in pekoča sluznica hrbtišča jezika in neba. Za nodularno kandidiazo je značilen nastanek čvrste, bele, neodstranljive ploščate spremembe, najpogosteje na jeziku ali lični sluznici takoj za ustnimi koti, ki je lahko prisotna več let. Pri papilarni hipertrofiji neba se na nebu pojavijo številni drobni izrastki rdeče barve. Pri *primarni kandidiazi* so spremembe omejene na ustno sluznico, pri *sekundarni kandidiazi* pa so prizadeti tudi drugi deli telesa. S kandido pa se povezuje še nekatere druge spremembe, npr. vnetje ustnih kotov (angularni heilitis), vnetje hrbtišča jezika rombaste oblike (mediani romboidni glositis) ter protezni stomatitis (4, 5).

Zdravljenje ustne kandidiaze zajema zdravljenje osnovne bolezni, ki je povzročila razrast kandide v ustih, in uporabo topikalnih ali sistemskih protiglivičnih zdravil. Zdravljenje pa olajšajo tudi mehanični (ščetkanje jezika) in kemični (uporaba ustnih vod z dezinficiensi) postopki odstranjevanja mikroorganizmov (5).

Razjede ustne sluznice

Plitve razjede ustne sluznice so *erozije*, pri katerih je izguba površinskega epitela sluznice le delna in ni razgaljenja spodaj ležečega vezivnega tkiva. Erozije, ki se razvijejo zaradi sistemskih bolezni (lichen planus, pemphigus, pemphigoid), se razvijejo iz znotrajepitelijskega mehurčka ali mehurja, erozje pa lahko nastanejo samo zaradi mehanske poškodbe (groba hrana, trda zobna krtačka). Erozije so praviloma boleče, a se celijo hitro in brez komplikacij. Vnetje in luščenje dlesni, ki se pojavi zaradi nekaterih sistemskih bolezni (lichen planus, pemphigus, pemphigoid), se imenuje *deskvamacijski gingivitis*. Ta ovira izvajanje pravilne ustne higiene in zato pospeši nastanek drugih, s plakom povezanih parodontalnih bolezni (5, 6).

Pri globokih razjedah, imenovanih *ulkusi*, je izguba epitela popolna, pogosto pa razjeda sega v spodaj ležeče vezivno tkivo. Obstaja več vrst ulkusov, od takšnih, ki nastanejo zaradi mehaničnega draženja, pa do neoplastičnih. Najpogostejši ulkusi so reaktivne spremembe, ki nastanejo zaradi mehaničnega draženja, fizikalnih ali kemijskih dejavnikov. Ulkusi so prisotni pri virusnih okužbah (virus herpes simpleks ali virus

varicella – zoster,…), bakterijskih okužbah (akutni ulcero-nekrotični gingivitis, sifilis, gonoreja, tuberkuloza, aktinomikoza,…) ter globokih glivičnih boleznih. Najdemo jih pri stanjih, povezanih z imunsko motnjo (afte, multiformni eritem, sistemski lupus, reakcije na zdravila,…) ali ob zmanjšanjem številu nevtrofilcev (nevtropenija). Ulkus lahko nastane iz primarnih sprememb, npr. iz počene vezikule ali bule. Ulkus je lahko tudi neoplastična sprememba, ki je najpogosteje razpoznana kot ploščatocelični karcinom (6).
Med ponavljajočimi razjedami na ustni sluznici so najpogostejše afte, številne boleče plitve razjede, pokrite z rumenkasto fibrinsko membrano in ostro omejene z značilnim vnetnim rdečim robom. Pojavljajo se lahko kot *manjše afte*, velike do 10 mm, ki se celijo hitro in brez brazgotin ali kot *velike afte*, večje od 10 mm, ki so zelo boleče in ob celjenju brazgotinijo (5, 6, 7).
Zdravljenje razjed ustne sluznice je lahko vzročno (npr. odstranitev ostrega roba proteze, ki pritiska na sluznico in povzroča nastanek razjed), ponavadi pa simptomatsko (npr. nanašanje mazil s kortikosteroidi pri razjedah, nastalih zaradi imunskih motenj). Ker je celjenje razjed na ustni sluznici lahko ovirano zaradi okužbe z mikroorganizmi normalne ustne flore, je del zdravljenja vedno izboljšanje ustne higiene, ki zmanjša možnosti takšne okužbe (5, 7).

Pomen ustne higiene pri parodontalnih boleznih in boleznih ustne sluznice
Opustitev čiščenja roba dlesni povzroči nastanek kroničnega gingivitisa, ponovno natančno čiščenje pa vnetje dlesni popolnoma ozdravi. S pravilno ustno higieno je možno vplivati tudi na sestavo zobnih oblog, ki se nahajajo pod robom dlesni, in zato preprečiti oz. vplivati na hitrost napredovanja kroničnega parodontitisa. Temeljito odstranjevanje plaka z roba dlesni je pomembno tudi v fazi celjenja po parodontalno-kirurških posegih, saj le pri osebah z visoko stopnjo ustne higiene celjenje poteka nemoteno in se konča z obnovo obzobnih tkiv. Biofilma bakterijskih zobnih oblog pa se zaradi čvrste pritrjenosti na površino z zob in roba dlesni ne da odstraniti z lahkoto, saj je pritrjenost plaka tako močna, da ga ne odstrani niti vodni curek ustne prhe. Zato so za odstranjevanje plaka z roba dlesni potrebni posebni pripomočki in znanje ter spretnost izvajalca. Pri pacientih z parodontalnimi boleznimi je poznavanje pravilnih postopkov ustne higiene in motivacija za njihovo izvajanje eden od osnovnih terapevtskih ukrepov, ki ustavi napredovanje bolezni, pri drugih boleznih ustne sluznice pa pravilna ustna higiena olajša zdravljenje, ker zmanjša možnost okužbe bolezenskih žarišč (1).
Glavni pripomoček za mehanično odstranjevanje bakterijskih zobnih oblog je zobna ščetka. Učinkovitost ščetkanja je bolj kot od oblike ščetke odvisna od spretnosti uporabnika ter časa ščetkanja. Zobna ščetka naj ima starosti ter velikosti ust ustrezen ročaj in glavo (bolje manjša) ter najlonske ali poliesterske mehke ščetine premera 0,2 mm. Ni dokazov, da je določena oblika zobne ščetke boljša od ostalih, razširjenost ščetk s ščetinami, usmerjenimi v različne smeri, pa temelji na ugotovitvah, da večina ljudi ščetka zobe z nepravilnimi in naključnimi gibi in se zato z različno usmeritvijo ščetin doseže, da jih je vsaj nekaj izmed njih usmerjenih v kritična področja zobovja. Praviloma se zobe ščetka 2-krat dnevno, vsakokrat po 2 minuti. Ugotovljeno pa je bilo, da večina odraslih ljudi ščetka zobe le 30 do 60 sekund dnevno, kljub prepričanju, da si zobe čistijo dovolj učinkovito in dovolj časa (1).
Obstaja več opisanih tehnik ščetkanja zob (npr. Bassova tehnika čiščenja dlesninih žlebov, Chartersova tehnika čiščenja medzobnih prostorov), ki pa so ob pravilni uporabi

vse enako učinkovite pri preprečevanju vnetja dlesni. Zato ni tako pomembno, s kakšnimi gibi se čisti zobe, pač pa, da se vse ploskve vseh zob očisti sistematično in natančno. Pri učenju pravilnega čiščenja je zato bolj pomembno seznanjanje s problematičnimi mesti zobovja, kot pa vsiljevanje neke posebne tehnike ščetkanja (1).
Pomanjkljivost vseh metod ščetkanja zob pa je, da ne očistijo dobro medzobnih prostorov pod področjem stika dveh sosednjih zob. Zato je poleg zobne ščetke nujna tudi redna uporaba pripomočkov za nego medzobnih prostorov, ki jih izberemo glede na stanje zobovja. Pri osebah z ohranjenim lastnim zobovjem in zdravimi obzobnimi tkivi je najprimernejši pripomoček za čiščenje medzobnih prostorov zobna nitka, pri osebah z reduciranimi obzobnimi tkivi in mostički pa se čiščenje medzobnih prostorov in prostora pod členi mostu lažje izvaja z medzobnimi ščetkami različnih velikosti ali pa s posebnimi, za tako čiščenje prirejenimi nitkami (1).
Električne zobne ščetke nekoliko bolje očistijo medzobne prostore kot navadne zobne ščetke, kljub temu pa niso primeren nadomestek pripomočkov za čiščenje medzobnih prostorov. Takšne ščetke se priporoča osebam, ki zaradi nespretnosti ter telesne ali duševne prizadetosti ne morejo izvajati pravilne ustne higiene (1).
Ustne vode ne morejo odstraniti kolonij bakterij, ki so že pritjene na zobe in zaščitene z biofilmom, lahko pa preprečijo njihovo ponovno naselitev. Med ustnimi vodami so pri tem najbolj učinkovite tiste, ki vsebujejo klorheksidin, nekoliko manjše protibakterijsko delovanje pa imata tudi kositrov fluorid in triklosan. Ustne vode s klorheksidinom se v koncentracijah 0,12 % ali 0,2 % največkrat uporabljajo za krajše časovno obdobje (npr. dva tedna), če mehanično odstranjevanje zobnih oblog ni mogoče (npr. po kirurških posegih v ustih). Dolgoročnejša uporaba ustnih vod s klorheksidinom se priporoča telesno in duševno prizadetim osebam, ki ne morejo izvajati učinkovitega mehaničnega čiščenja, osebam z oslabljenim imunskim sistemom (da se prepreči razvoj gingivitisa, parodontitisa in ustne kandidiaze), osebam z visokim tveganjem za zobni karies, s ponavljajočimi razjedami v ustih, s protezami in ortodontskimi aparati. Pri dolgoročnejši uporabi ustnih vod s klorheksidinom je zaradi možnosti stranskih učinkov (rjavo zabarvanje zob, jezika, protetičnih nadomestkov, motnje okusa, erozije sluznice, otekanje slinavk, pospešeno nastajanje zobnega kamna) potrebno uporabljati bolj razredčeno 0,05 % raztopino ali pršila in gele za lokalno dovajanje na kritična mesta (1).

ZAKLJUČEK

S pravilno ustno higieno lahko pri mnogih boleznih v ustni votlini (parodontalnih boleznih in drugih boleznih ustne sluznice) dosežemo izboljšanje stanja in preprečimo možnost zapletov v ustni votlini in drugje. Pri tem lahko pomaga tudi izobraženost strokovnjakov za zdravstveno nego, ki lahko nadzirajo ustreznost ustne higiene, vzpodbujajo k pravilnemu čiščenju, svetujejo uporabo električnih zobnih ščetk ter v posebnih primerih tudi pripravkov s klorheksidinom.

LITERATURA

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. Clinical periodontology and implant dentistry. 4th ed. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2003.

2. Scannapieco FA, Stewart EM, Mylotte JM. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients. Crit Care Med 1992; 20: 740-5.
3. Holmstrup P, Poulsen AH, Andersen L, Skuldbøl T, Fiehn NE. Oral infections and systemic diseases. Dent Clin North Am 2003; 47: 575-98. Review.
4. Cannon RD in Chaffin WL. Oral colonization by Candida albicans. Crit Rev Oral Biol Med 1999; 10: 359-83.
5. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine. The basis of diagnosis and treatment. 2nd ed. London: Elsevier Health Sciences; 2008.
6. Skalerič U, ed. Stomatološka klinična preiskava. Ljubljana: DZDS; 2006.
7. Gašperšič R. Skalerič U. Pojavnost, klinična slika in zdravljenje aft v ustni votlini Zobozdrav Vestn 2004; 59(4-5):133-8.

USTNA NEGA PRI BOLNIKU S STOMATITISOM

Aleksandra Grbič DMS
Milena Hribar ZT
Onkološki inštitut
Zaloška 2, Ljubljana

IZVLEČEK:

V članku je predstavljena razvoj stomatitisa, dejavniki tveganja za nastanek stomatitisa, stopnje stomatitisa po WHO klasifikaciji, katere mora medicinska sestra dobro poznati in prepoznati, da pravilno ukrepa glede na stopnjo stomatitisa. Vloga medicinske sestre pri tem je velika in pomembna, saj s svojim strkovnim znanjem in aktivnostmi zdravstvene nege vpliva na potek in izid zdravljenja stomatitisa.

KLJUČNE BESEDE: *stomatitis; kemoterapija; zdravstvena nega.*

UVOD:

Življenska doba prebivalstva se povečuje in s tem tudi število rakastih obolenj, ki zahtevajo
posebno zdravljenje. Ena izmed mnogih oblik zdravljenja je zdravljenje s citostatsko terapijo. Navkljub novim, manj toksičnim citostatikom, spremljajo zdravljenje s citostatiki še vedno številni stranski pojavi. Med najpogostejšimi je okvara ustne sluznice, do katere pride kar pri 40 % pacientov, zdravljenih s kemoterapijo (Graham, Kathy in sod., 1993).
Vnetje ustne sluznice – stomatitis, je vnetna reakcija ustne sluznice in intraoralnega mehkega tkiva na citotoksične učinke kemoterapije (Skela Savič, 2000). Vnetna reakcija lahko preide v boleče razjede, hemoragije, sekundarne infekcije, xerostomie (suhih ust), težave pri požiranju hrane in otežkočeno komuniciranje (McGuire, 2003).
Stomatitis poteka v različnih stadijih. Medicinska sestra mora poznati vse štiri stadije stomatitisa, jih med seboj klinično ločiti, saj je zdravstvena nega poškodovane ustne sluznice različna glede na stadij prizadete ustne sluznice.
Delo medicinske sestre poteka zdravstveno vzgojno, na edukaciji pacienta in preventivi stomatitisa, kjer medicinska sestra s pacientom načrtuje in izvaja zdravstveno nego.
Pri zdravljenju stomatitisa zdravnik indicira sredstva za ustno nego z zdravilnim učinkom, medicinska sestra pa jih vključi v standardiziran načrt zdravstvene nege (Skela Savič, 2000).

MEHANIZEM IN KLINIČNA MANIFESTACIJA STOMATITISA

Citostatiki zaradi njihovega mehanizma delovanja okvarjajo predvsem hitro deleče se celice, kot so epitelijske celice sluznic. Citostatiki okvarjajo te hitro se deleče celice, ki ščitijo globje dele sluznice pred mehaničnimi in kemičnimi poškodbami ter vdorom mikroorganizmov v globino. Okvarjajo vse sluznice gastrointestinalnega trakta od ustne sluznice, sluznice požiralnika do črevesne sluznice, vendar pa so klinično najpogostejše vidne okvare ustne sluznice (Čufer, 1996).
Citostatiki posredno povzročajo dodatne okvare ustne sluznice prek okvare žlez slinavk (xerostomie) in prek okvare kostnega mozga. Zavirajo delovanje kostnega mozga (mielosupresivno delovanje). Posledica tega so levkopenije in trombocitopenije, ki pogosto spremljajo zdravljenje s citostatiki. Levkopenični pacienti imajo oslabljeno imunsko odprornost in so bolj dovzetni za okužbe (Čufer, 1996).

Tabela 1:Prevalenca stomatitisa, (Kearney, Richardson, 2006)

Vrste onkološkega zdravljenja	Razširjenost
Adjuvantna KT	12%
Standardne doze KT	40%
Visoke doze KT	50%
Visoke doze KT pred TKM	76-99%
KT pri solidnih tumorjih	21-31%
KT pri levkemijah	50%
Standardna RT pri obsevanjih glave in vratu	60%
Kemoradioterapija pri karcinomih glave in vratu	90%
KT=kemoterapija; TKM=transplantacija kostnega mozga; RT=radioterpija.	

KLINIČNA SLIKA STOMATITISA

Okvara ustne sluznice se kaže v obliki stomatitisa, ki se večinoma pojavi 5. do 7. dan po citostatskem zdravljenju. V primeru, da ne pride do sočasnega huje oviranega delovanja kostnega mozga in levkopenije, se stanje ponavadi izboljša v 2 do 3 tednih po zdravljenju (Čufer, 1996).

Stomatitis poteka v več stopnjah. Pri nas je uveljavljeno razvrščanje stomatitisa po kriterijih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), pri kateri ločimo 4. stopnje stomatitisa (Skela Savič, 2000). Stopnja okvare ustne sluznice je različna – od blage rdečine do hudih razjed, ki zajemajo vso sluznico.

Tabela 2: Stopnje stomatitisa po klasifikaciji WHO (Skela Savič, 2000)

Stadij 1: Rahla rdečina in oteklina ustne sluznice. Pacient čuti rahlo pekočo bolečino, ima
občutek neugodja.

Stadij 2: Rdečina in oteklina s posameznimi razjedami v sluznici. Bolnik čuti pekočo bolečino in ima že težave pri žvečenju in požiranju hrane. Na pordeli sluznici se lahko pojavijo bele, pajčevinaste obloge, ki so posledica glivične infekcije ustne sluznice.

Stadij 3: Huda rdečina in oteklina z obsežnimi razjedami, ki zajemajo do 50% ustne sluznice.Do tako obsežnih razjed pride ponavadi zaradi bakterijske infekcije okvarjene sluznice. Bolnik ima hude bolečine, ne more žvečiti, požiranje je močno oteženo, s težavo govori.

Stadij 4: Huda rdečina in oteklina, z obsežnimi globokimi in krvavečimi razjedami, ki zajemajo več kot 50% ustne sluznice. Zaradi prodora bakterij iz teh razjed v krvni obtok lahko pride do septikemij in tudi življenje ogrožajočih septičnih stanj. Bolnik ima zelo hude bolečine, ne more se hraniti per os, ne more govoriti.

Medicinska sestra mora poznati vse 4 stopnje stomatitisa in jih med seboj klinično ločiti, ker je zdravstvena nega poškodovane ustne sluznice različna glede na stopnjo prizadete ustne sluznice.

DEJAVNIKI TVEGANJA

A. Posredno: sekundarno poškodovana ustna sluznica
   a) Starost (pod 20 let, starostnik)
   b) Prehranski status (podhranjenost (↓proteinov), pomanjkanje vitaminov, dehidracija))
   c) Neustrezna ustna higiena (neurejeno zobovje)
   d) Uporaba kemičnih iritantov (kajenje, alkohol)
   e) Kisik
   f) Dihanje skozi usta
   g) Tahipnea
   h) Vrsta rakavega obolenja (hematološka- limfomi ,levkemije)
   i) Citostatiki (vrsta in odmerek citostatika)
   j) Lokalna radioterapija
   k) Xerostomia (suha usta)

B. Neposredno: zaradi bolezni (infekcija) ali zdravljenja (mielosupresija)
   a) Gram negativni bacili
   b) Gram pozitivni koki
   c) Glive (Candida species)
   d) Virusi (herpes simplex) (Van Gerpen, 2003).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI POJAVU STOMATITISA

Delo medicinske sestre poteka v smislu preventive stomatitisa in na tem področju medicinska sestra samostojno načrtuje in izvaja zdravstveno nego. Pri zdravljenju stomatitisa zdravnik indicira sredstva za ustno nego z zdravilnim učinkom, medicinska sestra pa jih vključi v načrt zdravstvene nege poškodovane ustne sluznice po posameznih stadijih. Na začetku zdravljenja s citostatiki medicinska sestra oceni stanje ustne sluznice, glede na negovalno anamnezo opredeli dejavnike tveganja za pacienta, oceni pacientove navade v zvezi z ustno higieno in pripravi načrt zdravstvene nege glede na ugotovljeno stanje. Njena aktivnost naj bo usmerjena v edukacijo pacienta.

Tabela3: Standardiziran načrt postopkov zdravstvene nege glede na stopnjo stomatitisa (Skela Savič, 1999)

ZN poškodovane ustne sluznice pri KT	Preventiva	Stopnja 1	Stopnja 2	Stopnja 3	Stopnja 4
Poostrena higiena zob z zobno ščetko	DA	DA	DA	NE	NE
Vatirane palčke, žajbljev čaj	NE	NE	NE	DA	DA
Uporaba zobne nitke in prhe	DA	DA	NE	NE	NE
Uporaba zobne proteze	DA	ob obiskih, hranjenje	hranjenje	NE	NE
Zaščitna krema za ustnice	DA	DA	DA	DA	DA
Izpiranje ustne sluznice in grgranje	po vsakem hranjenju 6×/dan	6×/dan	10×/dan	10×/dan	12×/dan
Antiseptične tablete	DA	DA	DA	DA	DA
Pregled ustne votline	1×/dan	1×/dan	2×/dan	2×/dan	2×/dan

Ukrepi, ki jih indicira zdravnik	Preventiva	Stopnja 1	Stopnja 2	Stopnja 3	Stopnja 4
Spremljanje vnosa hrane	NE	NE	DA	DA	DA
Konzistenca hrane	normalna	normalna	pasirana	tekoča + parent. p.p.	tekoča + parent.p.p.
Uporaba umetne sline	NE	NE	DA	DA	DA
Antimikotiki	NE	NE	DA 4×/dan	DA 6×/dan	DA 6×/dan
Lokalni antibiotiki	NE	NE	DA	DA	DA
Lokalni analgetiki	NE	NE	DA	DA	DA
Sistemski analgetiki	NE	NE	NE	DA	DA
Bris ulceracij v ustni sluznici	NE	NE	DA	DA	DA

Pacient si mora še bolj intenzivno čistiti ustno votlino. Svetujemo mu ščetkanje zob z mehko zobno ščetko, ki mora biti primerno velika in otroško zobno pasto, ki je ne pekoča in nevtralna. Če pacient nima zob ali zobne proteze, naj si usta neguje s pomočjo vatiranih palčk. Pomembno je stalno vlaženje ustne sluznice, grgranje in spiranje ustne votline. Pacientu moramo dati tudi navodila v zvezi z uporabo zobne nitke (odvisno od števila levkocitov in trombocitov) in zobne prhe. Pacienta poučimo o zadostnem pitju

tekočine v času zdravljenja s citostatiki (1500 –2500 ml/dan, če ni to kontraindicirano s strani zdravnika)(Skela Savič, 2000). Prehrana pacienta naj bo lahka, mehka, primerno pripravljena (pasirana, temperatura). Zadovoljiva mora biti dnevna potreba po vnosu kalorij. Ob nezadostnem uživanju hrane se posvetujemo z dietetikom (prehrambeni dodatki). Pomembno je spremljanje telesne teže in tehtanje pacienta(Van Gerpen, 2003). Medicinska sestra mora enkrat na dan oceniti stanje ustne votline in načrtovati ustrezne ukrepe zdravstvene nege. V načrt zdravstvene nege moramo še dodatno vključiti aktivnosti, ki se stopnjujejo glede na stadij stomatitisa:

a) Aktivnosti za preprečevanje nadaljnega razvoja stomatitisa in preprečitev sekundarnega infekta v ustni sluznici,
b) Aktivnosti za spremljanje vnosa hrane in tekočin, prilagoditev prehrane glede na sposobnosti žvečenja in požiranja,
c) Aktivnosti za pravilno nanašanje lokalnih antibiotičnih, antimikotičnih in analgetičnih sredstev, ki jih predpiše zdravnik,
d) Spremljanje nastanka oz. stopnje bolečine,
e) Aktivnosti za sprotno zaznavanje sprememb v ustni sluznici in znakov sistemske infekcije pri bolniku, zlasti v fazi levkopenije(Skela Savič, 2000).

SREDSTVA ZA USTNO NEGO

1. SREDSTVA ZA IZPIRANJE USTNE VOTLINE

Različni čaji za spiranje ustne votline, ki imajo zelo blagodejen, protivneten učinek na ustno sluznico in je prijetnega okusa. To sta predvsem : žajbljev čaj, kamilični čaj.

Raztopine za izpiranje in grgranje:

Dekspantenol je raztopina pospešuje obnovo poškodovane sluznice.

Benzidamin je raztopina, ki jo pacient uporablja, ko še nima poškodb oz. razjed na sluznici deluje protivnetno in protibolečinsko. Hitro prodira v tkivo in tam odpravčja vnetje. Zato oteklina splahni, bolečine in težave pri požiranju hitro ponehajo.

Fiziološka raztopina pomaga pri oblikovanju granulacijskega tkiva in s tem pospešuje celjenje ustne sluznice.

Natrijev bikarbonat je učinkovit pri raztapljanju zasušene sluzi.Odstrani tudi neprijeten vonj, blaži bolečine in uravnava ph v prid alkalizacije. Ne učinkuje pa pri zastarelih in zasušenih oblogah.

Gelclair je koncentriran oralni gel pripravljen za pomoč pri obvladovanju sprememb na ustni sluznici. Gel ustvari zaščitno prevleko, ki se oprime sluznice v ustni votlini in žrelu, prepreči nadaljnje draženje in s tem pripomore k hitremu lajšanju bolečin.

2. SREDSTVA ZA VLAŽENJE IN NEGO USTNE SLUZNICE IN USTNIC

20 % Borax glicerin odstranjuje obloge in odmrlo tkivo sluznice.

Vazelin uporabljamo za nego ustnic, kjer ustvarja tanko oljno zaščito in preprečuje izsušitev.

Krema za ustnice- ribodermin, bephanten.

Glicerinske palčke, ki ne poškodujejo ustne sluznice in jo vlažijo.

3. SREDSTVA Z ZDRAVLINIM UČINKOM, KI JIH PREDPIŠE ZDRAVNIK

Antiseptične tablete vsebujejo antiseptične sestavine, ki lahko uničujejo vrsto bakterij in glive, v določeni meri tudi zavirajo razvoj virusov. Blažijo vnetja v ustih in žrelu. Nekatere vsebujejo tudi anestetik.

Lokalni antibiotik – prašek akromicin je sestavljen iz širokospektralnega antibiotika, kateremu sta dodana saharoza in kakav, da je zmes prijetnega okusa.

Antimikotiki – mikonazol oralni gel deluje predvsem na glivice (na dermatofite in kandido) ter še na nekatere bakterije.

Lokalni analgetik - xylocain gel.

Umetna slina –stimulira naravno izločanje sline. Ščiti in lajša težave zaradi suhih ust oz. Kserostomije (boleča usta, pekoča in suha sluznica in žrelo). Vsebuje aktivator sline, ki poveča nivo sline v enem tednu do 200% ob uporabi. Še posebej se priporoča uporabo zvečer.

SKLEP

Pacient, ki prejema citostatike, se poleg soočenja z rakavim obolenjem srečuje tudi s stranskimi učinki citostatskega zdravljenja, to pa zanj predstavlja velik psihofizični napor.Okvara ustne sluznice je pogost stranski pojav. Medicinska sestra informira pacienta v zvezi s preventivnimi ukrepi za preprečevanje oz. omilitev stranskih učinkov, ki jih povzroča zdravljenje rakavih bolezni. Informiranost pacienta je ključna za njegovo sodelovanje. Informacije moramo podajati razumljivo, na pacientovo željo jih tudi večkrat ponovimo. Priporoča se postopno nizanje informacij glede na pacientovo stanje in njegove zmožnosti dojemanja. Velikokrat pacienti določenemu stranskemu učinku (npr. stomatitisu) ne pripisujejo takšnega pomena, kot bi želeli mi in šele stranski učinki pacienta prepričajo, da imajo preventivni ukrepi pomembno vlogo. Aktivno vključevanje v preventivne in kurativne ukrepe pacientu omogoča, da vidi izhod iz trenutnih zapletov v času zdravljenja s citostatiki. Vloga medicinske sestre pri tem je velika in pomembna, saj s svojim strokovnim znanjem in aktivnostmi zdravstvene nege vpliva na potek in izid zdravljenja.

LITERATURA:

Graham Kathy M.; Pecoraro Deborah A.; Ventura Marlene; Mayer Cheryl C. Reducing the incidence of stomatitis using a quality assessment and improvement approach. Cancer Nursing, 1993;16(2): 117-122.

Deborah B. McGuire. Barriers and strategies in implementation of oral care standards for cancer patients. University of Pennsylvania School of Nursing, 2003.

Skela Savič B. Zdravstvena nega bolnika, ki prejema citostatsko terapijo. Onkološki inštitut, Ljubljana, 2000: 112-116.

Čufer T. Poškodba ustne sluznice zaradi zdravljenja s citostatiki. Onkološki inštitut, Ljubljana, 1996.

Kerney N, Richardson A. Nursing patients with cancer. Elsevier churchill livingstone, London, 2006.

http://www.ons.org/publications/journals/CJON/Volume7/Issue4/0704471.asp

Skela Savič B. Standardi poškodovane ustne sluznice ob zdravljenju s citostatiki. Onkološki inštitut, Ljubljana, 1996.

SKRB ZA USTNO ZDRAVJE PACIENTOV V ORTODONTSKI OBRAVNAVI

asist. mag. Sanja Zupančič,dr. dent. med., specialistka zobne in čeljustne ortopedije
doc. dr. Martina Drevenšek, dr. dent. med., specialistka zobne in čeljustne ortopedije
Medicinska fakulteta, Katedra za zobno in čeljustno ortopedijo,
Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
UKC Ljubljana, Stomatološka klinika, Center za zobno in čeljustno ortopedijo,
Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana
sanja.zupancic@cultos.net
sanja.zupancic@sod-slovenija.net

IZVLEČEK

Ortodontsko zdravljenje poveča tveganje za nastanek kariesa in bolezni obzobnih tkiv, zato je skrb za ustno higieno bistvenega pomena. Za zdravje ustne votline je najprej odgovoren vsak posameznik, seveda pa je pomembna tudi strokovna pomoč.
Ortodontsko obravnavo lahko pričnemo le pri pacientih, ki so sposobni vzdrževati odlično ustno higieno ter imajo sanirano zobovje in zdrava obzobna tkiva. Ločimo snemne in nesnemne ortodontske aparate. Še posebej pozorni moramo biti pri vzdrževanju ustne higiene v času obravnave z nesnemnim ortodontskim aparatom. Poleg pacienta, je za ustno zdravje odgovoren tudi izbrani zobozdravnik in ortodont, v času daljšega bivanja v bolnišnici pa tudi bolnišnično osebje, ki skrbi za pacienta. Pomembna je skrb za ustrezno prehrano, pomoč pri vzdrževanju ustne higiene in pozitivna motivacija pacienta.

KLJUČNE BESEDE: ortodontska obravnava, ustno zdravje, snemni in nesnemni ortodontski aparati

Zobne in čeljustne nepravilnosti obravnavamo kot odklone v rasti in razvoju orofacialnega področja, na katere vplivajo različni dejavniki. Ločimo evolucijske dejavnike, genetske dejavnike in dejavnike okolja, kamor prištevamo tudi različne razvade (sesanje prsta, dude, držo odprtih ust, način dihanja,…) (Proffit in Fields, 2003).
Na evolucijske in genetske dejavnike žal ne moremo vplivati v smislu preprečitve nastanka zobnih in čeljustnih nepravilnosti, medtem ko na dejavnike okolja, kamor prištevamo tudi karies in bolezni obzobnih tkiv, lahko vplivamo. Povzročitelj je namreč znan, to so obloge z mikroorganizmi, in odlična ustna higiena poleg ostalih dejavnikov omogoča normalno rast in razvoj orofacialnega področja. Nastanek nepravilnosti lahko preprečimo tudi z odpravljanje različnih razvad (sesanje prsta, dude, držo odprtih ust, način dihanja,…).

Večinoma so naši pacienti otroci in mladostniki, vedno več pa je tudi odraslih pacientov, ki se odločijo za ortodontsko obravnavo. Ortodontsko zdravljenje predstavlja večje tveganje za nastanek kariesa in vnetje obzobnih tkiv, še posebno zdravljenje z nesnemnim ortodontskim aparatom (Pender, 1986). Raziskava je tudi pokazala, da je kljub skrbnim preventivnim ukrepom, nevarnost nastanka dekalcifikacij pri pacientih, ki so imeli slabo ustno higieno pred pričetkom ortodontske obravnave, večja kot pri pacientih z odlično ustno higieno (Zimmer in Rottwinkel, 2004).
Ne glede na starost, pred pričetkom obravnave mora biti zobovje sanirano, obzobna tkiva morajo biti zdrava in pacient mora biti sposoben vzdrževati odlično ustno higieno. Osnovna pripomočka sta zobna ščetka in zobna nitka, tehniko čiščenja pa najbolj nazorno lahko prikažemo na modelu. Navodila morajo biti jasna in razumljiva ter prilagojena pacientovi starosti. Pri mlajših pacientih morajo skrb prevzeti tudi starši, ki otroku pomagajo vzdrževati ustno higieno. Sposobnost pacienta za vzdrževanje ustne higiene lahko objektivno preverimo s pomočjo oralno-higienskega indeksa (OHI), ki mora biti pred pričetkom obravnave vsaj 3-krat pod 10 točk. Tudi kariozni mlečni zobje ne služijo kot »držalci prostora«, ampak predstavljajo kronično vnetje v ustni votlini, ki ga je potrebno pred obravnavo odstraniti. Pred pričetkom obravnave je priporočljivo tudi spoznati prehranjevalne navade pacienta in mu po potrebi svetovati glede količine in pogostosti uživanja kariogenih živil (sladkarije, coca cola,…).
Ortodontsko obravnavo lahko pričnemo torej le pri ustrezno pripravljenem pacientu. Za njegovo oralno zdravje pa sta poleg pacienta, ki mora vzdrževati odlično ustno higieno, odgovorna tudi njegov osebni zobozdravnik in ortodont. Ob vsakem kontrolnem pregledu zato ortodont preveri in po potrebi opozori in dodatno motivira ali pa pohvali pacienta glede vzdrževanja ustne higiene. Pacient se je dolžan natančno ravnati po navodilih ortodonta in če je sodelovanje slabo, lahko ortodont odkloni ali prekine ortodontsko obravnavo.
Ločimo snemne in nesnemne ortodontske aparate. Snemni aparati so sestavljeni iz akrilatnega dela in žičnih elementov. Kot že ime pove, lahko snemne aparate snamemo in jih očistimo v roki. Uporabljamo ločeno zobno ščetko za aparat in ločeno za zobe. Aparat vsak dan očistimo s ščetko in tekočo vodo. Dodatno lahko aparat očistimo tudi v ordinaciji s pomočjo ultrazvočne kopeli. Ob slabi ustni higieni se pojavi karies in vnetje obzobnih tkiv, saj je mikroporozna površina aparata zelo prikladno mesto za kopičenje oblog z mikroorganizmi, kar vodi v nastanek stomatitisa.
Nesnemni aparati so sestavljeni iz lepila, nosilcev, žičnega loka in vezi, ki lok pritrjujejo na nosilce. Nesnemni aparati lahko zelo porušijo biološko ravnovesje v ustni votlini, saj omogočajo večje kopičenje oblog z mikroorganizmi (Pender, 1986). Posebej kritična mesta na katere moramo biti posebno pozorni so: med zobom in obročkom, ob nosilcih, pod žičnim lokom in ob dlesni. Nesnemni aparati zahtevajo za vzdrževanje dobre ustne higiene tudi večjo ročno spretnost in več truda (Cianco, 1985).
Na teh mestih ob slabi ustni higieni pride do kopičenja oblog z mikroorganizmi, ki proizvajajo kisline, kar vodi v raztapljanje kalcijevih in fosfatnih ionov iz skleninske površine. Že v štirih tednih lahko nastanejo bele lise ali demineralizacije sklenine, ki so na tej stopnji še reverzibilne in jih lahko z intenzivnim fluoriranjem povrnemo v prvotno stanje. Nadaljevanje tega procesa pa vodi v nastanek karioznih lezij (Ghiz, 2009).
Poleg skrbne ustne higiene, ki jo izvaja pacient doma, lahko po potrebi izvajamo profesionalno čiščenje zob z vrtečimi se inštrumenti, z ultrazvočnim odstranjevalcem

zobnih oblog ali s peskanjem. Zobe lahko tudi premažemo s fluoridnimi laki, doma pa naj pacient uporablja ustno vodo s fluorom.
Pripomočki, ki jih pacient potrebuje za vzdrževanje ustne higiene doma, so: zobna ščetka (lahko ortodontska zobna ščetka z utorom), medzobna ščetka (različne velikosti) in zobna nitka. Kljub temu, da ni znanstvenih dokazov za učinkovitejše čiščenje nesnemnega ortodontskega aparata s pomočjo medzobne ščetke (Goh, 2007), jo ortodonti vseeno priporočamo. Čiščenje pričnemo najprej z zobno ščetko in zobno pasto. Nadaljujemo z medzobno ščetko na mestih, ki jih z navadno ščetko težko dosežemo (pod žičnim lokom, medzobni prostori, ob dlesni). Pri čiščenje nosilcev pa si lahko pomagamo tudi s posebno zobno nitko, ki je na enem koncu tanjša in trša, da jo lažje vstavimo pod žični lok, na drugem koncu pa je debelejša in mehkejša, kar olajša čiščenje nosilcev.

Kadar pacienti v ortodontski obravnavi zaradi daljšega bivanja v bolnišnici potrebujejo pomoč pri vzdrževanju ustnega zdravja, jim lahko pomagamo na naslednje načine:

1/ Skrb za ustrezno prehrano

Pogosto uživanje sladkorja pospešuje rast kariogenih mikroorganizmov in tako povečuje nevarnost za nastanek kariesa. Sladkarije in sladki napitki so največja nevarnost za oralno zdravje. Dobro je vedeti, koliko sladkorja (saharoze) vsebuje posamezna jed in v kolikšnem času se odstrani (izplavi) iz ustne votline. Na tej osnovi je za posamezne prehrambene proizvode izdelan indeks potencialne nevarnosti za karies (caries potentiality index of selected foods). Pomembno je tudi odstraniti hrano, ki je lepljiva in se oprime aparata oziroma jo je težje odstraniti ter se izogibati sladkim prigrizkom in napitkom med glavnimi obroki.

2/ Profesionalno čiščenje zob

Kadar pacienti zaradi bolezni ne morejo sami zagotoviti ustrezne ustne higiene potrebujejo profesionalno pomoč. V pomoč je lahko ustni higienik, ki z vrtečimi in ročnimi inštrumenti, profilaktičnimi pastami in ultrazvočnimi inštrumenti profesionalno odstrani trde in mehke obloge iz zob ali aparata. Zobe lahko tudi dodatno premaže z zaščitnimi fluoridnimi premazi.

3/ Motivacija pacienta

Vedno pristopamo s pozitivno motivacijo (pohvalno). Pri pacientu skušamo vzbuditi lastno skrb za vzdrževanje ustne higiene. Dobiti mora natančna in razumljiva navodila. Koristen je tudi prikaz oblog kot pokazatelj ustne higiene.

LITERATURA

1. Cianco SG, Cunat JJ, Mather ML, Harvey DH. A comparison of plaque accumulation in bonded versus banded teeth. Journal of Dental Research 1985;64;359.
2. Ghiz M A, Ngan P, Kao E, Martin C, Gunel E. Effect of sealant and self-etching primer on enamel decalcification. Part II: An in-vivo study. Am J Orthod Dentofac Orthop 2009;135:206-13.
3. Goh HH, Fernandez Mauleffinch LM. Interspace/interdental brushes for oral hygiene in orthodontic patients with fixed appliances. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD005410. DOI: 10.1002/14651858.CD005410.pub2.

4. Pender N. Aspects of oral health in orthodontic patients. British Journal of Orthodontics 1986;13:95-103.
5. Proffit WR, Fields HW. The etiology of orthodontic problems. In: Proffit WR, Fields HW (eds): Contemporary orthodontics, 2000, 3rd ed., St. Louis, Missouri, Mosby, 240-93.
6. Zimmer BW, Rottwinkel Y. Assessing patient-specific decalcification risk in fixed orthodontic treatment and its impact on prophylactic procedures. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004;126:318-24.

POMEN HIGIENE USTNE VOTLINE PRI CELIAKIJI

Alojzija Fink, diplomirana medicinska sestra, specialist patronažne zdravstvene nege
Srednja zdravstvena šola Ljubljana, Poljanska cesta 61, Ljubljana
alojzija.fink@gmail.com

POVZETEK

V prispevku je predstavljen vpliv celiakije na okvare zobne sklenine in drugih obolenj ustne votline. Navedeni so tudi drugi vplivi na razvojne okvare zobne sklenine. Podani so rezultati različnih raziskav, ki potrjujejo večje tveganje za okvaro zobne sklenine pri celiakiji. V zaključku so navedena priporočila za zdravje ustne votline in zob pri celiakiji.

KLJUČNE BESEDE: celiakija, okvare zobne sklenine, zdravje ustne votline.

UVOD

Najpogostejša obolenja ustne votline in zob so: zobna gniloba ali karies, parodontalna bolezen, afte, slab zadah iz ust, sistemsko pogojeni ulkusi ustne votline, mukokutane bolezni in drugo.
Najpogostejša obolenja ustne votline in zob nastanejo predvsem zaradi pomanjkljive higiene ustne votline, kar ima za posledico povečano kopičenje in razrast mikroorganizmov. Vendar so poleg ustrezne ustne higiene pomembni tudi drugi dejavniki, ki vplivajo na zdravje ustne votline in zob, kot so razvojne okvare sklenine in sistemske bolezni med katere uvrščamo tudi celiakijo.
Celiakija je kronična bolezen tankega črevesa, ki se razvije zaradi preobčutljivosti na beljakovino gluten. Posledica preobčutljivosti je stanjšanje resic sluznice tankega črevesa, kar pripelje do motnje v vsrkavanju pomembnih hranilnih snovi in zaradi tega do prizadetosti številnih organskih sistemov.

VPLIV CELIAKIJE NA OBOLENJA USTNE VOTLINE IN ZOB

Prizadetost ustne sluznice in zob se pri bolnikih s celiakijo lahko manifestira kot ulkus, angularni stomatitis, glositis, hipoplazija zob in okvare zobne sklenine.

Vpliv celiakije na nastanek razjed ustne sluznice

Ponavljajoče se razjede ali afte so pogosta bolezen ustne sluznice tudi pri bolnikih s celiakijo. Njihov nastanek povezujemo s pomanjkanjem železa, folne kisline in vitamina B12, z boleznimi prebavil, hormonskimi spremembami, stresom, poškodbami sluznice ter padcem odpornosti.

Afta je boleča plitva sivo-rumena razjeda na ustni sluznici (pod ustnicami, na licu, na jeziku in pod njem), obdana z rdečim robom.
Dr. John Zone, dermatolog, je na 12. mednarodnem simpoziju o celiakiji v New Yorku dejal, da ima okrog 5 % ljudi z nepojasnjenimi aftnimi razjedami prikrito celiakijo, ki so verjetno posledica kronične stimulacije imunskega sistema z glutenom. Afte se pojavljajo manj pogosto, ko pacienti s celiakijo uživajo brezglutensko dieto.

Vpliv celiakije na okvaro zobne sklenine
Pri celiakiji je prisotna motnja v metabolizmu hranilnih snovi, med drugim tudi vitamina D, kalcija in fosfatov, kar povzroči osteopenijo. Pri otroku z osteopenijo se zaloge mineralov v telesu izpraznijo, zato je moten razvoj zobnega zametka in zobne sklenine. Izdelava sklenine mlečnih zob se prične med 13. in 16. tednom intrauterinega življenja in se konča približno pri enem letu starosti otroka, izdelava sklenine stalnih zob pa se prične v 5. mesecu nosečnosti in se zaključi okrog štirinajstega leta starosti.
Sklenina je edino trdo tkivo v telesu, ki nima sposobnosti obnavljanja, tako da na njej **ostanejo vidne vse okvare, nastale v času njenega razvoja.**
Razvojne okvare sklenine lahko povzročijo genetski in okoljski dejavniki. Pri tem je potrebno poudariti, da je tudi za marsikatero bolezen kot posledico okoljskega dejavnika delno odgovoren genetski dejavnik.
Sistemski vpliv na razvoj sklenine imajo poleg genetskih napak tudi endokrine, imunološke, hematološke in presnovne motnje, hipovitaminoze, sistemske okužbe, zdravila, toksini. Vrsta, obsežnost in mesto skleninske okvare so odvisni od starosti otroka, v kateri so škodljivi dejavniki delovali in od njihove jakosti.
V zadnjem času se ugotavlja, da razvoj sklenine motijo tudi toksične kemikalije iz okolja. Lipofilni organoklorni onesnaževalci v materinem mleku verjetno povzročijo razvojne okvare sklenine prvih stalnih kočnikov in/ali sekalcev. Tako naj bi delovali poliklorirani bifenili, ki se v telo otroka v veliki meri vnesejo z dojenjem in dioksin, verjetno ena najbolj toksičnih kemikalij, kar jih je ustvaril človek.
Poškodbe in lokalne okužbe povzročijo na posameznem zobu ali skupini zob omejene skleninske okvare, ki naj bi bile posledica mehanskega pritiska npr. pri orotrahealni intubaciji, pri izbitju in vtisnjenju zgornjih mlečnih sekalcev. Veliko skleninskih okvar stalnih zob opazimo tudi pri otrocih s shizo, kjer so okvare verjetno posledica poškodb pri kirurški korekciji razcepa.

Pri celiakiji zaradi glutenske intolerance in posledičnih gastrointestinalnih težav opažamo simetrično in kronološko razporejene skleninske okvare. Večinoma so omejene na stalne sekalce in kočnike, ker se mineralizirajo v času, ko otrok prične uživati glutenska živila.

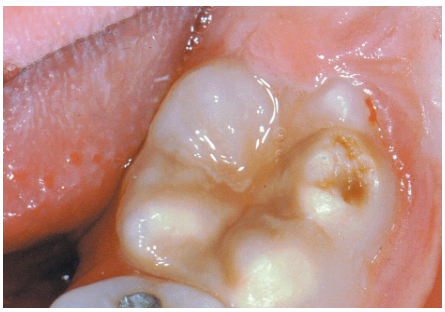
Okvare se klinično kažejo kot ostro omejeni beli ali rumeno-rjavi predeli motne sklenine ali kot predeli pomanjkanja sklenine na površini. Ker je sklenina na prvih stalnih kočnikih podvržena močnim žvečnim pritiskom, se okvarjena sklenina hitro odkruši in razgali dentin. Tako okvarjeni zobje imajo lahko nenavadno obsežne plombe. Okvarjen zob postane občutljiv na kemične in toplotne dražljaje ter je bolj dovzeten za karies.

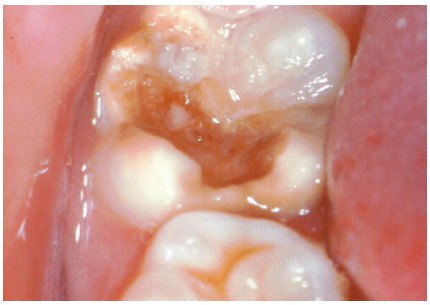
Slika 1

Slika 2

Slika 3

Slika 4


Slika 5


Slika 6

Slike 1- 6: Okvare zobne sklenine: omejeni beli ali rumeno-rjavi predeli motne sklenine, defekt skleninske površine in obsežna kariozna destrukcija zoba.

RAZISKAVE O POVEZAVI MED CELIAKIJO IN OKVARAMI ZOBNE SKLENINE

Nizozemska študija - pogostost okvare zobne sklenine pri otrocih s celiakijo in pri otrocih brez celiakije

Nizozemska študija je v letih od 2003 do 2004 preučevala skupino zdravih otrok in skupino otrok s celiakijo. V raziskavi so ugotovili, da je bila okvara zobne sklenine prisotna pri 55% otrok s celiakijo in pri 18% otrok brez celiakije.

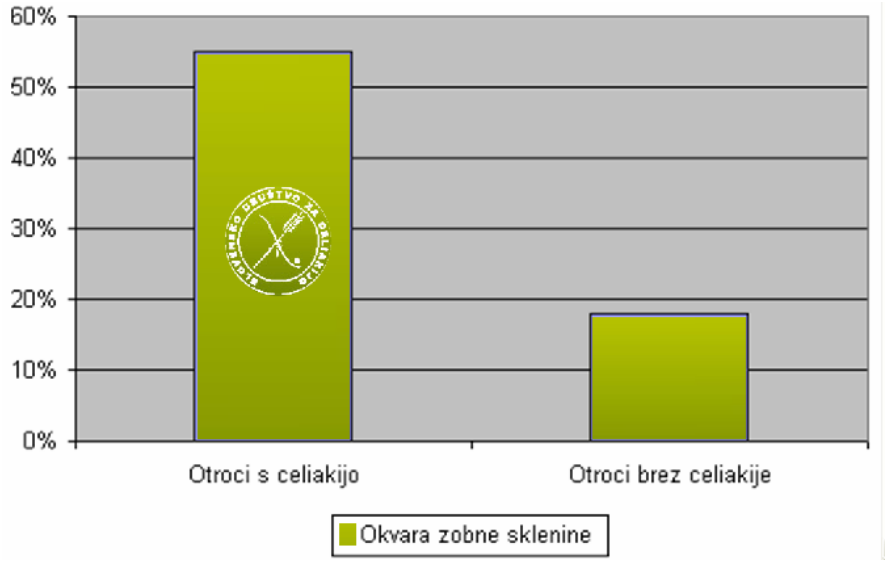


Tabela 1: Nizozemska študija: pogostost okvare zobne sklenine pri otrocih s celiakijo in pri otrocih brez celiakije.

Z omenjeno raziskavo so ugotovili povezavo med celiakijo in okvarami zobne sklenine. Tako je poleg značilnih gastrointestinalnih težav pri celiakiji sedaj potrjen tudi problem okvare zobne sklenine.

Raziskave dr. Theologos Malahiasa
Na 12. mednarodnem simpoziju o celiakiji, ki je potekal novembra 2006 v New Yorku, je dr. stomatologije Theologos Malahias, D.D.S. predstavil nekaj ugotovitev glede povezave bolezni ustne votline in celiakije.
S celiakijo so povezane afte, okvare zobne sklenine, zamuda v rasti stalnih zob. Omenjene težave bi se morale raziskati pri ljudeh, ki še nimajo postavljene diagnoze, pa imajo težave, ki so značilne za celiakijo. Okvare zobne sklenine, ki jih opazimo pri stalnih zobeh, nastanejo že pri razvoju in izdelavi sklenine v času intrauterinega življenja in do prvega leta otrokove starosti. Te okvare zobne sklenine ne izginejo, čeprav oseba uživa brezglutensko dieto.
Okvare zobne sklenine se kažejo kot obojestranski, simetrični vzorci, ki so najbolj pogosto vidni na osrednjih sekalcih in kočnikih. So neprozorni in so lahko beli, rumeni ali rjavi, sklenina je motna, nesijoča.

Dr. Theologos Malahias je izvedel raziskavo pogostosti okvare zobne sklenine pri odraslih osebah brez celiakije in pri osebah s celiakijo. Vzorec raziskave je zajemal 136 pacientov, od tega je bilo 67 pacientov s celiakijo in 69 pacientov brez celiakije.

Rezultati raziskave: okvara zobne sklenine je bila prisotna pri 51% pacientov s celiakijo in 30% pacientov brez celiakije.

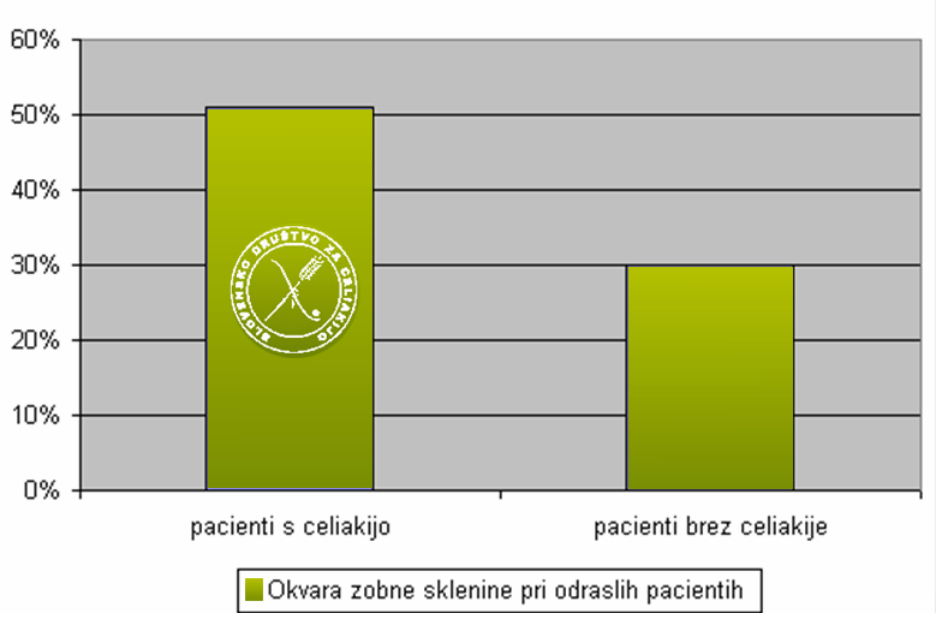


Tabela 2: Pogostost okvare zobne sklenine pri odraslih osebah brez celiakije in pri osebah s celiakijo.

V drugi raziskavi je dr. Theologos Malahias izvedel raziskavo pogostosti okvare zobne sklenine in pri otrocih brez celiakije in pri otrocih s celiakijo. Vzorec raziskave je zajemal 47 otrok, v starosti od 6 do 16 let, od tega je bilo 23 otrok s celiakijo in 24 otrok brez celiakije. Rezultati raziskave pogostosti okvare zobne sklenine: okvara zobne sklenine je bila prisotna pri 87% otrok s celiakijo in pri 33% otrok brez celiakije.

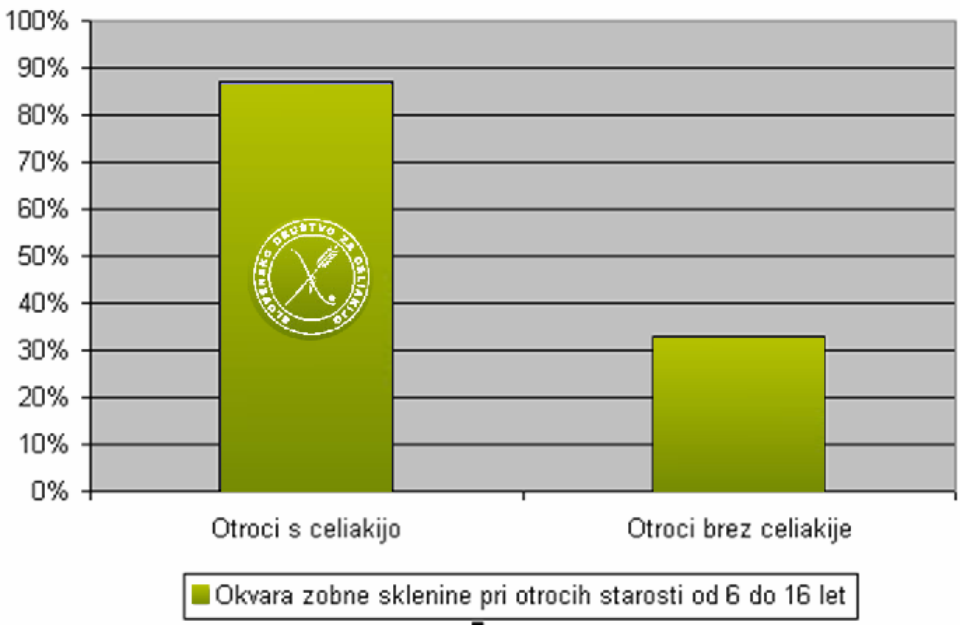


Tabela 3: Okvara zobne sklenine pri otrocih s celiakijo in pri otrocih brez celiakije

Pri otrocih, mlajših od 12 let z mešano rastjo in razvojem zob (mlečni in stalni zobje), je bila stopnja okvare zobne sklenine pri otrocih s celiakijo 90% in 44% pri otrocih brez celiakije.

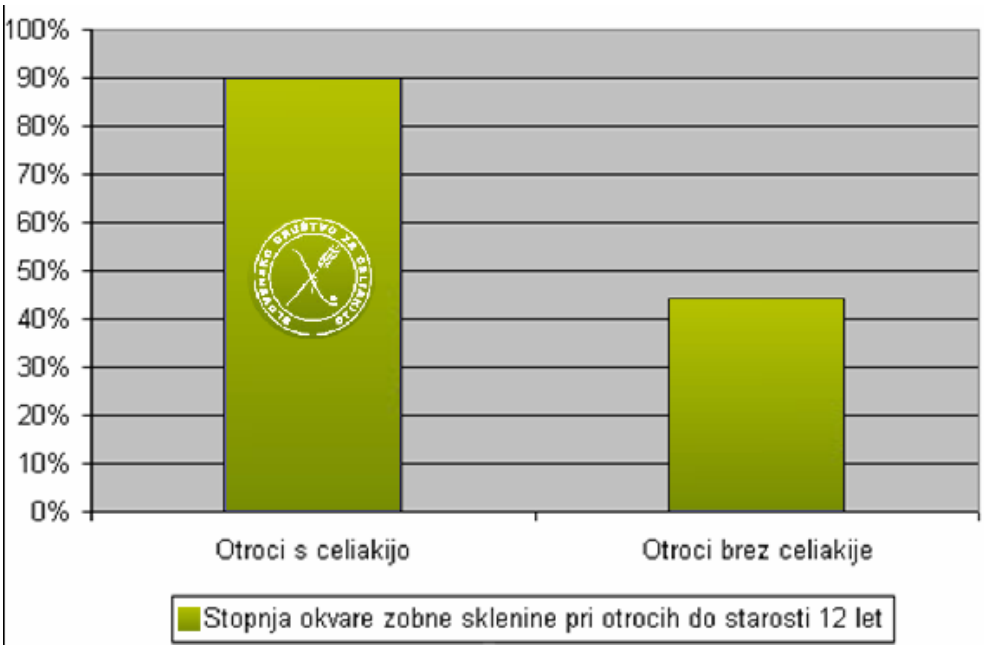


Tabela 4: Stopnja okvare zobne sklenine pri otrocih s celiakijo in pri otrocih brez celiakije do 12 let.

ZDRAVLJENJE RAZVOJNIH NAPAK SKLENINE

Z zdravljenjem zoba z razvojno skleninsko okvaro želimo zmanjšati občutljivost zoba, povrniti funkcijo in estetiko, podaljšati življenjsko dobo zoba, ohraniti trda zobna tkiva in izboljšati zdravje obzobnih tkiv. Na izbiro posega ali materiala vplivajo občutljivost zoba, obseg okvare, kakovost okvarjene in neokvarjene sklenine ter starost pacienta. Na voljo je premaz, poliranje (in beljenje), zalivanje fisur, plombiranje, polna prevleka, onlej in faseta ter ekstrakcija.
Zobje z razvojno okvaro povzročajo pacientu težave. Pogoste so kratkotrajne bolečine, ki jih izzovejo vsakodnevni dražljaji (npr. dihanje hladnega zraka). Zobje so občutljivi tudi ob ščetkanju, zato jih otrok slabše čisti. Poleg tega na okvarjenih mestih obloge bolj zastajajo, kar omogoči hiter pojav in napredovanje karies. Otroci z razvojno okvaro zob tudi do desetkrat pogosteje obiščejo zobozdravnika kot drugi otroci, obiskov se bolj bojijo, zato pri posegih slabše sodelujejo.

ZAKLJUČEK

Okvare zobne sklenine, kjer je vzrok celiakija prizadenejo stalne zobe in vključujejo razbarvanje zob, ki se kažejo kot bele, rumene ali rjave pike na zobeh, slabšo formacijo sklenine, zobni karies in motnost zob. Okvare so simetrične in pogosto nastanejo na sekalcih in kočnikih.

Potrebna je poostrena higiena zob in ustne votline. Predvsem je pomembna temeljita in pravilna tehnika čiščenja zob, redni pregledi pri zobozdravniku, zgodnja diagnostika celiakije in stroga brezglutenska dieta.

V slovenskem prostoru je glede osveščanja in pravilnega zdravljenja celiakije viden napredek. Še vedno pa je premalo poskrbljeno za zdravje ustne votline in zob pri pacientih s celiakijo. Zaradi ogroženosti in izpostavljenosti okvare zobne sklenine bi morali imeti otroci s celiakijo možnost izvajanja pedontološke specialistične dejavnosti, pogostejše zobozdravstvene preventivne preglede in prioriteto pri zdravljenju zob s krajšo čakalno dobo pri zobozdravniku.

Potrebno je posvetiti več pozornosti, podpore in razumevanja otrokom s celiakijo ter njihovim staršem glede zdravja ustne votline in zob.

LITERATURA:

1. Aguirre JM, Rodriguez R, et al. Dental enamel defects in celiac patients. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology. 1997;84:646–650.

2. Bossu M, Bartoli A, et al. Enamel hypoplasia in celiac children: a potential clinical marker of early diagnosis. European Journal of Pediatric Dentistry. 2007;8:31–37.

3. Cvikl V. Motnje mineralizacije sklenine pri celiakiji. Zobozdrav Vestn 2001; 56: 89-94.

4. Gašperšič D, Košir N, Jevnikar N. Razvoj obraza, ustne votline in zobnega organa. 2nd ed. Ljubljana: Medicinska fakulteta 2002: 22-44.

5. Jan J, Uršič M, Pogačnik A, Vrecl M. Poliklorirani bifenili v materinem mleku kot dejavnik tveganja za nastanek razvojnih okvar sklenine. Zobozdrav Vestn 2003; 58: 50-6.

6. Johnson K. Skin & Allergy News, jan 2007. Aphthous ulcers, defects in tooth enamel may suggest celiac disease. http://findarticles.com/p/articles/mi_hb4393/is_1_38/ai_n29318366/ (26.03.2009)

7. Košir N. Hipoplazija sklenine in njena oskrba. Zobozdrav Vestn 1992; 47: 29-31.

8. M. Simončič, N. Prebil, J. Jan. Razvojne okvare sklenine prvih stalnih kočnikov pri otrocih na ljubljanskem območju. Zobozdrav Vestn 2005; 60: 137-143.

9. Procaccini M, Campisi G, et al. Lack of association between celiac disease and dental enamel hypoplasia in a case-control study from an Italian central region. Head and Face Medicine. 2007;3:25.

10. Wierink CD, Van Diermen DE, et al. Dental enamel defects in children with celiac disease. International Journal of Pediatric Dentistry. 2007;17:163–168.

11. The following studies discuss celiac disease and dental enamel defects http://www.celiac.nih.gov/DentalEnamel.aspx (26.03.2009)

12. Slike 1-4: http://www.bioportfolio.com/search/enamel_hypoplasias_pediatric.html (30.03.2009)

NUJNI UKREPI PRI POŠKODBI ZOBOVJA

Rok Kosem, dr. dent. med., specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva
Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Stomatološka klinika, Univerzitetni klinični ceter Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana
Tel.: 01 522 4386, e-naslov: kosem.rok@gmail.com

IZVLEČEK

Poškodbe zobovja so pogoste, posebno med otroki in mladostniki. Delijo se na skupine poškodb, in sicer na poškodbe trdih zobnih tkiv in pulpe, poškodbe obzobnih tkiv, poškodbe kosti in poškodbe ustne sluznice in dlesni, vsaka od teh skupin poškodb pa se deli še na posamezne vrste poškodb. Zaradi pomembnih razvojnih dejavnikov ločujemo tudi poškodbe mlečnega in stalnega zobovja.
Poškodbe zobovja je potrebno obravnavati kot nujna stanja, upoštevaje različno stopnjo nujnosti pri posameznih vrstah poškodb. Pogosto potrebujejo dolgotrajno zobozdravniško zdravljenje, katerega izid je lahko odvisen od ustreznosti nujnih ukrepov prve pomoči po poškodbi.
Pri določenih vrstah poškodb zobovja so ustrezni nujni ukrepi odločilni za dodatne možnosti zobozdravniškega zdravljenja in njegov ugoden izid, in sicer so take poškodbe avulzija stalnega zoba, fraktura zobne krone stalnega zoba in poškodba mlečnega zobovja. Posebno pri avulziji stalnega zoba, ki je eno od redkih resnično nujnih stanj v zobozdravstvu, je ustreznost ukrepov prve pomoči odločilna za ugoden izid zdravljenja.
Seznanjenost z ustreznimi nujnimi ukrepi prve pomoči omogoča tudi strokovnjakom za zdravstveno nego, da lahko bodisi v sklopu svojih delovnih obveznosti bodisi izven njih odločilno pripomorejo k boljšemu izidu zdravljenja posameznih poškodb (npr. s hitro replantacijo izbitega stalnega zoba in ustreznimi napotki za takojšnjo nujno zobozdravniško pomoč pri avulziji stalnega zoba) ali k dodatnim možnostim zdravljenja (npr. z ustrezno shranitvijo odlomka pri frakturi zobne krone stalnega zoba).
Potrebno si je prizadevati, da bi bili vsi zdravstveni delavci seznanjeni z ustreznimi priporočili glede nujnih ukrepov prve pomoči pri poškodbah zobovja, poleg njih pa tudi javnost.

KLJUČNE BESEDE: zobovje, poškodba, avulzija, fraktura, prva pomoč, replantacija, odlomek

UVOD

Poškodbe zobovja so pogoste in večina se jih zgodi pri otrocih in mladostnikih. Ocenjujejo, da je več kot 80 % poškodovancev s tovrstnimi poškodbami mlajših od 20 let. Raziskave so pokazale, da si v obdobju mlečnega zobovja poškoduje zobe in/ali obzobna tkiva kar 30 % otrok, stalne zobe in/ali pripadajoča obzobna tkiva v obdobju menjalnega in stalnega zobovja pa približno 20 % otrok in mladostnikov. Največja incidence poškodb mlečnega zobovja je v starosti od 1 do 3 let, stalnega zobovja pa v starosti od 8 do 11 let (Jacobsen in Andreasen, 2001). Področje sekalcev, ki so prizadeti pri več kot 95 % poškodb zobovja (Skaare in Jacobsen, 2003), ima v obeh omenjenih starostnih obdobjih razvojne značilnosti, ki odločilno vplivajo na naravo poškodbe, možne posledice in odločitev glede ustrezne oskrbe, zato se z zdravljenjem poškodb zobovja pogosto ukvarjajo zobozdravniki specialisti za otroško in preventivno zobozdravstvo.

Za klasifikacijo poškodb zobovja se najpogosteje uporablja sistem, modificiran po sistemu Svetovne zdravstvene organizacije (Glendor in sod., 2007), in sicer se poškodbe delijo na poškodbe trdih zobnih tkiv in pulpe, poškodbe obzobnih tkiv, poškodbe kosti in poškodbe ustne sluznice in dlesni. Poškodbe trdih zobnih tkiv in pulpe so: infrakcija sklenine (skleninska poka), fraktura (zlom) sklenine (nekomplicirana fraktura zobne krone), fraktura sklenine in dentina (nekomplicirana fraktura zobne krone), komplicirana fraktura zobne krone, kronsko-koreninska fraktura in koreninska fraktura, poškodbe obzobnih tkiv pa so: konkusija (pretres zoba), subluksacija (omajanje zoba), ekstruzivna luksacija (premik zoba iz zobnice navzven), lateralna luksacija (premik zoba navzpred ali navzad), intruzivna luksacija (premik zoba navznoter v zobnico) in avulzija (izbitje zoba). Seveda se poškodbe trdih zobnih tkiv in pulpe ter poškodbe obzobnih tkiv lahko pojavljajo hkrati, pogosto pa so pridružene tudi poškodbe kosti in mehkih tkiv ustne votline.

Na izid zdravljenja poškodbe zobovja poleg vrste poškodbe vplivajo še številni dejavniki, med njimi tudi hitrost in usreznost ukrepanja. Načelno seveda velja, da je poškodbe zobovja potrebno obravnavati kot nujna stanja, stopnja nujnosti pa se med posameznimi vrstami poškodb razlikuje. Čeprav žal ni bilo opravljenih veliko kakovostnih raziskav, ki bi ocenjevale povezavo med časom, ki je potekel od nastanka poškodbe do začetka oskrbe, ter pogostnostjo in resnostjo zapletov s strani zobne pulpe in pozobnice, so strokovnjaki oblikovali okvirna priporočila, katere vrste poškodb je potrebno obravnavati akutno (v nekaj urah), subakutno (v prvih 24 urah) ali odloženo (po prvih 24 urah) (Andreasen in sod., 2007).

Po teh priporočilih se izmed poškodb stalnega zobovja lahko obravnava subakutno ali odloženo frakture zobnih kron in kronsko-koreninske frakture, koreninske frakture je potrebno obravnavati akutno ali subakutno, konkusije in subluksacije subakutno, ekstruzivne in lateralne luksacije akutno ter intruzivne luksacije subakutno.

Pomembna izjema med vsemi vrstami poškodb stalnega zobovja so avulzije; izbite stalne zobe je potrebno kar najhitreje replantirati (vstaviti nazaj v zobnico), saj je izid zdravljenja v največji meri odvisen prav od hitrosti ukrepanja v tej začetni fazi zdravljenja. Če je bil zob ob poškodbi replantiran, je nadaljnja zobozdravniška oskrba lahko subakutna (Andreasen in sod., 2007).

Pri poškodbah mlečnega zobovja je v glavnem dopustna subakutna oskrba, akutna oskrba je potrebna v primerih, ko so prisotne motnje griza ali ko je mlečni zob premaknjen v folikel stalnega zoba (Andreasen in sod., 2007). V obdobju, ko so poškodbe mlečnega zobovja najpogostejše, so namreč zametki stalnih sekalcev v različnih zgodnjih razvojnih stopnjah in ležijo v različnih višinah oralno ob koreninah mlečnih sekalcev, zato lahko pride pri nekaterih vrstah poškodb mlečnega zobovja (intuzivne luksacije, avulzije, lateralne luksacije) do škodljivega vpliva na zametke stalnih zob že ob sami poškodbi, škodljivo pa lahko vplivajo tudi posledice poškodbe in njene neustrezne oskrbe.
Možnosti preprečevanja poškodb (ščitniki za zobe, čelade, varnostni pasovi in otroški sedeži v avtomobilih) so sorazmerno omejene, žal pa tudi premalo izkoriščene.
Da bi kar najbolj omejili posledice poškodb zobovja, si je potrebno prizadevati, da je z ustreznimi nujnimi ukrepi seznanjena javnost, še posebno pa zdravstveni delavci in sodelavci, ki lahko v sklopu svojih delovnih obveznosti ali izven njih s pravilnimi postopki prve pomoči ob poškodbi zobovja odločilno vplivajo na izid poznejšega zobozdravniškega zdravljenja.
Namen prispevka je seznanitev z osnovnimi značilnostmi določenih vrst poškodb zobovja, pri katerih so v skladu s strokovnimi izhodišči (Andreasen in sod., 2003; Flores, 2007) ustrezni nujni ukrepi odločilni za dodatne možnosti zobozdravniškega zdravljenja in njegov ugoden izid, in sicer so to avulzija stalnega zoba, fraktura zobne krone stalnega zoba in poškodba mlečnega zobovja.

AVULZIJA STALNEGA ZOBA

Avulzija (eksartikulacija, totalna luksacija) zoba pomeni, da se je zob v celoti izbil iz zobnice. Delež takšnih poškodb med vsemi poškodbami stalnega zobovja je med 0,5 % in 3 % (Andreasen in Andreasen, 2007). Načelno je avulzija stalnega zoba najresnejša od vseh poškodb zobovja, s tem da je dejanski izid zdravljenja odločilno odvisen od ukrepov na mestu poškodovanja oziroma v času takoj po avulziji, saj je od tega odvisen način celjenja obzobnih tkiv in zobne pulpe. Ob ustrezni hitri prvi pomoči in nadaljnjem zobozdravniškem zdravljenju je mogoče pričakovati ugoden izid zdravljenja s preživetjem celic pozobnice in lahko tudi celic zobne pulpe, v nasprotnem primeru pa je žal izid neugoden, pride do propada pozobnice, ankiloze (zrasti korenine s kostjo) in posledične nadomestitvene resorpcije (razgradnje) korenine, kar praviloma privede do izgube zoba.
Smernice Mednarodnega združenja za poškodbe zobovja (International Association of Dental Traumatology, IADT) (Flores in sod., 2007b) predvidevajo različne načine zobozdravniškega zdravljenja pri avulziji stalnega zoba, in to v odvisnosti od razvojne stopnje izbitega stalnega zoba (oz. od njegove bolj ali manj dograjene korenine), predvsem pa od izvedenih ukrepov prve pomoči in/ali časa, ki je minil od poškodbe.
Avulzija stalneg zoba je torej eno od redkih resnično nujnih stanj v zobozdravstvu, ustreznost ukrepov prve pomoči pa je odločilna za ugoden izida zdravljenja.
Strokovnjaki (Andreasen in sod., 2003; Flores, 2007; Flores in sod., 2007b) priporočajo naslednje nujne ukrepe prve pomoči pri avulziji stalnega zoba:

- prepričaj se, da je izbiti zob res stalni zob (izbitih mlečnih zob se ne replantira);
- pomiri poškodovanca;

- najdi zob in ga primi za krono, izogibaj se dotikanja korenine;
- če je zob umazan, ga na kratko (10 sekund) speri pod hladno tekočo vodo in ga replantiraj (ponovno vstavi v zobnico); poškodovanec naj ugrizne v robec, da drži zob na svojem mestu;
- če to ni mogoče, daj zob v kozarec mleka; zob je mogoče transportirati tudi v ustih, tako da se ga drži med zobmi in licem;
- takoj poišči nujno zobozdravniško pomoč!

FRAKTURA ZOBNE KRONE STALNEGA ZOBA

Ocene deleža fraktur zobnih kron med vsemi poškodbami stalnega zobovja so v širokem razponu med 26 % in 76 % glede na različne načine in okoliščine zbiranja podatkov. V desetletnem obdobju med letoma 1991 in 2001 je bilo na Centru za otroško in preventivno zobozdravstvo Stomatološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana oskrbljenih 380 fraktur zobnih kron, kar pomeni 61 % vseh oskrbljenih poškodb stalnega zobovja v tem obdobju (Kosem in Košir, 2002). Frakture zobnih kron so tako najpogostejša posamezna vrsta poškodb v stalnem zobovju. Ob ustreznem zdravljenju je tako pri nekompliciranih zlomih zobnih kron (brez eksponirane zobne pulpe) kot tudi pri kompliciranih zlomih zobnih kron (z eksponirano zobno pulpo) pričakovati dober izid zdravljenja. Kot omenjeno, je oskrba lahko subakutna ali odložena. Seveda pa imajo lahko zobje z zlomljeno krono hkrati poškodovana tudi obzobna tkiva, kar je potrebno upoštevati, saj prav pridružena poškodba obzobnih tkiv (luksacijska poškodba) pogosto odločilno vpliva na izid zdravljenja.
Pri izbiri načina rekonstrukcije zlomljene zobne krone pri otroku ali mladostniku moramo upoštevati razvojne značilnosti zobnih tkiv v tem starostnem obdobju. Med postopke, pri katerih se zobna tkiva ohranijo v največji možni meri, gotovo sodi pritrditev odlomka (odlomljenega dela zoba). Ta postopek ima še številne druge prednosti: zobni kroni povrne izvirno obliko in praviloma tudi barvo, hkrati z naravno prosojnostjo griznega roba, zagotovi barvno obstojnost, vzpostavi enake grizne stike, kot so bili pred poškodbo, in omogoči, da bo obraba poškodovanega zoba povsem enaka obrabi sosednjih zob, česar z rekonstrukcijo zobne krone z umetnimi materiali ni mogoče doseči. Pritrditev odlomka omogoča endodontsko zdravljenje, če je to potrebno, pa tudi nadaljnje rekonstruktivne postopke, če bi bili pozneje potrebni ali bi si jih posameznik želel. Poškodovanci se praviloma pozitivno čustveno odzovejo na ohranitev naravnih zobnih tkiv, tako da so naklonjeni pritrditvi odlomka celo v okoliščinah, ko s tem načinom oskrbe frakture zobne krone ni mogoče zagotoviti popolne estetike (Kosem, 2007). Raziskave so pokazale, da je pritrditev odlomka varen in estetsko zadovoljiv način oskrbe frakture zobne krone pri otrocih in mladostnikih. Že pred več kot desetletjem, ko še niso bila v uporabi vsa sredstva, ki so zobozdravnikom na voljo danes, so ugotavljali, da je bila približno polovica odlomkov uspešno pritjenih še po 5 letih (Andreasen in sod., 1995). Na osnovi izkušenj in analize obravnavanih primerov se lahko pridružimo večkrat izraženemu mnenju, da je pritrditev odlomka »kratkoročna do srednjeročna začasna rekonstrukcija, ki ima zmožnost, da služi trajno« (Kosem, 2007).
Tudi smernice IADT (Flores in sod., 2007a) kot prvo izmed možnosti za zdravljenje frakture zobne krone navajajo pritrditev odlomka, če je ta na voljo.

Obstoj odlomka je torej ključni pogoj, da se lahko odločimo za tako oskrbo frakture zobne krone, poleg drugih strokovnih zahtev, ki morajo biti izpolnjene. Zato je pomembno, da javnost, seveda pa tudi strokovno javnost, seznanjamo z možnostjo pritrditve odlomka, hkrati pa tudi s pravilnim hranjenjem odlomka v času od poškodbe do pritrditve, to je v vodi ali v fiziološki raztopini, da ne pride do izsušitve, ki lahko povzroči vsaj prehodno spremembo barve odlomka in zmanjša učinkovitost sredstev, s katerimi lahko zobozdravnik pritrdi odlomek na zlomljeni zob.
Strokovnjaki (Andreasen in sod., 2003; Flores, 2007) zato priporočajo naslednje nujne ukrepe prve pomoči pri frakturi zobne krone stalnega zoba:

- najdi odlomek zoba in ga shrani na vlažno (daj ga v kozarec vode ali v fiziološko raztopino; lahko tudi v slino ali mleko);
- takoj poišči zobozdravniško pomoč.

POŠKODBA MLEČNEGA ZOBOVJA

Pri otrocih do starosti 6 let prizadene področje ustne votline kar 18 % vseh telesnih poškodb (Flores in sod., 2007c). Oskrba poškodb mlečnega zobovja ima zaradi stopnje otrokovega duševnega in telesnega razvoja pomembne posebnosti v primerjavi z oskrbo poškodb stalnega zobovja. V smislu razvoja ustne votline in zobovja je predvsem pomembna bližina vrškov korenin mlečnih zob in razvijajočih se zametkov stalnih zob, česar se je potrebno zavedati pri oskrbi poškodb in pri predvidevanju izida zdravljenja. Odvisno od vrste poškodbe in od starosti otroka oziroma razvojne stopnje zobovja je odvisno, kolikšno je tveganje, da bo imela poškodba mlečnega zobovja večje ali manjše posledice na stalnem zobovju v obliki razvojnih okvar oblike in/ali zgradbe zobnih kron in/ali korenin ter motenj izraščanja stalnih zob (Kosem, 2005).
Smernice IADT (Flores in sod., 2007c) priporočajo postopke zdravljenja različnih poškodb mlečnega zobovja, ki so prvenstveno usmerjeni v zmanjševanje tveganja za razvojne okvare stalnega zobovja, zato med drugim odsvetujejo replantacijo izbitega mlečnega zoba.
Poškodbe mlečnega zobovja v splošnem vključujejo tudi poškodbe mehkih tkiv, tako da strokovnjaki (Andreasen in sod., 2003; Flores, 2007; Flores in sod., 2007c) pri poškodbi mlečnega zobovja priporočajo naslednje nujne ukrepe prve pomoči:

- ostani miren in se osredotoči na otrokovo ugodje;
- pazljivo speri rano z obilo tekoče vode;
- zaustavi krvavitev s 5-minutnim pritiskanjem z gazo ali bombažno tkanino na poškodovano področje;
- poišči nujno pomoč zobozdravnika za otroke.

RAZPRAVA

Poškodbe zobovja otrok in mladostnikov v javnosti žal še niso razpoznane kot dogodki, ki lahko vodijo v resne težave estetske in ekonomske narave, čeprav prizadeti praviloma potrebujejo dolgotrajno zdravljenje in rehabilitacijo, nekateri pa tudi psihološko oporo. Njihova samopodoba je lahko prizadeta, s tem pa tudi samospoštovanje, pridružijo pa se lahko tudi druge neugodne čustvene posledice poškodbe.

Poškodovanci sami in njihovi bližnji pogosto niso seznanjeni niti z najosnovnejšimi priporočili glede ustreznih nujnih ukrepov za oskrbo poškodovanega zobovja, s katerimi bi lahko omejili nastalo škodo. Zato si je potrebno prizadevati za prenos tovrstnih zdravstvenovzgojnih vsebin v javnost, še bolj pomembno pa je, da se predvsem vsi zdravstveni delavci že v času izobraževanja in tudi med poznejšim izpopolnjevanjem seznanjajo vsaj s ključnimi priporočili v zvezi z nujnimi ukrepi pri poškodbah zobovja.
Smernice IADT (Flores in sod., 2007a; Flores in sod., 2007b; Flores in sod., 2007c) so sicer namenjene zobozdravnikom in ne vključujejo samo priporočil za nujno zdravljenje, ampak tudi za nadaljnje postopke zdravljenja in rehabilitacije poškodovanega zobovja, tako da presegajo obseg nujnih ukrepov. Kot določeni priročniki (Andreasen in sod., 2003) in poglavja v učbenikih (Flores, 2007) pa tudi te smernice vključujejo priporočila glede nujnih ukrepov prve pomoči, s katerimi bi morali biti seznanjeni vsi zdravstveni delavci.
Strokovnjaki za zdravstveno nego lahko s takšnim dodatnim znanjem odločilno pripomorejo k boljšemu izidu zdravljenja posameznih poškodb (npr. s hitro replantacijo izbitega stalnega zoba in ustreznimi napotki za takojšnjo nujno zobozdravniško pomoč pri avulziji stalnega zoba) ali k dodatnim možnostim zdravljenja (npr. z ustrezno shranitvijo odlomka pri frakturi zobne krone stalnega zoba), in to bodisi na svojem delovnem mestu bodisi izven njega. Poleg tega lahko pripomorejo k udejanjanju napotkov, ki jih tudi vsebujejo omenjene smernice, npr. napotkov za vzdrževanje dobre ustne higiene in tudi dodatnih napotkov pri določenih vrstah poškodb (npr. napotkov za uživanje mehke hrane prvih 14 dni po poškodbah obzobnih tkiv), posebno še pri poškodovancih, ki se zdravijo v bolnišnici, in pri drugih skupinah poškodovancev, ki potrebujejo strokovno zdravstveno nego.

ZAKLJUČEK

Poškodbe zobovja so pogoste, posebno med otroki in mladostniki. Obravnavati jih je potrebno kot nujna stanja, upoštevaje različno stopnjo nujnosti pri posameznih vrstah poškodb. Pogosto potrebujejo dolgotrajno zobozdravniško zdravljenje, katerega izid je lahko odvisen od ustreznosti nujnih ukrepov prve pomoči po poškodbi. Seznanjenost z ustreznimi ukrepi omogoča tudi strokovjakom za zdravstveno nego, da odločilno pripomorejo k dodatnim možnostim zdravljenja posameznih poškodb zobovja in k njegovemu boljšemu izidu. Potrebno si je prizadevati, da bi bili vsi zdravstveni delavci seznanjeni z ustreznimi priporočili glede nujnih ukrepov prve pomoči pri poškodbah zobovja, poleg njih pa tudi javnost.

LITERATURA

Andreasen FM, Andreasen JO, Tsukiboshi M. Examination and diagnosis of dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007: 255-79.

Andreasen FM, Noren JG, Andreasen JO, Engelhardtsen S, Strömberg UL. Long-term survival of fragment bonding in the treatment of fractured crowns: a multicenter clinical study. Quintessence Int 1995; 26: 669-81.

Andreasen JO, Andreasen FM. Avusions. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007: 444-88.

Andreasen JO, Andreasen FM, Bakland LK, Flores MT. Traumatic dental injuries. A manual. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003.

Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dental Traumatol 2007; 23: 66-71.

Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. Dental Traumatol 2007; 23: 130-6.

Flores MT. Information to the public, patients and emergency services on traumatic dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007: 869-75.

Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. Dental Traumatol 2007; 23: 196-202.

Glendor U, Marcenes W, Andreasen JO. Classification, epidemiology and etiology. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007: 217-54.

Jacobsen I, Andreasen JO. Traumatic injuries – examination, diagnosis and immediate care. In: Koch G, Poulsen S, eds. Pediatric dentistry – a clinical approach. Copenhagen: Munksgaard; 2001: 351–79.

Kosem R, Košir N. Zlomi zobnih kron pri otrocih in mladostnikih. In: Poškodbe zob in obraza. Zbornik predavanj 10. Čelešnikovi dnevi - 4. strokovni seminar; 2002 nov 30; Ljubljana. Ljubljana: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, 2002; 38-40.

Kosem R. Odlomek kot sredstvo za rekonstrukcijo zlomljene zobne krone. In: Kosem R, ed. Sodobne tehnike in sredstva v otroškem in preventivnem zobozdravstvu. Zbornik 8. slovenski pedontološki dnevi; 2007 sep 28-29; Ljubljana. Ljubljana: Sekcija pedontologov Slovenskega zdravniškega društva, 2007; 15.

Kosem R. Razvojne okvare stalnih zob po poškodbah mlečnega zobovja. Zobozdrav Vestn 2005; 60: 20-38.

Skare AB, Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7 – 18 years. Dental Traumatol 2003; 19: 67-71.

PRVA POMOČ PRI NUJNIH STANJIH V PREDELU USTNE VOTLINE IN OBRAZA

Draga Štromajer
UKC Ljubljana
Kirurška klinika
Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
Tel.: 01 522 43 61
Email.: draga.stromajer@kclj.si

IZVLEČEK

Obraz je zaradi svoje izpostavljenosti in sorazmerno slabe zaščite eno najpogosteje poškodovanih področij telesa. Vzroki maksilofacialnih poškodb so najpogosteje prometne nesreče, nasilje, padci, šport.
Poškodbe in nenadna obolenja v predelu obraza in ustne votline redkeje predstavljajo življenjsko ogroženost, zahtevajo pa takojšnjo prepoznavo in pravilno ukrepanje, sicer lahko pride do trajnih in težko popravljivih posledic. Ker so poškodbe obraza lahko v neposredni povezavi z ustno votlino so v članku opisana tista nujna stanja, ki posledično lahko povzročijo življenjsko ogrožujoče stanje.
Posebno mesto zavzemajo poškodovani in izbiti zobje, ki zahtevajo hitro in strokovno ukrepanje že na samem mestu nezgode. Ker je tej temi namenjeno samostojno predavanje ga v članku ne omenjam.
Ukrepi prve pomoči so usmerjeni v stabilizacijo oziroma vzpostavitev osnovnih življenjskih funkcij, zaustavljanja krvavitev, pravilni položaj, imobilizacijo. Dejstvo, da je obraz v psihosocialnem in estetskem smislu najpomembnejši del človeškega telesa pomeni, da je z obolenjem ali poškodbo v tem predelu prizadeta integralna psihofizična celota posameznika. V procesu zdravstvene nege moramo upoštevati vse dejavnike, ki lahko vplivajo na kakršnokoli spremembo zdravstvenega stanja posameznika in v vsak trenutek znati pravilno ukrepati.

KLJUČNE BESEDE: nujna stanja, ustna votlina, maksilofacialne poškodbe, prva pomoč, zdravstvena nega

UVOD

Ustna votlina v človeškem telesu predstavlja začetek prebavne in dihalne poti. Kadar govorimo o nujnih stanjih, smo tako osredotočeni predvsem na zagotavljanje proste dihalne poti. Vzroki za zaporo oziroma motnjo v dihalni poti so poškodbe, krvavitve, vnetja, obolenja.

Pri bolnikih z nujnim stanjem gre običajno za visoko stopnjo ogroženosti, ki je posledica poškodbe ali nenadnega obolenja. Značilne so hitre spremembe bolezenskega stanja, bistveno je zmanjšana sposobnost samooskrbe pri zadovoljevanju potreb. Bolnik je v položaju odvisnosti, kar lahko ogrozi njegovo avtonomijo.

Nujna stanja in prva pomoč

Akutna obolenja ali poškodbe v sami regiji običajno niso neposredno življenjsko ogrožujoča, zahtevajo pa takojšnjo prepoznavo in ustrezno ukrepanje.
Pri začetni oskrbi upoštevamo principe prve pomoči, kjer si pri hitri oceni stanja pomagamo s pravilom ABCD:
A – airway = odprtje in vzdrževanje proste dihalne poti; zaščita vratne hrbtenice
B – breathing = nadzor dihanje
C – circulation = nadzor krvnega obtok, zaustavljanje krvavitev, nadomeščanje tekočin
D – disability = nezmožnost; hitra ocena nevrološkega stanja

Maksilofacialne poškodbe kompromitirajo dihalno pot iz sledečih vzrokov:

1. premika zlomljene zgornje čeljustnice navzad in s tem zapore žrela
2. dvojnega zloma sprednjega dela spodnje čeljustnice, pri katerem v žrelo zdrsne jezik, ki izgubi svojo sprednjo oporo
3. tujkov (zob ali delcev zob, zobnih protez, delcev kosti) in tekočin (krvi, sline, sluzi)
4. obsežne otekline tkiv ustne votline in žrela (Gorjanc,2006)

Prva pomoč je z odstranitvijo tujkov, dvigom spodnje čeljustnice in pomikom jezika naprej (trojni manever). V primernih pogojih lahko dihalno pot učinkovito očistimo z aspiracijo tekočin iz ustne votline, žrela in nosu.

Zlom mandibule - spodnje čeljustnice
Oteklina, bolečina, podpludba, spremenjena oblika in krvavitev so tipični znaki za poškodbo skeleta. Zlom spodnje čeljustnice spremlja še omejena gibljivost, premik med zobmi in porušena okluzija.
Nezavestnega poškodovanca najprej obrnemo v pravilni bočni položaj (pred tem mu po potrebi imobiliziramo vratno hrbtenico), da mu zagotovimo prosto dihalno pot. Nato pogledamo v ustno votlino ter jo očistimo (izbruhana masa, kri, izbiti zobje) in odstranimo zobno protezo.
Pri pacientih, ki so pri zavesti najprej izvedemo trojni manever. Spodnjo čeljustnico imobiliziramo s fračo za brado. Poškodovanec mora biti pri zavesti, dihalna pot skozi nos mora biti ohranjena. V nasprotnem primeru je takšna imobilizacija dovoljena šele ob zagotovitvi ustrezne dihalne poti. Ledena obloga na poškodovano mesto omili bolečino. Strokovna kirurška pomoč je najprej imobilizacija z žično zanko (ligaturo) okrog zob, ki omejuje lomno poko ali z vezavo posebnih opornic (kamb), ki jih z žicami zvežejo ob zobe. S povezavo kamb v zgornji in spodnji čeljusti lahko zlom popolnoma imobiliziramo tudi za dalj časa ali ta način uporabimo za lažjo naravnavo zloma med operacijo. Končna oskrba je praviloma operativna z osteosintezo.

Zlom zgornje čeljustnice

Prisotna je oteklina in podplutba lic in vek. Spremlja jo krvavitev iz nosnic in iz ust. Spremenjen in nepopoln je stik zgornjih in spodnjih zob, zgornja čeljustnica je premična, občutek lica in dlesni na zgornjih zobeh je na dotik zmanjšan ali odsoten. Krvavitev je lahko huda in življenjsko ogrožujoča. Najprej zagotovimo prosto dihalno pot in ustavimo krvavitev. Nezavestnega poškodovanca damo v bočni položaj. Poškodovanec, ki je pri zavesti se ne usekuje oziroma ne piha skozi nos.
Varno dihalno pot lahko vzpostavimo z vstavitvijo tubusa in zaustavitvijo krvavitve s sprednjo in zadnjo nosno tamponado. Dokončna oskrba je kirurška z naravnavo zlomov in osteosintezo. Preko poškodovanega dela obraza namestimo ledene obloge, ki omilijo bolečino in zmanjšujejo krvavitev.

Krvavitve v ustni votlini
Krvavitev je pri maksilofacialnih poškodbah zaradi dobre prekrvavljenosti tkiv lahko obilna, vendar težko ocenimo stopnjo krvavitve zaradi zatekanja krvi v nosno votlino, ustno votlino ter naprej v žrelo, požiralnik, sapnik. Posebej ogrožujoče so krvavitve, ki nastanejo ob zlomih zgornje čeljusti.
Krvavitev v ustni votlini lahko nastopi po operativnih posegih v ustni votlini. Vzroki so lahko lokalni (pomankljiva intraoperativna hemostaza) ali sistemski (motnje v strjevanju krvi).
Zunanjo krvavitev ustavimo tako, da rano pokrijemo s sterilnim povojem ter jo povijemo, pri večjih krvavitvah pa izvajamo direktni pritisk na krvavečo rano ali žilo.
V prvi pomoči krvavitev v ustni votlini skušamo ustaviti s pritiskom tampona direktno na mesto krvavitve. Če je poškodovanec pri zavesti in zmožen lahko pritiski tampona z ugrizom izvaja sam.
Pri nezavestnem poškodovancu pa je bistvenega pomena, da ga namestimo v bočni položaj s čemer omogočimo, da kri odteka navzven in s tem preprečujemo morebitno zadušitev. Zavesten poškodovanec bo kri izpljunil ali izkašljal.
Krvavitev iz zadnjega dela nosne votline ali iz žrela lahko ustavijo le strokovno usposobljene osebe z zadnjo nosno tamponado. Ledene obloge lahko zmanjšujejo krvavitev.

Odontogena vnetja
Vnetja, ki nastanejo zaradi bakterijske okužbe zob in obzobnih tkiv in se skozi koreninski kanal zoba ali paradontalni žep širijo v globlja tkiva lahko povzročijo življenjsko ogrožujoče stanje. Vnetje se lahko razširi na obraz, v vrat, v prostore med žvečnimi mišicami, v žrelo, močno naraste telesna temperatura, nastane ustna zapora, pojavijo se težave pri dihanju in požiranju. Odontogeno vnete lahko poteka kot absces ali kot flegmona. Absces in flegmona se razlikujeta po trajanju, bolečnosti, obsegu, konzistenci otekline, prisotnosti gnoja in potencialni nevarnosti. Pri flegmoni je napredovanje vnetja hitrejše kot pri abscesu, bolečina je hujša, razsežnost večja in prehod v neprizadeti predel ni ostro omejen. V začetku je flegmona na otip mehka, v napredovalnem stadiju pa postane otečeni predel trd. Pri flegmoni praviloma ne pride do nastanka gnoja. V takem primeru je ključnega pomena vzpostavitev proste dihalne poti. V prvi pomoči je potrebno akutno vnetje prepoznati in čim hitreje poklicati strokovno pomoč. Pomoč mora biti hitra, največkrat je potrebna endotrahealna intubacija, lahko pa je zapora tako velika, da intubacija ni več mogoča, zato je v tem primeru potrebno narediti urgentno traheotomijo.

Traheotomija je kirurški poseg, pri katerem prerežemo kožo na vratu in strukture pod njo, ter zraku odpremo prosto pot neposredno v sapnik.
Zdravljenje vnetja je vedno kirurško – odstranitev vzroka (izdrtje zoba , incizija, drenaža) in nekirurško protivnetno zdravljenje z antibiotiki.

Oskrba bolnika z vidika zdravstvene nege
Oskrba bolnika z nujnim stanjem v področju obraza in ustne votline je usmerjena najprej v stabilizacijo urgentnega stanja. Med pomembnejše spada vzpostavitev in vzdrževanje osnovnih življenjskih funkcij ter nujno simptomatično zdravljenje in ukrepanje glede na zdravstveno stanje bolnika. Naloge medicinske sestre pri oskrbi bolnika so jasno opredeljene:

- skupaj z zdravnikom pričaka bolnika in si pripravi vse potrebne pripomočke za oskrbo. Prihod življenjsko ogroženega bolnika mora biti javljen v naprej.
- prevzem bolnika poteka ob ustni in pisni predaji ob bolniku. Od reševalcev običajno dobimo največ anamnestičnih podatkov
- sodeluje pri temeljnih postopkih oživljanja, stabilizaciji vratne hrbtenice, intubaciji, traheotomiji
- vzpostavi prosto vensko pot in po naročilu aplicira tekočino, zdravila
- pomiritev bolnika, razložimo mu pomen in način dihanja glede na obolenje skozi usta ali nos
- bolnik sam ali ob pomoči odstrani zobno proteze ali tujke iz ustne votline
- po potrebi aspirira kri, slino, izbruhano vsebino
- merjenje vitalnih funkcij in opazovanje bolnika
- sodelovanje pri diagnostično – terapevtskih posegih (ustavljanje krvavitev, fiksacija zlomov, toaleta in preveza ran, pravilni položaj)
- priprava bolnika na operativni poseg v splošni ali lokalni anesteziji
- priprava prostora in pripomočkov, ki vključujejo pripravo operacijske mize, aparatur, ustreznega inštrumentarija, pripomočkov za imobilizacijo
- sodelovanje med operativnim posegom
- spremljanje bolnika po operativnem posegu, opazovanje življenjskih funkcij, merjenje parametrov dihanja
- dokumentiranje

Cilj zdravstvene nege je stabilizacija zdravstvenega stanja bolnika, fizičnega kot tudi psihičnega glede na bolnikove potrebe.

Komunikacija
Komunikacija je vitalna aktivnost potrebna za kontakt z ljudmi. Pacienti, pri katerih je prišlo do nujnega stanja so prizadeti telesno in čustveno.
Mišljenje, da za komunikacijo pri bolnikih, kjer se rešujejo urgentna stanja ni časa, morda drži le za čas prvih najnujnejših ukrepov oživljanja, kasneje pa se hote ali nehote vključujemo v proces komunikacije, verbalne in neverbalne.
Pomembna vloga medicinske sestre je v tem, da skuša pomiriti bolnika, mu prisluhne in pomaga izraziti čustva in občutja strahu. Njeno ukrepanje mora biti hitro, natančno in strokovno. Odnos medicinske sestre do bolnika mora biti čim bolj profesionalen, vendar tudi dovolj human – človeški, da ji omogoča razumevanje stisk in problemov

posameznika na eni strani in trezna presoja situacij in problemov ter njihovo smiselno reševanje na drugi strani.

ZAKLJUČEK

Nujna stanja v predelu ustne votline, ki so povezana s poškodbo ali obolenjem v predelu maksilofacialnega predela običajno niso neposredno življenjsko ogrožujoča. Lahko pa se stanje hitro spremeni in z neustreznim ukrepanje lahko pride do hudega poslabšanja stanja ali do kasnejših zapletov in posledic. Ravnanje zdravstvene nege mora biti naravnano v stabilizacijo zdravstvenega stanja. Pomembno je timsko delo, hitro, učinkovito in strokovno ukrepanje in predvsem prepoznava vseh življenjsko ogrožujočih stanj.

Pri tem je pomembno, da se zavedamo, da ima obraz nenadomestljivo identifikacijsko in komunikacijsko vlogo in da so vsa ta občutja prisotna tudi pri pacientu.

LITERATURA

1. Ahčan G. U. Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri ; Ljubljana, Rdeči križ Slovenije 2006; str. 225 – 245
2. Dovšak D. Odontogena vnetja. Zbornik predavanj XXXVI. Podiplomskega tečaja kirurgije, Uredil prof. dr. Vladimir Smrkolj; Ljubljana 2000; 24 – 31
3. Gorjanc M. Nujna stanja v maksilofacialni in oralni kirurgiji; Zborni predavan Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Terme Čatež; 2001; str .47-52
4. Štromajer D.Vloga medicinske sestre in ukrepi zdravstvene nege pri nujnih stanjih v maksilofacialni in oralni kirurgiji; Zborni predavan Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Terme Čatež; 2001, str. 53-60
5. Trobec I.: Urgentna traheotomija pri odontogenem vnetju; Zbornik predavanj Kakovostna in varna zdravstvena nega maksilofacialnega in oralno-kirurškega pacienta, Brdo pri Kranju; 2008, str. 22-24
6. Poškodbe zob in obraza. Zbornik predavanj X. Čelešnikovih dnevov in 4. strokovnega seminarja. Ljubljana: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije; 2002

USTNA NEGA PO KIRURŠKIH POSEGIH V USTNI VOTLINI

Trobec Irena, DMS
Univerzitetni Klinični center, Kirurška klinika
KO za Maksilofacialno in oralno kirurgijo
Zaloška cesta 2
1000 Ljubljana
Telefon; 01/522-42-57
e-naslov; irena.trobec@kclj.si

IZVLEČEK:

Prispevek želi prikazati različne načine izvajanja ustne nege po posameznih kirurških posegih v ustni votlini in poudariti pomen ustne nege pri zdravljenju in hitrejšem celjenju operativne rane. Želi prikazati povezavo med poznavanjem kirurškega posega v ustni votlini z izvajanjem ustne nege.

KLJUČNE BESEDE - Ustna votlina, kirurški poseg, ustna nega

UVOD

Redna nega zob in ustne votline sodi v področje osebne higiene vsakega zdravega človeka v vseh življenjskih obdobjih, še bolj pa je potrebna bolnemu človeku. Na KO za Maksilofacialno in oralno kirurgijo (MA-FA) predstavlja ustna nega v pooperativnem obdobju pomembno negovalno intervencijo, ki je prilagojena kirurškemu posegu v ustni votlini.

Področje delovanja KO za MA-FA kirurgijo predstavlja predvsem kirurško zdravljenje poškodb obraza in zob, tumorsko kirurgijo, kirurgijo prirojenih in razvojnih nepravilnosti obraza in ustne votline, kirurško zdravljenje bolezni žlez slinavk, kirurško zdravljenje vnetij ter oralnokirurške posege (izklesanje modrostnih zob, apikotomije, predprotetična kirurgija, implantologija…)(Kansky, 2008) Specialistično kirurško zdravljenje poteka v ambulantni dejavnosti v lokalni anesetezijі in hospitalni dejavnosti, kjer potekajo kirurški posegi v splošni anesteziji. Po vsakem kirurškem posegu v ustni votlini je potrebno bolniku podati jasna navodila glede izvajanja ustne nege, še posebno, če je bolnik takoj po kirurškem posegu odpuščen v domačo oskrbo. V bolnišnici medicinska sestra načrtuje in izvaja ustno nego po procesni metodi dela. V veliko pomoč ji je standard negovalne intervencije, v specifičnih primerih pa so dobrodošla vsa dodatna znanja.

Ustna votlina predstavlja obsežen rezervoar mikrobne populacije, ki je v dinamičnem ravnovesju z lokalnimi obrambnimi mehanizmi, seveda v primeru, da je zagotovljena

integriteta sluznic v ustni votlini. Večina oralnokirurških posegov prištevamo med čiste kirurške posege pri katerih s prekinitvijo sluznic omogočimo mikroorganizmom ustne flore dostop do sterilnih okolnih tkiv. Po kirurškem posegu v ustni votlini so dobro prekrvljena tkiva sposobna mikroorganizme odstraniti in v nekaj dneh obnoviti prekinjena ali poškodovana tkiva (Gorjanc, 2001).
V raziskavi narejeni na Japonskem je bilo ugotovljeno, da strokovno izvedena ustna nega pri starejši populaciji bolnikov, zmanjša prisotnost patogenih mikroorganizmov v ustni votlini, kar pa zmanjša tudi možnost nastanka respiratornih komplikacij (Abe in sod., 2001). Raziskava narejena v ZDA pa potrjuje mnoga dejstva, da preventivno izvajanje ustne nege pri bolnikih, ki potrebujejo umetno ventilacijo, preprečuje nastanek respiratorne pljučnice. Zato bi bilo potrebno, da bi izvajanje ustne nege postala ena izmed prioritet zdravstvene nege v enotah intenzivne nege in terapije (Allen Furr in sod., 2003).

Negovalna intervencija – ustna nega
Medicinska sestra izvaja ustno nego po procesni metodi dela. Ugotavljanje stanja higiene ust je mogoča glede na pridobljene podatke in ocene bolnikovih navad, stanja zob in ustne sluznice ter pripomočkov za ustno nego. Opazi lahko vidne spremembe ustne sluznice, zob in ustnic, neprijeten zadah. Na podlagi pogovora z bolnikom in bolnikove dokumentacije ugotovi, kakšno je bolnikovo zdravstveno stanje, kakšne so njegove higienske navade, ali nosi zobno protezo, sposobnost samooskrbe…Glede na zbrane podatke ugotovi odstopanja in določi negovalne diagnoze na podlagi katerih skupaj z bolnikom določita negovalne cilje. Medicinska sestra nato načrtuje izvajanje negovalne intervencije – ustne nege, pripomočke, pogostost izvajanja pred kirurškim posegom, po kirurškem posegu pa je potrebno ustno nego prilagoditi glede na zahtevnost in vrsto kirurškega posega. Bolnika usmerja k čimprejšnji samostojnosti, mu pomaga in naredi ustno nego, če jo bolnik sam ne zmore ali ne sme. Po opravljeni ustni negi vrednoti stanje ust glede na postavljene cilje. Vsa opažanja dokumentira, ter opozori zdravnika na morebitne posebnosti.

Predoperativna ustna nega
Pred vsakim kirurškim posegom v ustni votlini je potrebno maksimalno zmanjšati število mikroorganizmov, ki predstavljajo normalno ustno floro v ustni votlini. Ustna nega z zobno ščetko in zobno pasto se izvede pol ure pred predvidenim kirurškim posegom. Tik pred kirurškim posegom v lokalni anesteziji si bolnik razkuži ustno sluznico z antiseptikom - 0,2 % Klorheksidinijev diglukonat, katerega žvrklja v ustih pol minute. Po tem si bolnik več ne izpira ust. Bolnikom v splošni anesteziji pa usta tik pred operativnim posegom razkuži kirurg z 3% Vodikovim peroksidom in sterilno Fiziološko raztopino.

Pooperativna ustna nega
V pooperativni zdravstveni negi bolnika po kirurškem posegu v ustni votlini je pomembno izpostaviti pomembne dejavnike, ki vplivajo na izvajanje drugih življenjskih aktivnosti. To so kirurška rana, bolečina in oteklina v ustni votlini. Usta predstavljajo začetek prebavne poti in običajno po oralnokirurškem posegu ostaja način prehranjevanja nespremenjen - peroralno, spremenjena pa je konsistenca hrane. Le pri obsežnejših kirurških posegih bolniki preidejo za določen čas (7-10 dni) na hranjenje po nasogastrični sondi. Prisotnost ostankov hrane, slina, krvni elementi, mikroorganizmi pa predstavljajo v

eni besedi zobne obloge - plak, ki se nabira na zobnih površinah, površinah dlesni in operativni rani. Po kirurškem posegu v ustni votlini je ustna nega izredno pomembna negovalna intervencija z naslednjimi splošnimi cilji, ki so nam vsem poznani:

- obdržati ustno sluznico in ustnice čiste, vlažne, prožne, nepoškodovane,
- dobro odstraniti ostanke hrane in zobne obloge,
- pospeševati odpornost ustne sluznice,
- osvežiti usta,

in specifični glede na stanje in obolenje v ustni votlini:

- preprečevati vnetja,
- pospeševati celjenje operativne rane,
- zmanjšati občutek žeje,
- zagotoviti boljše počutje,
- preprečevati nastanek respiratornih komplikacij.

Pogostejše umivanje zob in ustne votline je torej potrebno:

- po poškodbi ali operaciji v ustni votlini,
- z obolenjem ali spremembami v ustni votlini,
- s povišano telesno temperaturo,
- pri bolniku, ki je izsušen,
- pri bolniku, ki je nezavesten in komatozen,
- pri bolniku, ki se hrani po nasogastrični sondi ali stomi,
- pri bolniku, ki ima zmanjšano izločanje sline,
- pri bolniku, ki ima slab okus ali zadah iz ust.

Glede na specifičnost operativnega področja je na podlagi izkušenj in sklepa kolegija na KO za MA-FA kirurgijo način izvajanja ustne nege odvisen od oralnokirurškega posega, ki je bil narejen v ustni votlini, ustna nega se izvede s čisto tehniko, s sterilnimi in čistimi pripomočki zato poznamo;

- Ustna nega pri bolniku, ki ima opornice za intramaksilarno fiksacijo in zvezane zobe
- Ustna nega pri bolniku s kirurško rano, ki je speta s šivi (izkles zoba, osteosinteza kosti, razvojne nepravilnosti…)
- Ustna nega pri bolniku z rano, ki ni speta s šivi (izdrtje zoba, incizijska rana)
- Ustna nega po operaciji karcinoma z rekonstrukcijo tkiva in kosti z režnjem

Ustna nega pri bolniku, ki ima opornice za intramaksilarno fiksacijo in zvezane zobe

Bolnik ima zaradi konzervativnega ali pooperativnega načina zdravljenja vstavljeno gornjo in spodnjo kovinsko opornico na zobeh, kateri sta pritrjeni s kovinskimi žicami, ki so fiksirane preko dlesni vsakega posameznega zoba v ustih, kar običajno rani ustno sluznico. Za fiksacijo zloma čeljustnic se namestijo kovinske žice ali gumice, tako, da ima bolnik »zvezane zobe« oz. intramaksilarno fiksacijo čeljustnic.

Ustna nega :

- temeljito ščetkanje zob z mehko in manjšo zobno krtačko in nepekočo zobno pasto po vsakem hranjenju. Ščetkamo lahko le z vestibularne (sprednje) strani, lingvalno pa ne, zato je potrebno še,
- intenzivno spiranje pod pritiskom s pomočjo brizgalke z dodano cevko z vodo po vsakem hranjenju (doma lahko ustna prha),

- spiranje ustne votline z blagim antiseptikom 5-6x na dan (0,5% jodova raztopina v kamiličnem čaju), ker kovinske žice lahko ranijo ustno sluznico.

Ustna nega pri bolniku z kirurško rano, ki je speta s šivi (izkles zoba, osteosinteza kosti, razvojne nepravilnosti…)
Po oralno kirurškem posegu ima bolnik v ustih rano, ki je speta s šivi.
Ustna nega:

- predel rane nežno očistimo s sterilnimi gobicami za ustno nego ali sterilnimi vatnimi palčkami, ki smo jih prelili ali namočili s pripravljeno antiseptično raztopino (0,5% jodova raztopina v kamiličnem čaju - natočimo v plastičen kozarček),
- ostale zobe temeljito ščetkamo z mehko in manjšo zobno krtačko in nepekočo zobno pasto po vsakem hranjenju, razen v predelu rane ne,
- po naročilu zdravnika rano tudi jodiramo s sterilno vatno palčko,
- ustno votlino spiramo z antiseptično jodovo raztopino 5-6x na dan,
- pri dojenčkih in malih otrocih do 3 let po oralnokirurškem posegu (razvojna nepravilnost) - po vsakem obroku hranjenja otroku ponudimo čaj – lahko kamilični oz. tistega, ki ga ima otrok rad, seveda brez sladkorja, da ga popije, s tem si spere hrano iz ust. V primeru, da ima otrok že izrasle mlečne zobe svetujemo staršem tudi ščetkanje, ki pa je v večini primerov težko izvedljivo.

Ustna nega pri bolniku z rano, ki ni speta s šivi (izdrtje zoba, incizijska rana)
Pri oralnokirurškem posegu, kjer pride do izdrtja zob in je rana odprta je potrebno upoštevati naravni potek celjenja rane. Rane se ne sme izpirati, da se ne odstrani nastali koagul, ki je nujno potreben za celjenje rane.
Ustna nega:

- zobe se po hranjenju ščetka z manjšo, mehko zobno ščetko in nepekočo zobno pasto (ali brez zobne paste), razen v predelu rane ne, brez izpiranja rane z vodo,
- s kamiličnim čajem ali slano vodo se lahko razkuži ustno sluznico, vendar brez izpiranja ekstrakcijske rane z tekočino, brez drezanja v rano in brez izsesavanja rane.

Ustna nega po operaciji karcinoma z rekonstrukcijo tkiva in kosti z režnjem
Ustni negi morajo posebno skrb posvečati karcinomski bolniki. Pred sprejemom v bolnišnico si ti navadno zob in ustne votline ne umivajo redno, saj je eden izmed etioloških dejavnikov za nastanek raka tudi slaba higiena ust. Pri izvajanju ustne nege pred operacijo je potrebno biti pazljiv, da se ne rani tumor.
Po operaciji je izvajanje ustne nege potrebno prilagoditi individualnim potrebam - bolečini, obsežni oteklini, težjemu odpiranju ust, odsotnosti požiralnega refleksa… Pri izvajanju ustne nege medicinska sestra hkrati opazuje celjenje operativne rane, v primeru rekonstrukcije z režnjem pa tudi nevarnost odmrtja režnja zaradi arterijske ali venske tromboze. Bolnik se hrani po nasogastrični sondi, diha skozi traheostomo in ima kisikovo terapijo. Vse to suši ustno sluznico in povečuje nabiranje ustnih oblog na jeziku, nebu, in drugod po sluznici. (Ivanuša in Železnik, 2002) Zato je potrebna intenzivna ustna nega, kar pomeni, da se ustna nega izvaja pogosto in temeljito.

Intenzivna ustna nega:

- po operaciji karcinoma v ustni votlini izvaja nekaj dni ustno nego izključno medicinska sestra. Raziskava narejena leta 2005 na našem oddelku je pokazala, da so medicinske sestre po operaciji karcinoma izvajale ustno nego tudi do 6 dni po operaciji pri 25 bolnikih od 30 vseh anketiranih bolnikov.

Tabela; Število dni, ko so ustno nego po operaciji izvajale medicinske sestre

Število dni	**Število**
1 dan	3
2 - 3 dni	6
4 - 5 dni	2
6 dni in več	14
Nikoli	2
Se ne spominjam	3
Skupaj	**30**

- na dan operacije v ustni votlini se ustna nega ne izvaja intenzivno, vzdržujejo se pogoji za aseptično stanje operativne rane v ustni votlini s sterilno aspiracijo krvi, sluzi, sline, ki se nabira v ustni votlini,
- kasneje je potrebna intenzivna ustna nega na 1-2 uri,
- bolnik je med izvajanjem ustne nege v sedečem ali bočnem položaju. Pripravimo si več sterilnih gobic za 1x uporabo. S sterilnimi gobicami prelitimi ali namočenimi s pripravljeno antiseptično jodovo raztopino nežno in z občutkom očistimo področje operativne rane, ki je speto s šivi, ustno sluznico, dlesen, jezik in sicer od zadaj naprej, očistimo tudi morebitne prisotne zobe, vsakič uporabimo novo sterilno gobico, ki jo sproti namočimo ali prelijemo s jodovo raztopino.
- vlažimo ustnice, ustno sluznico in jezik s kamiličnim čajem ali fiziološko raztopino,
- mažemo ustnice s pomočjo vatnih palčk,
- z brizgalko napolnjeno s pripravljeno raztopino izpiramo bolnikovo ustno votlino tako dolgo, dokler v ledvički ni čiste tekočine,
- bolnikom, ki imajo ohranjene zobe ščetkamo zobe z manjšo, mehko zobno ščetko in nepekočo zobno pasto po hranjenju, (ali brez zobne paste) šele potem, ko so rane zaceljene in se oteklina zmanjša - kar pomeni teden dni po operaciji,
- izvajamo dodatna zdravnikova navodila.

Sredstva, ki jih uporabljamo za izpiranje ustne votline

Uporabljajo se različni zdravilni čaji in blaga nepekoča antiseptična sredstva, ki ne dražijo ustne sluznice, hkrati pa pospešujejo celjenje operativne rane

- zdravilni čaji (kamilica, žajbelj) vsebujejo eterično olje, ki blagodejno deluje na ustno sluznico in so prijetnega okusa. Čaje pripravimo večkrat na dan sveže in ponudimo za izpiranje ust;

- fiziološka raztopina (0,9% NaCl) pomaga pri tvorbi granulacijskega tkiva in s tem pospešuje celjenje ustne sluznice;
- 1% Betadine (Povidon za sluznice) deluje antiseptično. Na podlagi pozitivnih izkušenj na KO za MA-FA kirurgiji se uporablja 0,5% raztopina Betadine v kamiličnem čaju. Raztopina se vsakodnevno pripravi za vsakega bolnika, ki potrebuje spiranje ustne votline.

Sredstva za vlaženje in nego ustnic

Po operativnem posegu v ustni votlini so ustnice otekle, razpokane, izsušene, v ustnih kotih se lahko pojavijo ragade. Za nego ustnic se uporabljajo:

- vazelin, ki ustvarja oljno zaščito in preprečuje izsušitev;
- kreme za ustnice; Bepantene, Rododerm, A vitaminsko mazilo.

ZAKLJUČEK

Kljub številnim najrazličnejšim bakterijam v ustni votlini predstavlja nepoškodovan epitelij in slina s antimikrobnim delovanjem ob normalni odpornosti dober odpor proti infekcijam. S kirurškim posegom prekinemo epitelij, hkrati pa je oslabljena odpornost organizma. Z ustno nego, ki jo izvajamo redno in strokovno zagotavljamo optimalne pogoje za uspešno in hitrejše celjenje operativne rane v ustni votlini in preprečujemo nastanek vnetja.

Po oralnokirurškem posegu so pripomočki za ustno nego lahko čisti, zato je glavni pripomoček za čiščenje zobna ščetka, nepekoča zobna pasta, lahko tudi brez zobne paste, spiramo z blagim nepekočim antiseptičnim sredstvom, ki ne draži sluznice, ostali pripomočki so čisti in sterilni, da bolnika zavarujemo pred dodatno okužbo. V primeru, ko je bil izveden zahtevnejši kirurški poseg in bolnik potrebuje intenzivno ustno nego na 1-2 uri izvajamo ustno nego s čistimi in sterilnimi pripomočki – sterilnimi gobicami, da bolnika ne izpostavljamo dodatnemu tveganju okužbe, poseg pa je narejen s čisto tehniko. V pripravi je standard ustne nege po omenjenih kirurških posegih v ustni votlini, s katerim zagotovimo potrebno kakovost in se izognemo morebitnim zapletom.

Ustna nega je in mora biti ena izmed prioritet zdravstvene nege v ustni votlini, lahko pa si postavimo cilj, da postane ena izmed pomembnih negovalnih intervencij tudi v drugih enotah intenzivne nege in terapije v smislu preventivnega delovanja.

LITERATURA

- Abe S, Ishihara K, Okuda K. Prevalence of potential respiratory pathogens in the mouths of elderly patients and effects of professional oral care. Isis 2001; 32: 45. Dostopno na internetu: http:/www.sciencedirect.com/science?_ArticleURL&_ASET=B-WA-A-W-AW – MsS. html, 17.2.2005.
- Allen Furr L, Binkley C, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units. Journal of advanced nursing 2004; 48: 454.
- Brce M. Ustna nega. V: Zbornik predavanj strokovnega seminarja, Zdravstvena nega maksilofacialnega in oralnokirurškega pacienta, Ljubljana, 2005:44-47.

- Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002: 66-73.
- Kansky A.oralnokirurški posegi v lokalni anesteziji. V: Zbornik predavanj 2. strokovnega seminarja; Kakovostna in varna zdravstvena nega maksilofacialnega in oralno-kirurškega pacienta.; ZMOKS, Brdo pri Kranju, 2008;63.
- Gorjanc M. Antibiotična profilaksa pri zobozdravniških posegih. V:Zbornik predavanj podiplomskega izobraževanja, Klinični center Ljubljana: Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Ljubljana, 2001: 46.
- Mamilovič E. Ustna nega. V: Standardi onkološke zdravstvene nege: Ustna votlina. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1996: 5-22.
- Trobec I. Ustna nega po operaciji karcinoma v ustni votlini. Diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.

USTNA NEGA INTUBIRANEGA PACIENTA V NEVROLOŠKI INTENZIVNI TERAPIJI

Helena Jemec, DMS
Saša Petrič, TZN
Klinični oddelek za vaskularno in intenzivno nevrološko terapijo (KOVNINT)

IZVLEČEK

Ustna nega intubiranega pacienta je pomemben del osebne higiene. Vpliva na zdravstveno stanje pacienta, saj nezadovoljiva ustna nega intubiranega pacienta lahko predstavlja vir okužbe, možnost aspiracije tekočine, razjede zaradi pritiska, poškodbe sluznice in zob, obloge na jeziku ter neprijetenega vonja iz ustne votline. Medicinska sestra mora biti dobro poučena in mora znati dobro opazovati in oceniti posamezne potrebe pri pacientu, da zna pravilno ukrepati, ko se ti zapleti pojavijo. Ustna nega intubiranega pacienta se izvaja po določenem standardu večkrat na dan.

KLJUČNE BESEDE: ustna nega, intubacija, aspiracija, zdravstvena nega

UVOD

Čista in zdrava ustna votlina pomembno vpliva na dobro počutje vsakega človeka. Skrbna ustna higiena predstavlja pomemben del popolne zdravstvene nege vseh pacientov, ne glede na njihovo zdravstveno stanje. Medicinska sestra mora pri vsakem pacientu ocenjevati zdravstveno stanje in ugotavljati potrebe po zdravstveni negi s pregledom ustne votline in prepoznati pomanjkljivosti le te. Glede na potrebe pacienta nato izvaja zdravstveno nego ustne votline (Stele, 2008).
Na kliničnem oddelku za vaskularno in intenzivno nevrološko terapijo (KOVNINT) se zdravstvena nega ustne votline izvaja pri pacientih, ki so nezavestni, umetno sedirani in imajo endotrahealni tubus, kar otežuje izvajanje same ustne nege. Zato mora biti medicinska setra pozorna in dobro poučena. Poznati mora postopek aspiracije, vse zaplete, ki lahko nastanejo pri izvajanju. Zdravstvena nega ustne votline se izvaja redno po protokolu ter individualno, odvisno od potreb pacienta. Zadnje dva meseca pa se izvaja tudi študija, kjer se izvaja ustna nega na vsakih šest ur s pomočjo sukcijskih krtačk. Namen te študije je, da ugotovimo, koliko se bo zmanjšala aspiracijska pljučnica pri umetno ventiliranih pacientih v KOVNINT-u s pomočjo sukcijskih krtačk.

RAZPRAVA

Intubiran pacient je življenjsko ogrožen. Zaradi paranteralnega hranjenja in številnih terapij se spremeni normalna ustna flora, zaradi česar nastanejo patološke spremembe v ustni votlini. Naloga medicinske sestre je, da spremembe dovolj hitro opazi in ustrezno ukrepa (Stele, 2008).
Nezavestni pacienti ne morejo in ne smejo ničesar uživati skozi usta. Pogosto dihajo skozi usta ali pa imajo umetno dihalno pot (endotrahealni tubus), hrano dobivajo preko nazogastrične sonde. Večina pacientov ima terapevtsko dodan kisik. Vse to suši ustno sluznico, povečuje se nabiranje oblog na jeziku, nebu in drugod po ustni sluznici. Pri pacientih, ki nimajo žrelnega refleksa, zaradi nevroloških izpadov, se nabira slina in se zateka v sapnik, kar lahko povzroči aspiracijo tekočine v pljuča. Taki pacienti imajo vstavljen ustni tubus (Ivanuša, 2002).

Intubacija

Eno najpomembnejših opravil v intenzivni negi je vzpostaviti prehodnost zračnih poti in s tem v pljučih omogočiti plinsko izmenjavo. Del te dejavnosti je pravilna vstavitev endotrahealnega tubusa skozi usta v sapnik. S tem dejanjem dosežemo: odstranitev obstrukcije dihalne poti, zaščita spodnjih dihal pred aspiracijami, omogočanje mehanske ventilacije in traheobronhialne sukcije (Drinovec, 1999).

Aspiracija

Zaradi umetne dihalne poti je potrebno redno skrbeti za čiščenje dihalne poti. Takšen pacient se ponavadi težko izkašlja ali se celo ne more. To napravimo z aspiracijo skozi tubus, ustno in nosno votlino. Aspiracija sekreta iz žrela ali iz sapnika sta tehniki toalete dihalne poti, ki sta potrebni za vzdrževanje proste dihalne poti. Aspiracija pomeni uvajanje tankega plastičnega ali gumijastega katetra skozi nos, usta ali v sapnik (tubus) (Ivanuša, 2002).

Paciente je potrebno redno aspirirati, kadar sam nima toliko moči, da bi se lahko izkašljal. Pri umetno ventiliranih bolnikih moramo redno skrbeti za čisto dihalno pot, saj se lahko na stene tubusa prilepi sekret, kar lahko zamaši tubus in s tem povzroči neprehodnost dihalne poti. Pogostost aspiracij je odvisna od posameznega pacienta in njegovih potreb in ni mišljena kot rutinski poseg. Pri aspiraciji lahko pride do raznih zapletov, kot so padec kisika v krvi, tahikardij, povišanega krvnega pritiska ter nevarnost ekstubacije. Zato mora biti medicinska sestra dobro poučena o najvarnejši in najmanj travmatični aspiracijski tehniki. Pacienta je potrebno na aspiracijo temeljito pripraviti, preden se le ta izvede. Za aspiracijo se odločimo, kadar opazimo pri pacientu nenormalno dihanje (hropenje), spremembe v sekreciji (gostota in barva sekrecije), neučinkovito izkašljevanje (Raca, 2008).

Ustna nega intubiranega pacienta

Pripomočki:
- set za ustno nego;
- kamiličen čaj, ustna voda (Biothene);
- mazilo za ustnice;
- loparček;
- ustni tampon;
- trak za fiksacijo tubusa;
- aspirator in aspiracijske cevke;
- zloženci;
- rokavice za enkratno uporabo in sterilne rokavice za aspiracijo;
- brizgalka (20 ml);
- koš za smeti;

Pred sami začetkom posega si pripravimo vse pripomočke, razkužimo roke in si nadenemo zaščitni plašč, masko očala za aspiracijo ter rokavice. Pacientu povemo kaj mu bomo delali, ne glede na njegovo stanje.

Prvi korak dobre ustne nege intubiranega pacienta je aspiracija. S tem preprečimo aspiracijske pljučnice in zmanjšamo možnost, da bi se tubus zamašil, za kar bi bila potrebna reintubacija, kar bi lahko še poslabšali stanje že tako prizadetega pacienta. Aspiracijo izvedemo v treh delih: najprej aspiriramo skozi tubus, za katerega moramo upoštevati sterilno rokovanje, aspiracija naj ne traja več kot 10 sekund. Previdni smo, da ne premikamo tubusa, ker lahko s tem poškodujemo sluznico. Nato nadaljujemo z aspiracijo skozi nos ter nazadnje skozi usta, ker pacient nima možnega požiralnega refleksa, zaradi same bolezni oziroma tubusa. Za vsako aspiracijo skozi nos ali usta menjamo aspiracijske cevke (Ivanuša, 2002).

Preden odvežemo fiksacijski trak in odstranimo ustni tampon, na katerega je fiksiran tubus, preverimo, če je tesnilni balonček dovolj napihnjen ter ga po potrebi dopihnemo, saj s tem preprečimo izpad tubusa iz traheje in/ali poškodbo sluznice. Tesnilni balonček preverimo večkrat na dan, ker lahko pacient zaradi tega aspirira tekočino ali slino in s tem povzročimo hudo aspiracijsko pljučnico. Prekomerno tesnjenje tesnilnega balončka pa lahko povzroči vnetje glasilk, žrela in stenozo traheje (Ivanuša, 2002).

Ko smo pri pacientu končali z aspiracijo in preverili tesnilni balonček, odstranimo fiksacijski trak in ustni tampon. Z nevodilno roko držimo za tubus na globini, ki jo je določil zdravnik ob intubaciji in je zapisana na temperaturnem listu. V vodilni roki držimo tampone, namočene s čajem ali z ustno vodo in očistimo ustno votlino ter sproti opazujemo, če so kje na novo nastale razjede na sluznici, vnetja, poškodbe dlesni in zob. Ker je nevarnost razjede zaradi pritiska pri intubiranem pacientu zelo pogosta, še posebej v ustnem kotu in ustnicah, moramo pri vsaki ustni negi spremeniti lego tubusa iz levega ustnega kota v desni ustni kot oziroma obratno.

Ko smo temeljito očistili ustno votlino ter preverili stanje sluznice, spremenimo lego tubusa ter tubus fiksiramo z ustnim tamponom in fiksacijskem trakom. Ustni tampon dajemo pacientom, ki imajo zobe, ker lahko pregriznejo tubus, še posebno, če so zbujeni. V primeru, da pacient nima zob in je zbujen, tubus fiksiramo samo s trakom. Sicer bi lahko z med zobnim tamponom povzročili dodatne poškodbe ustne sluznice, saj bi pacient lahko z jezikom porival ustni tampon in s časoma bi lahko prišlo do spremembe globine tubusa in v najslabšem primeru tudi do ekstubacije. Za medicinsko sestro je najbolj pomembno, da fiksira tubus na pravo globino. Globino se določa vzporedno z ustnim kotom, ter na podlagi predihanosti pljuč. Fiksacijski trak zavežemo okoli tubusa, vendar mora bit medicinska sestra pozorna, da ga ne zaveže preveč, saj ob aspiraciji ne bo mogla priti skozi tubus z aspiracijsko cevko. Pacientu, ki je na spontanem dihanju zoža dihalno pot in s tem povzroči slabšo predihanost pljuč. Trak na koncu ovijemo okoli glave in vedno zavežemo na licih, da je vozel viden. Ne smemo ga pa zavezati preveč, ker lahko s tem povzročimo že navedene poškodbe ustne votline ter preležanina na zatilju.

Po končanem posegu vso tekočino, ki se je med izvajanjem ustne nege nabrala v ustni votlini, še enkrat aspiriramo, saj je ustna votlina idealen prostor za razvoj bakterij, glivic in drugih mikroorganizmov. Ustno votlino lahko navlažimo tudi z olivnim oljem.

Nepričakovani zapleti, ki se lahko pojavijo pri ustni negi intubiranega pacienta

- Tubus ni dobro fiksiran in se premika, zaradi tega lahko poškodujemo sluznico.
- Tubus lahko porinemo pregloboko ali pa nam celo izpade in s tem onemogočimo kvaliteto pacientovega dihanja.
- V ustnem kotu so lahko pride do razjed zaradi pritiska (Ivanuša, 2002).
- Pri aspiraciji lahko pride do padca kisika v krvi, tahikardije, povišanega krvnega pritiska ter ekstubacije.
- Pojavijo se lahko razjede zaradi pritiska na ustnicah in na zatilju.

ZAKLJUČEK

Za medicinsko sestro je izvajanje ustne nege pri intubiranem pacientu zelo zahtevno, saj imajo pacienti številne spremembe v ustni votlini in so v celoti odvisni od negovalnega osebja. Zato sama ustna nega zahteva doslednost medicinske sestre, znanje ter poznavanje zapletov ter pravilno ukrepanje o nastanku le teh. Pomembno je, da se zavedamo, da se tudi zdrav človek slabo počuti z ne temeljito ustno nego. Včasih pa se je dobro vprašati, kako se počuti pacient, ki si sam ne more pomagati in je popolnoma odvisen od zdravstvenega osebja.

LITERATURA

- Drinovec I. (1999). Najpogostejše napake pri intubaciji bolnika, ki je v respiracijski insuficienci. V: Urgentna medicina: izbrana poglavja 5, zbornik prispevkov, Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 109 – 112;

- Ivanuša A., Železnik D. (2002). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru,Visoka šola za zdravstvo, 71 – 73;

- Ivanuša A., Železnik D. (2002). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru,Visoka šola za zdravstvo, 336 – 348;

- Raca S. (2008). Pomen inhalacij in aspiracij pri bolnikih s traheostomo. V: Zbornik predavanj, Menjava trahealnih kanil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolargiologijo in cervikofacialno kirurgijo, 35 – 46;

- Stele M. (2008). Posebnosti zdravstvene nege ustne votline pri bolniku s traheostomo pred, med in po radioterapiji. V: Zbornik predavanj, Menjava trahealnih kanil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolargiologijo in cervikofacialno kirurgijo, 82 – 96;

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI IZVAJANJU USTNE NEGE PRI PACIENTU Z MOTENO SAMOOSKRBO

Nikica Grkman, diplomirana medicinska sestra
Učiteljica praktičnega pouka in strokovno-teoretičnih predmetov
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

UVOD

Zdravje je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni, nas uči definicija Svetovne zdravstvene organizacije.
Holističen pristop pa temelji na celovitosti in opisuje zdravje kot psihofizično ravnovesje človeka.

DEFINICIJA ZDRAVSTVENE NEGE:
Virginia Henderson, 1957

»Medicinska sestra pomaga zdravemu in bolnemu človeku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le ta opravil, če bi imel za to voljo moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja in ima pravico pobude in nadzora.«

NAMEN PRISPEVKA

Sem učiteljica praktičnega pouka in strokovno teoretičnih predmetov na Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani. Čeprav sem zaposlena na šoli že deveto leto, mi poklic medicinske sestre predstavlja izziv. Pri svojem delu z dijaki se dnevno srečujemo z boleznijo, trpljenjem, čustvenimi stiskami in različnimi potrebami bolnikov. Z izkušnjami, ki sem jih pridobila kot medicinska sestra v kliničnem okolju in z neprestanim izobraževanjem v šolstvu, z dijaki poskušamo ustvarjati medsebojne odnose, ki niso osredotočeni na diagnozo, ampak na pacienta z diagnozo.
Namen prispevka je razširiti pogled na potrebe pacienta, vzpodbuditi razmišljanja k razširitvi ponudbe starostniku, obolelemu, pomoči potrebnemu.
Zelo rada delam z dijaki in jim posredujem pridobljeno znanje in izkušnje. Skupaj z njimi delimo tudi skupne izkušnje in se tako dopolnjujemo. Z delom praktičnega pouka vzdržujem kontakt z bolnišničnim okoljem, kar pomeni z bolnim človekom, potrebnim skrbne nege, pomoči, spoštovanja, topline, razumevanja, empatije…
Zato sem se odločila sodelovati in prispevati svoj delček. Predvsem pa zato, da bi prenesla izkušnje do katerih prihajamo z dijaki pri delu in pogovoru z bolniki, ki imajo svoje želje in potrebe. Rada bi povedala kaj je moteče pri izvajanju zdravstvene nege -

ustne nege. Kaj moti bolnika in zakaj tako radi spregledamo za nas tako imenovane »malenkosti«, za bolnika pa lahko velik problem. Predvsem pa, kako bi skupaj z vami še doprinesli h kakovosti, torej še k izboljšanju zdravstvene nege. Saj veste kako pravi pregovor, več glav več ve!

PRAVICE BOLNIKA

Bolnik ima pravico do dobre in kakovostne oskrbe, nege. Ima pravico, da se v bolnišnici dobro počuti kljub bolezni. Ima pravico biti urejen. In če tega ne zmore in ni sposoben storiti sam, je to čigava dolžnost? To je privilegij, ne SAMO dolžnost medicinske sestre!

Veliko govorimo o kakovosti v zdravstveni negi. Vendar zdravstvene nege brez bolnika ni. Pomembno je vzpostaviti pristen kontakt s poudarkom na odprti sproščeni komunikaciji z bolnikom. Pomembno je dokumentiranje v zdravstveni negi in vodenje ovrednotenja dela oziroma evalvacije, vendar nam to ne bi smelo biti ovira pri delu z bolnikom in vzpostavljanju kontakta z njim, ampak vodilo in usmerjanje k bolniku. Čas namenjen bolniku naj ne bi bil čas v pisarni, stran od bolnika.

Medicinska sestra je samostojna strokovna delavka, odgovorna za izvajanje zdravstvene nege, ki jo tudi sama izvaja.

Vloga medicinske sestre pri izvajanju ustne nege pacienta

Glede na to, da je medicinska sestra samostojna strokovna delavka, mora prepoznati potrebe pacienta glede samostojnosti oziroma odvisnosti, kolikšni odvisnosti in v kakšni obliki. Tudi, če je to samo oblika nadzora. Bolnik ima pravico pozabiti, da ni opravil ustne nege, naša dolžnost pa je ,da to opazimo, ga opomnimo in prijazno ponudimo nevsiljivo pomoč ali vzpodbudo.
Bolnik potrebuje pomoč medicinske sestre v različnih okoliščinah, v različnih primerih. Ne bo nam vedno povedal kaj ne zmore, kaj od nas pričakuje, kaj potrebuje, kaj si želi. Včasih slaba volja izvira že iz tega, ker ne znamo prositi za pomoč ali pa je tudi ne znamo sprejeti. Za bolnika pa je poleg bolezni, odvisnost od drugega še dodatna obremenitev. Zato znamo medicinske sestre poslušati tudi govorico molka in iz njega razbrati želje in potrebe bolnika. Bolniku v času bolezni in dodatnih stisk, ki jih bolezen prinese, pogosto zmanjkuje volje na splošno in nemalokrat tudi volje do življenja.

Kdaj bolnik potrebuje pomoč ali vzbodbudo?
- **Ob pomankanju volje do življenja,**
- **Ob moteni gibljivosti zaradi starosti ali bolezenskega stanja,**
- **Ob motni komunikaciji** (naglušnost, otežen govor npr. po CVI…)….

Pri opravljanju svojega dela se srečujem pretežno z obolelimi, težko pokretnimi ali nepokretnimi, osamljenimi starostniki. Zelo so nam hvaležni in zadovoljni so z našim delom in skrbjo za njih.

Osebno pa me zelo moti, da imajo starostniki neurejene zobne proteze. Največkrat prevelike, da se jim valjajo s hrano v ustih, da ne veš kaj bo pojedel.Zgodi se celo da imajo polomljene, močno obarvane, skratka popolnoma neuporabne proteze. Imajo jih s seboj, vendar jih ne želijo uporabljati, ker jih motijo. Zgodi pa se tudi, da se v času zdravljenja proteza polomi ali izgubi. Ne gre zato, da bi iskali krivca kako lahko do tega pride, pač pa kako bi lahko poskrbeli za bolnika, da bi lahko normalno opravljal življenjske aktivnosti. Ne gre samo za prehranjevanje, pač pa tudi za govor in nenazadnje tudi za izgled in dobro počutje bolnika. Gre za človekovo dostojanstvo. Sprašujem se ali je to človeka vredno življenje.
Ali bi si starostnik to lahko uredil, ko je bil še doma? Mislim, da nimajo ne volje ne moči. Govorim o točno določenih zgoraj omenjenih starostnikih. Kaj bi mi lahko naredili v tem primeru? Se pogosto sprašujem! In zakaj to ni moteče? Ker se je starostnik na to navadil!? Saj bi se na kaj boljšega, lepšega in povrhu še uporabnega tudi navadil.
Razmišljala sem o prodornosti frizerskega poklica, ki so svoj čas na bolnišničnih oddelkih skrbeli za frizure bolnika. Razmišljam, da bi se mogoče na podoben način obneslo tudi delo zobotehnika in zobozdravnika. Dolžnost medicinske sestre je, da poskrbi in načrtuje najboljšo možno zdravstveno nego. In kaj lahko stori v tem zgoraj opisanem problemu? Na koga se lahko obrne? Kaj se da storiti? V razmislek vsem, ki boste brali članek in mogoče se vam utrne ideja rešitve problema.
Ali je res vse, da očistimo ustno votlino in ker nima zob , naročimo pasirano hrano ali pa je možna še kakšna druga rešitev? In če že govorimo o kakovosti v zdravstveni negi mogoče ne bi bilo slabo, če bi razširili negovalno zdravstveni tim.

Razmišljanja in delo z dijaki
Delo na lutki je drugačno?!
Pri bolnikih, ki so težje oziroma slabo pokretni pa jih še vedno lahko odpeljemo pod tuš v kopalnico, kjer to izvedemo na udoben najboljši možni način – sede, pa se pogosto dogaja, da se bolnika stušira na ustno nego pa se popolnoma pozabi. Odgovor pa je, saj je bil stuširan! Kaj pa ustna nega in nega zobne proteze! Ja to pa ne. Kot da je to nekje drugje in se bolnika ne tiče.
Pogosto se dogaja, da ima bolnik zobno protezo v lončku v času obrokov namesto v čisti ustni votlini. Ali pa se dogaja, da se zobna proteza umije in se jo vstavi v neočiščeno ustno votlino.

Presenečajo me tudi izvajanje ustne nege s tako imenovanimi »limoninimi palčkami«. Vsakomur predlagam naj sam sebi opravi ustno nego na tak način in opiše svoje občutke. Vprašam pa tudi kako sami sebi opravijo ustno nego. Izpostavijo mi problem, da bolniki nimajo pribora za ustno nego. Na oddelku kjer opravljamo praktični pouk imamo možnost izvajanja kvalitetne zdravstvene nege ker nam ne manjka pripomočkov. Vedno imamo na razpolago gobice za ustno nego in vodo. Kar je osnovno. Občasno pa imamo tudi zobne ščetke za enkratno uporabo. Zato naj ne bi bilo problema tudi pri bolnikih ki so urgentno sprejeti in tudi pri tistih, ki nimajo svojcev, da bi poskrbeli zanje.

Dolžnost medicinske sestre je,da v določenih motnjah zdravstvenega stanja predvideva in načrtuje poostreno, pogostejšo ustno nego.
Na primer pri bolnikih:

- z motnjami dihanja,
- z aplikacijo kisika
- z visoko telesno temperaturo
- pri nezavestnih in komatoznih bolnikih
- z nasogastrično sondo
- z obolenji v ustni votlini
- bolnikih, ki bruhajo…….

Dolžnost medicinske sestre je, da ugotovi stopnjo in vrsto odvisnosti glede na zdravstveno stanje, bolnikovo zmogljivost glede na odvisnost v aktivnosti gibanja.
Pri nepomičnem bolniku je dolžnost medicinske sestre tudi, da izbere pravilen položaj.
Posebnost ustne nege pri nezavestnem bolniku je tehnika uporabe vode ali tekočine zaradi odsotnosti požiralnega refleksa. Položaj opravljanja ustne nege je odvisen od zdravstvenega stanja bolnika
Medicinska sestra ugotavlja navade in potrebe v zvezi z ustno nego v aktivnosti osebne higiene in urejenosti. Pri tem pa vzpodbuja higienske navade in samostojnost glede na zdravstveno stanje.
Naloga in pomembna vloga medicinske sestre je v prepoznavanju bolezenskega stanja v ustni votlini:

- Stomatitis
- Soor
- Afte
- Ragade
- Herpes labialis
- Parotitis

Upošteva tudi, da starejši ljudje hitreje izgubijo motivacijo, voljo v skrbi za lasten izgled. Potrebno je ugotoviti vzrok ali zaradi strahu pred nemočjo, zaradi sramu…

Cilje postavljamo individualno. Medicinska sestra teži k temu, da bolnik čimprej postane samostojen, da postopamo zmanjšujemo stopnjo odvisnosti. Bolniku želimo omogočiti dobro počutje in kvaliteto bivanja v bolnišnici. Nudimo individualno pomoč glede na stanje in potrebe bolnika. In nenazadnje z dobrim načrtom dela tudi preprečujemo razne zaplete, ker jih s svojim znanjem in strokovnostjo lahko predvidevamo. Če pa vemo kaj bi se lahko zgodilo, lahko to tudi preprečimo.

Pri svojem delu medicinska sestra upošteva načelo doslednosti in zagotavlja, da v profesionalnem odnosu do bolnika izpolni njegova razumna pričakovanja.
Po kodeksu etike je naš cilj delati dobro, izraženo v naših namenih, dejanjih v odnosu do bolnika, v odnosu do drugega. Dober namen in dobro dejanje izhaja samoiniciativno iz etično usmerjenega posameznika, opaziti izraženo potrebo po pomoči in čutiti potrebo pomagati, preprečevati stiske drugega, pomoči potrebnega tudi z dobro edukacijo bolnika.

<u>Na negovalno intervencijo se pripravimo</u>:

1. **priprava izvajalca - psihofizična**

To se sliši tako zelo enostavno, pa vendar že v začetku predstavlja problem. Kako se bomo pripravili ,moramo upoštevati zdravstveno oziroma bolezensko stanje bolnika. Predvsem je potrebno vedeti kaj in komu bomo delali.
Bolniku zagotavljamo obzirnost že s tem, da vemo kaj in komu bomo delali.

2. **priprava materiala**

- lonček s toplo oziroma z mlačno vodo, ali kamilice
- zobna ščetka : kadar bolnik nima zobne ščetke si pomagamo z gobico za ustno nego.

Vendar moramo paziti, da je bolnik ne odgrizne, pogoltne, kar se lahko zgodi pri dementnih, zmedenih…

- zobna pasta, tudi če jo bolnik nima nam ne sme delati problemov, voda je še vedno osnovno sredstvo za čiščenje oziroma umivanje in če to redno in kvalitetno izvajamo, ne bomo pogrešali zobne paste, lahko pa izberemo čaj za dezinfekcijo.
- boraks glicerin
- ledvička: kamor bolnik izpljuva vsebino
- papirnati robčki ali staničevina
- zaščita za bolnika nekaj, kar ne premoči še posebej, če je bil bolnik že urejen
- zaščita za izvajalca po potrebi zaščitne rokavice in
- zaščitne maske, če npr. bolnik kašlja
- razkužilo za roke
- razkužilo za površine: da pospravimo za seboj in uredimo okolico bolnika.

3. **priprava izvajalca - psihofizična**

To se sliši tako zelo enostavno, pa vendar že v začetku predstavlja problem. Kako se bomo pripravili ,moramo upoštevati zdravstveno oziroma bolezensko stanje bolnika. Predvsem je potrebno vedeti kaj in komu bomo delali.
Bolniku zagotavljamo obzirnost že s tem, da vemo kaj in komu bomo delali.

4. **priprava materiala**

- lonček s toplo oziroma z mlačno vodo, ali kamilice
- zobna ščetka : kadar bolnik nima zobne ščetke si pomagamo z gobico za ustno nego.

Vendar moramo paziti, da je bolnik ne odgrizne, pogoltne, kar se lahko zgodi pri dementnih, zmedenih…

- zobna pasta, tudi če jo bolnik nima nam ne sme delati problemov, voda je še vedno osnovno sredstvo za čiščenje oziroma umivanje in če to redno in kvalitetno izvajamo, ne bomo pogrešali zobne paste, lahko pa izberemo čaj za dezinfekcijo.
- boraks glicerin
- ledvička: kamor bolnik izpljuva vsebino

- papirnati robčki ali staničevina
- zaščita za bolnika nekaj, kar ne premoči še posebej, če je bil bolnik že urejen
- zaščita za izvajalca po potrebi zaščitne rokavice in
- zaščitne maske, če npr. bolnik kašlja
- razkužilo za roke
- razkužilo za površine: da pospravimo za seboj in uredimo okolico bolnika.

5. **priprava prostora**

V širšem in ožjem smislu, pomeni predvsem, da se k delu pripravimo tako, da bolniku ne kažemo hrbta, da se ne obračamo stran, ko spiramo zobno ščetko ali gobico.

6. **priprava bolnika**

Upoštevati moramo navade in posebnosti bolnika. Vzpodbujamo ga k sodelovanju v mejah njegovih zmožnostih. Ponudimo želeno pomoč po presoji. Ga primerno zaščitimo.

7. **izvedba negovalne intervencije**

Sam potek izvedbe prilagajamo različnim stanjem, različnim obolenjem v osnovi pa ostaja enak. Izvedba je bila omenjena v drugem prispevku in da se nebi ponavljali se bom omejila na posebnosti.

8. **oskrba bolnika**

Za bolnika poskrbimo da ga po opravljeni negovalni intervenciji namestimo v pravilen, udoben položaj z upoštevanjem želje bolnika ,da mu ne pozabimo ponovno namestiti varovalne ograjice, aplikacijo kisika…
Uredimo ga v celoti, ne samo da izvedemo določeno negovalno intervencijo v tem primeru ustno nego.

9. **dokumentiranje izvedene negovalne intervencije**

Opažam, da se pogosto negovalno intervencijo dokumentira pred izvedbo le te.
Ne dokumentirajmo pred posegom, ker se lahko zgodi, da posega iz določenega razloga ne bomo opravili, pač pa dokumentiramo takoj, ko poseg opravimo. Zakaj? Ker se lahko zgodi, da ob slabi komunikaciji tako delo privede do različnih zapletov….

10. **ovrednotenje dela**

Naša vest naj bi bila tisto merilo, kako dobro in učinkvito smo delo opravili in s kakšnim načrtom bomo nadaljevali, da bomo dosegli cilj.

ZAKLJUČEK

S prispevkom sem želela opozoriti na dolžnosti in pomembnost dela medicinske sestre. Negovalna intervencija nega in higiena ustne votline se sliši kot nekaj manj pomembnega, tudi razumljeno s strani večine je tako. Vidimo pa da smo iz tega lahko pripravili cel zbornik in predavanje.
Drugo, kar sem želela opozoriti je na nebogljenost starostnikov,osamelih, skoraj zapuščenih, ki imajo ali nimajo pa bi morali imeti kvalitetno zobno protezo. V prvi vrsti zato, da bi se lahko normalno prehranjevali in pa zato, da bi se lahko normalno pogovarjali in nenazadnje tudi zato, da bi bili zadovoljni s svojim izgledom. Da bi se dobro počutili.
Želela bi, da bi se na tem področju kaj spremenilo in mogoče bi bilo to tudi vprašanje za diskusijo vseh prisotnih.
Opozorila sem tudi na napake pri delu z dijaki, na katere pa lahko vplivam. Vendar pa se to dogaja tudi potem, ko se že zaposlijo, ker da je zapravljanje časa z delom po šolsko.
Delo po šolsko pa ni drugega kot delo po standardu, pravilno, etično, po vesti.

Ljudje imamo v sebi moč, ki zmore dati življenju najlepšo barvo. Ta moč so človeške vrednote.

NE VERJEMITE NIČEMUR LE ZATO,
KER JE TUKAJ ZAPISANO,
PREVERITE SAMI!

POUČEVANJE O USTNI NEGI NA SREDNJI STOPNJI IZOBRAŽEVANJA – IZKUŠNJE UČITELJICE PRAKTIČNEGA POUKA

Martina Škrabec, DMS, specialistka oftalmološke zdravstvene nege
Učiteljica praktičnega pouka in strokovno-teoretičnih predmetov
Srednja zdravstvena šola Ljubljana
Ljubljana, Poljanska cesta 61
martina.skrabec@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Ustna nega, kot del osebne higiene, je pomembna za počutje bolnika. Dijaki srednjih zdravstvenih šol se s tem srečajo takoj na začetku praktičnega pouka. Za bolnike in tudi za dijake je situacija nova. Dijaki morajo teoretično znanje uporabiti v konkretni situaciji. Ugotavljanje potreb po ustni negi pri posameznem bolniku, načrtovanje in izvajanje ustne nege ter vrednotenje opravljenega je za dijake kompliciran proces, ki ga opravijo bolj po delih. Niso sposobni videti celotne situacije ali predvideti posledice. Morajo se prilagoditi mnogim stvarem: od prostorske orientacije do higienskih navad posameznih bolnikov. Pri tem je pomemben tudi čas, ki je samo del časa v poteku dela na bolniškem oddelku. Bolniki so z delom dijakov zadovoljni, včasih celo navdušeni.

KLJUČNE BESEDE: dijaki, bolniki, praktični pouk, ustna nega

UVOD

Po našem načinu izobraževanja za zdravstveno nego se mladi v tretjem letniku srednje šole, v programu za pomoč in oskrbo pa celo že v drugem letniku srečajo s pomočjo in opravljanjem ustne nege drugemu človeku.
Ustna votlina, v vseh posameznih delih, je za človeka bolj pomembna kot si običajno zdravi in pri opravljanju življenjskih aktivnosti samostojni ljudje sploh zavedamo. Ko pride do odvisnosti pri katerikoli življenjski aktivnosti pa se človek sreča s sočlovekom zelo na blizu. Pogosto gre to za ljudi, ki so nam tuji in jih srečamo prvič.
Nisem uspela zaslediti nobene raziskave glede izvajanja ustne nege v bolnišnicah ali socialnih zavodih v Sloveniji, niti v tujini. Članek je torej produkt neposrednega opazovanja in vodenja dijakov na praktičnem pouku.
Praktični pouk izvajam na Kliničnem oddelku za travmatologijo v okviru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, na bolniškem oddelku E in G. Bolniška oddelka se nahajata v stari stavbi na Zaloški 2 in sta zgrajena v klasičnem enokoridornem stilu. Razpored prostorov in pripomočkov na oddelkih je zelo podoben, ni pa popolnoma enak. Dijaki so v tretjem letniku in se v septembru prvič srečajo z bolniki. Bolniki so v veliki večini

hospitalizirani nenadno, iztrgani so iz življenja v vsej njegovi pestrosti, potrebah in planih. Pogosto je takoj po nesreči v ospredju vse kaj drugega kot skrb za stanje ustne votline razen, če ne gre za poškodbo obraza in še pri tem je pri hujših poškodbah v ospredju skrb za preživetje. Stanje ustne votline pri skoraj vseh bolnikih predstavlja zdravo ustno votlino z običajnimi odstopanji glede na starost, predvsem v smislu različnih zobnih protez ali stanja brez zob zaradi različnih vzrokov od prej. Patološka stanja v ustni votlini so izredno redka. Dijaki pridobijo teoretično znanje v šoli pri predmetu vzgoja za zdravje, anatomija ter zdravstvena nega in prva pomoč, kjer pridobijo tudi nekaj praktičnega znanja, kar je pač mogoče. Skrb za ustno votlino pa je tudi stvar vsakega posameznika in se pričakuje, da bodo določene stvari vedeli že od doma oziroma iz osnovne šole.

RAZPRAVA

Dijaki naj bi pri opravljanju ustne nege bolnikom izhajali iz procesa zdravstvene nege, ki se sestoji iz **ugotavljanja potreb po ustni negi, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju opravljene** ustne nege. Ustna nega je del celotne zdravstvene nege, ki se odvija v nekih okvirih funkcioniranja bolniškega oddelka, ki niso odvisni samo od zdravstvenega osebja.
1. **Ugotavljanje potreb** po ustni negi načeloma ne predstavlja nek problem, ker si zjutraj večinoma vsi umijemo zobe. Zadrega se pojavi, ker ni v občečloveški navadi, da bi z nekom, ki ga prvič vidimo, razpravljali o vsebini njegove ustne votline. S snemnimi zobnimi protezami se ljudje ne hvalijo oz. mlajši celo zelo neradi govorijo o tem ali celo poskušajo skriti. Dijaki se hitro zadovoljijo z obstoječim stanjem. Čeprav je bilo izvedeno v improvizirani naglici, ko je osebje druge stvari postavilo v ospredje, ki so bile takrat bolj pomembne. Teoretično se lepo prebere, da bolniku posvetimo v ustno votlino in ocenimo stanje. V praksi tega ni in bi bilo zelo čudno od bolnikov zahtevati tak pregled. Običajno se že med pogovorom z bolnikom opazi, da ima ustno sluznico izsušeno, ker npr: težje govori. Za dijake je vse novo in je preveč podrobnosti, da bi to opazili. Tudi bolniki v novi, njim nepoznani situaciji, ne vedo, kaj vse se lahko zgodi npr. če zobna proteza ni ustrezno shranjena. Dijaki so z razlago običajno zelo skopi. Zaradi poudarjanja bolnikove zasebnosti tudi ne pogledajo v predal obposteljne omarice, če so svojci slabotnemu ali neorientiranemu bolniku prinesli pripomočke za ustno nego. Na bolniškem oddelku je pripomočkov v glavnem dovolj. Dijaki si težko zapomnijo kje se nahajajo posamezni pripomočki: ledvičke, staničevina, lončki, itd; posebno, če je lokacij več oziroma pripomočkov ni na razpolago zelo veliko in je osebje vzelo na svoje vozičke s pripomočki za osebno higieno bolnikov vse. Ko se nekaj pozabi ali išče je poraba časa precejšnja, saj so hodniki dolgi. Dijaki se težko dogovorijo, da bi nekdo prinesel nekaj, drugi pa nekaj in bi šlo hitreje. (Pripomočki za ustno nego niso vsi na enem mestu.)
2. Načrtovanje izvajanja ustne nege za dijake je posledica ugotavljanja potreb po ustni negi, ki se za dijake preveč pogosto ustavi pri razumevanju teh potreb pri bolnikih. Žal kultura skrbi za ustno higieno v naši deželi predvsem pri starejših ni taka, kot bi v sodobni skrbi za zdravje želeli. Skrb za dobro počutje pa je pri vseh ljudeh zelo pomembno in ponujeni nasvet radi sprejmejo. Dijaki znanja, ki naj bi ga pridobili v šolskih klopeh, ne ponujajo preveč prepričljivo. Pri načrtovanju izvajanja igra pomembno vlogo tudi čas, ki ga nikoli ni dovolj, da v poteku dela na oddelku ne pride do prekrivanja (vizite, terapije, operacije, obroki).

3. Izvajanje ustne nege v bolnišnici, ko bolnik zaradi različnih vzrokov ne more zapustiti bolniške postelje, je pogosto za bolnike nekaj zelo drugačnega od domače situacije. Nepomembno, hitro splakovanje v zasebnosti domače kopalnice postane procedura v postelji, ko se čaka, da ti drugi prinesejo nekaj tako običajnega kot je voda. Ampak tudi voda ni samo voda, ker občutek hladne ali tople vode v ustih ni za vse enak. Voda se tudi polije in nihče noče biti nadležen, da bi mu morali menjati perilo. Dijaki pa pozabijo prinesti eno od možnih načinov zaščite ali pozabijo omeniti, da bomo spalno srajco tako ali tako dali po umivanju ostalega telesa v pranje in je vseeno, če je malo mokra kakšno minuto več. Gobice za ustno nego se običajno doma ne uporabljajo. Ko pa se bolniku razloži in pokaže njihova uporabnost, so običajno presenečeni kako uporabne pripomočke se najde v bolnišnici. Razlaga, da je najbolj higiensko uporabljati pri osebni higieni tekočo vodo, pri uporabi gobic za ustno nego ne zdrži popolnoma, ker samo polite z lončka ostanejo suhe. Zrak v mehurčkih penaste gume se nadomesti z vodo le tako, da se iztisne ob steno lončka z vodo. Drgnjenje s suho gobico po ustni sluznici ne samo, da je neprijetno ampak tudi ne odstrani zasušenih oblog na sluznici. Zobna proteza je dijakom kljub učenju v kabinetu izredno tuja. Posebej pri bolnikih, ki jo ne morejo sami vzeti iz ust ali namestiti nazaj, skoraj vsi na začetku potrebujejo pomoč. Pogosto jo tudi kar pozabijo v posodici, če jih bolnik ne spomni. Zaradi prevelike skrbi za zobno protezo večkrat pozabijo na bolnika in ta čaka na vodo in gobice, da bi si očistil ustno votlino medtem, ko dijaki zavzeto ščetkajo zobno protezo. Veliko začudenje dijakov ob zobni protezi, ki je slabo vzdrževana že od prej ali umazani zobni protezi z ostanki včerajšnje večerje ni nič posebnega. Ob vseh stvareh, ki so za dijake nove pozabijo ponujati bolnikom tekočino, ki je eden ključnih elementov vzdrževanja zdrave ustne sluznice.

4.Vrednotenje opravljene ustne nege se za dijake konča, ko je konec njihove obvezne prisotnosti ob bolniku. Bolniki so z opravljanjem ustne nege dijakov v glavnem zadovoljni. Moti jih počasnost postopkov, ki niso dovolj obrazloženi. Slabše stanje ustne votline bolnikov v kratkem času ob sprejemu se izboljša hitro, ko skrb za bolnikovo življenje oz. poslabšanje zdravstvenega stanja ni prva prioriteta.

SPONZORJI:

LEKARNA LJUBLJANA

zvesta vašemu zdravju

Radenska

PRVIH 140 LET

Radenska

PRVIH 140 LET

PHARMA d.o.o.

Jana Husa 1a
1000 Ljubljana
Slovenia

TANTUM® VERDE

gsk GlaxoSmithKline

GENGIGEL®

WELEDA

flegis

ZALOKER & ZALOKER

MEDIS