

Paul Rutter

Opieka farmaceutyczna

Objawy, rozpoznanie i leczenie

Redakcja wydania polskiego
Janusz Pluta

Wydanie 4

Opieka farmaceutyczna

Objawy, rozpoznanie i leczenie

WYDANIE CZWARTE

Paul Rutter

FFRPS MRPharmS PhD

Professor of Pharmacy Practice, School of Pharmacy and Biomedical Sciences,
University of Central Lancashire, Preston, UK

Redakcja wydania polskiego

Janusz Pluta

Spis treści

Przedmowa	vii
Wstęp	ix
Jak korzystać z podręcznika?	xiii
1 Stawianie rozpoznania	1
2 Układ oddechowy	9
3 Okulistyka	57
4 Choroby uszu	83
5 Ośrodkowy układ nerwowy	97
6 Zdrowie kobiety	125
7 Gastroenterologia	157
8 Dermatologia	227
9 Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego	295
10 Pediatria	315
11 Wybrane zagadnienia	345
Skorowidz	357

Gastroenterologia

Treść rozdziału

Wstęp	157	Niestrawność	172
Ogólny zarys anatomii przewodu pokarmowego	157	Biegunka	181
Wywiad i badanie fizykalne	158	Zaparcie	189
Schorzenia jamy ustnej	158	Zespół jelita drażliwego	197
Owrzodzenia jamy ustnej	158	Hemoroidy	202
Kandydoza jamy ustnej (pleśniawki)	165	Ból brzucha	208
Zapalenie dziąseł	169	Pytania kontrolne	220

Wstęp

Główna funkcja układu trawiennego polega na rozkładaniu pokarmu na substancje stanowiące źródło energii umożliwiającej normalne fizjologiczne funkcjonowanie komórek. Nie trzeba wspominać, że jest to proces złożony i bierze w nim udział wiele różnych narządów. W konsekwencji układu trawiennego może dotyczyć wiele schorzeń, niektóre z nich są samowyleczalne i dobrze reagują na leczenie preparatami OTC, inne – poważniejsze – wymagają skierowania pacjenta do lekarza.

Ogólny zarys anatomii przewodu pokarmowego

Dobra znajomość anatomii przewodu pokarmowego jest konieczna dla farmaceuty. Wiele schorzeń przebiega z podobnymi objawami, z podobną lokalizacją – na przykład bólem brzucha – zatem podstawowa znajomość anatomii układu pokarmowego, a zwłaszcza położenia poszczególnych narządów, będzie niezbędna w rozpoznaniu różnicowym (zob. ryc. 7.15).

Jama ustna

Jama ustna składa się z policzków, podniebienia miękkiego, twardego oraz języka.

Żołądek

Żołądek ma w przybliżeniu kształt litery J. Otrzymuje pokarm i płyny z przełyku. Otwiera się do dwunastnicy. Żołądek jest położony nieco na lewo od linii pośrodkowej i poniżej klatki piersiowej. Krzywizna mniejsza żołądka przylega do wątroby.

Wątroba

Wątroba znajduje się poniżej przepony i na prawo od linii pośrodkowej w górnym prawym kwadrancie jamy brzusznej. Wątroba pełni wiele funkcji, m.in. jest odpowiedzialna za metabolizm węglowodanów, tłuszczów i białek oraz za przetwarzanie i biotransformację wielu przyjmowanych leków.

Pęcherzyk żółciowy

Pęcherzyk żółciowy ma kształt gruszki i leży na dolnej powierzchni wątroby, zwisając z jej dolnego, przedniego brzegu. Jego funkcja polega na magazynowaniu i zagęszczaniu żółci wyprodukowanej przez wątrobę.

Trzustka

Trzustka leży z tyłu za żołądkiem. Jest niezbędna do produkcji enzymów trawiennych, które są transportowane do dwunastnicy poprzez przewód trzustkowy, oraz hormonów, takich jak insulina.

Jelito cienkie

Jelito cienkie to miejsce, w którym zachodzi wchłanianie większości składników odżywczych i leków. Składa się z 3 części: dwunastnicy, jelita czczego i krętego. Dwunastnica rozpoczyna się za żołądkiem, a jej główną rolą jest neutralizacja kwasu żołądkowego i rozpoczęcie procesu trawienia pokarmu częściowo nadtrawionego w żołądku. Kolejny odcinek jelita za dwunastnicą to jelito czcze. Jelito czcze przechodzi w kręte, w którym śluzówka jest znacznie bardziej pofałdowana w postaci kosmków jelitowych, co zwiększa jej powierzchnię i ułatwia wchłanianie rozpuszczalnych cząsteczek.

Jelito grube

Jelito grube rozpoczyna się kątnicą, do której przyczepiony jest wyrostek robaczkowy. Następny odcinek to okrężnica, która kończy się odbytnicą. Rolą jelita grubego jest wchłanianie wody oraz wydalanie resztek pokarmowych.

Wywiad i badanie fizykalne

Dokładny wywiad jest niezbędny, jako że badanie fizykalne przewodu pokarmowego w warunkach apteki ogranicza się do oglądania jamy ustnej. Pozwoli to na potwierdzenie rozpoznania takich schorzeń, jak owrzodzenia jamy ustnej i pleśniawki. Szczegółowy opis badania jamy ustnej przedstawiono poniżej.

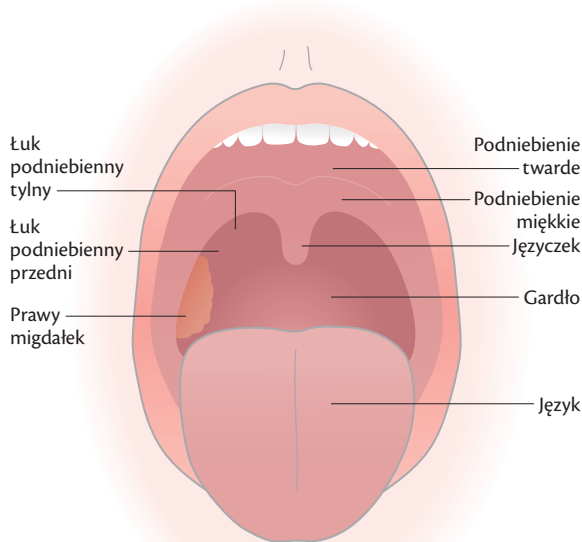
Schorzenia jamy ustnej

Wstęp

Proces trawienia zaczyna się w jamie ustnej. Język i policzki przesuwają kawałki pokarmu w stronę zębów, tak aby umożliwić gryzienie i rozdrabnianie go na mniejsze cząsteczki. Ślina zwilża pokarm i rozpoczyna proces rozkładu węglowodanów (za pomocą enzymu amylazy) przed połyknięciem.

Badanie fizykalne

W aptece można zbadać jamę ustną z pomocą dobrego źródła światła, najlepiej latarki o wąskim strumieniu światła (ryc. 7.1). Przed przeprowadzeniem badania należy wyjaśnić, na czym będzie polegało i uzyskać zgodę pacjenta.



Ryc. 7.1 Jama ustna.

Badanie przeprowadza się następująco:

1. Należy ocenić rejon, w którym występuje ból czy rozpoczęły się zmiany, zwrócić uwagę na ich rozmiar, kształt, kolor, a także na jakiegokolwiek zaczerwienienie czy obrzęk w tym rejonie.
2. Należy zbadać resztę jamy ustnej, ponieważ – choć pacjent tego może nie odczuwać – mogą również tam występować zmiany.
3. Należy również zwrócić uwagę na stan zębów (próchnica) i przyzębia (krwawiące dziąsła).

Owrzodzenia jamy ustnej

Wstęp

Owrzodzenia jamy ustnej to zbiorczy termin, obejmujący różne schorzenia, które objawiają się występowaniem powierzchownych bolesnych ubytków w śluzówce jamy ustnej, mających tendencję do nawrotów co kilka dni lub nawet kilka miesięcy. Większość przypadków (80%) owrzodzeń w jamie ustnej to afty. Rola farmaceuty polega na wykluczeniu poważniejszych schorzeń, na przykład ogólnoustrojowych lub nowotworowych.

Występowanie i epidemiologia

Częstość występowania i epidemiologia aft są słabo rozpoznane. Afty występują we wszystkich grupach wiekowych, według doniesień są częstsze u osób w wieku 20–40 lat. Prawdopodobnie do 66% młodych dorosłych miało w przeszłości dolegliwości wywołane przez afty. Ocenia się, że schorzenie to dotyka jedną na pięć osób w populacji ogólnej.

Etiologia

Etiologia tego schorzenia nie jest znana. Proponowano wiele teorii wyjaśniających występowanie aft, w tym udział stresu, urazu, uczulenia na pokarm, niedoborów pokarmowych (żelaza, cynku, witaminy B₁₂) i infekcji, ale żadna z nich nie została do tej pory udowodniona.

Proces rozpoznania różnicowego

Owrzodzenia występują w trzech głównych postaciach klinicznych: mniejsze (przewlekłe nawrotowe), duże i opryszczkowe. Chociaż najczęściej pacjent zgłaszający się z owrzodzeniami jamy ustnej cierpi na afty (tab. 7.1), należy odróżniać afty od innych przyczyn owrzodzeń

Tabela 7.1
Przyczyny owrzodzeń oraz ich względna częstość w praktyce farmaceutycznej

Częstość	Przyczyna
Najbardziej prawdopodobne	Afty małe
Prawdopodobne	Afty duże, uraz
Mało prawdopodobne	Owrzodzenie opryszczkowe, opryszczka zwykła, pleśniawki, zmiany polekowe
Bardzo mało prawdopodobne	Rak jamy ustnej, rumień wielopostaciowy (zespół Stevensa-Johnsona), zespół Behçeta, choroba rąk, stóp i jamy ustnej

i w razie konieczności skierować go do lekarza do dalszej oceny.

Zawsze należy zadać pacjentowi pytania ukierunkowane na konkretne objawy, pomocne w ustaleniu rozpoznania (tab. 7.2). Po rozmowie z pacjentem należy zbadać jamę ustną, aby potwierdzić rozpoznanie.



Tabela 7.2
Pytania, które należy zadać pacjentowi: owrzodzenia

Pytanie	Znaczenie
Liczba zmian	Afty mniejsze występują pojedynczo lub w niewielkich grupach. Pojedynczy, duży owrzodzenia wskazuje na poważniejszy stan patologiczny Pacjenci, u których występują liczne zmiany, częściej cierpią na inne formy owrzodzeń, takie jak afty duże lub opryszczkowe, rzadziej na afty mniejsze
Lokalizacja zmian	Owrzodzenia pojawiające się na policzkach, języku i po wewnętrznej stronie warg są najczęściej aftami mniejszymi Owrzodzenia umiejscowione z tyłu jamy ustnej bardziej odpowiadają obrazowi owrzodzeń dużych lub opryszczkowatych
Wielkość i kształt	Owrzodzenia o nieregularnym kształcie są najczęściej wynikiem urazu. Jeśli nie powstały wskutek urazu, pacjent powinien udać się do lekarza, żeby wykluczyć stany poważniejsze Owrzodzenia duże lub bardzo małe najczęściej nie są spowodowane przez afty
Towarzyszący ból	Każdy pacjent zgłaszający się z bezbolesnym owrzodzeniem w jamie ustnej musi być skierowany do lekarza. Objawy mogą wskazywać na poważniejszy stan patologiczny, np. leukoplakię lub nowotwór
Wiek	Afty u dzieci < 10 r.ż. nie są częste i należy rozważyć inne przyczyny, np. pierwotne zakażenie wirusem opryszczki zwykłej Jeśli zmiany po raz pierwszy pojawiają się u osoby dorosłej, to istnieje większe prawdopodobieństwo, że mają inne przyczyny niż afty



Ryc. 7.2 Afty duże. Za: R. Cawson i wsp., *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. Wyd. 7. 2002, Churchill Livingstone, za zgodą wydawcy.



Ryc. 7.3 Afty duże. Za: R. Cawson i wsp., 2002, *Essentials of oral pathology and oral medicine*. Wyd. 7. 2002, Churchill Livingstone, za zgodą wydawcy.

Cechy kliniczne aft

Owrzodzenia w aftozie są okrągłe, szarawe i bolesne. Wykwity są niewielkie – na ogół nie przekraczają 1 cm w średnicy – i płaskie. Rzadko występują na śluzówce dziąseł. Ból jest kluczowym objawem, który może utrudniać jedzenie i picie, choć ustępuje po 3–4 dniach. Afty rzadko pojawiają się na śluzówce dziąseł i ujawniają się pojedynczo lub w grupach do 5 wykwitów. Na ogół gojenie trwa od 7 do 14 dni, ale możliwe są nawroty co 1–4 miesiące (ryc. 7.2).

Stany, które należy wykluczyć

Przyczyny prawdopodobne

Afty duże

Schorzenie to charakteryzuje się obecnością dużych (o średnicy przekraczającej 1 cm), licznych owrzodzeń, występujących w rzutach po 10 lub w większej liczbie. Pojedyncze owrzodzenia często zlewają się, tworząc jeden duży wykwit. Goją się wolno i mogą utrzymywać się przez wiele tygodni (ryc. 7.3).

Uraz

Uraz błony śluzowej powoduje jej uszkodzenie i owrzodzenie. Uraz może mieć charakter mechaniczny (np. przygryzienie języka) lub termiczny i powodować powstanie owrzodzenia o nieregularnym zarysie. Na ogół nie stwierdza się w wywiadzie owrzodzeń ani oznak infekcji ogólnoustrojowej (ryc. 7.4).

Przyczyny mało prawdopodobne

Owrzodzenia opryszczkowe

Owrzodzenia opryszczkowe są bardzo drobne i występują w dużych grupach liczących jednorazowo do 100 zmian. Zazwyczaj goją się w ciągu miesiąca i często umiejscawiają się w tylnej części jamy ustnej, gdzie rzadko występują afty (ryc. 7.5). Zarówno owrzodzenia opryszczkowe, jak i afty duże są 10-krotnie rzadsze niż afty małe.

Pleśniawki

Pleśniawki jamy ustnej zazwyczaj objawiają się kremowobiałymi, miękkimi, uniesionymi wykwitami. Omówiono je dokładniej w następnym podrozdziale, a więc informacje na temat odróżniania pleśniawek od innych zmian w jamie ustnej czytelnik znajdzie na s. 165.

Opryszczka zwykła

Wirus opryszczki jest częstą przyczyną powstawania owrzodzeń jamy ustnej u dzieci. Pierwotne zakażenie powoduje powstanie owrzodzeń w dowolnym miejscu błony śluzowej jamy ustnej, a zwłaszcza na dziąsłach, języku i policzkach. Owrzodzenia są na ogół małe, wyraźnie wyodrębnione i liczne. Przed pojawieniem się owrzodzeń mogą wystąpić objawy infekcji ogólnoustrojowej, takie jak gorączka i zapalenie gardła.

Owrzodzenia polekowe

Owrzodzenia jamy ustnej może powodować wiele leków. Należą do nich: leki cytotoksyczne, nikorandil, alendronian, niesteroidowe leki przeciwzapalne i beta-blokery.



Ryc. 7.4 Owrzodzenie spowodowane przez uraz. Za: D. Wray i wsp., *Textbook of General and Oral Medicine*, 1999, Churchill Livingstone, za zgodą wydawcy.



Ryc. 7.5 Owrzodzenie opryszczkowe. Za: R. Cawson i wsp. 2002, *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. Wyd. 7. Churchill Livingstone, za zgodą wydawcy.

Owrzodzenia najczęściej pojawiają się na początku terapii lub wówczas, gdy zwiększana jest dawka.

Bardzo mało prawdopodobne przyczyny

Rak jamy ustnej

Rak kolczystokomórkowy jest najczęściej występującym nowotworem jamy ustnej. W Wielkiej Brytanii w 2011 r. potwierdzono ponad 6000 przypadków, a w 2012 r. po-

nad 2000 osób umarło z powodu raka jamy ustnej. Jest dwa razy częstszy u mężczyzn niż u kobiet; częstość zachorowań gwałtownie rośnie po 45 r.ż, a trzy czwarte przypadków diagnozuje się w przedziale wiekowym 50–74 lat. Najbardziej zagrożone są osoby palące tytoń, które stanowią 65% przypadków, tak więc zawsze należy zapytać pacjenta, czy pali lub czy palił w przeszłości.

Większość zmian obserwuje się z boku języka, ust i na dolnej wardze. Początkowo objawiają się jako niebolesne owrzodzenie lub guzek, który nie goi się ani nie znika. Z czasem zmiana staje się bolesna, zmienia kolor oraz może krwawić. Z powodu bezbolesnego charakteru zmiany na ogół mija długi czas, zanim pacjent zdecyduje się udać po poradę medyczną. Wskazana jest pilna diagnostyka, gdyż wskaźniki przeżycia są znacznie lepsze, gdy zmiana jest zdiagnozowana we wczesnym stadium.

Rumień wielopostaciowy

Rumień wielopostaciowy (*Erythema multiforme*, zespół Stevensa i Johnsona) może być wywołany przez zakażenie lub leki, chociaż w 50% przypadków przyczyna nie jest znana. Objawy zaczynają się nagle i powodują rozległe owrzodzenia w jamie ustnej. Oprócz tego mogą wystąpić pierścieniowate i symetryczne rumieniowate zmiany skórne zlokalizowane na kończynach. Często towarzyszą im zapalenie spojówek i ból gałek ocznych.

Zespół Behçeta

Większość pacjentów z tym schorzeniem uskarża się na nawracające, bolesne owrzodzenia typu aft dużych, które goją się bardzo wolno. Zmiany występują także w obrębie narządów płciowych i w oku (zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego).

Choroba rąk, stóp i jamy ustnej

Choroba dłoni, stóp i jamy ustnej (*hand, foot and mouth disease*, HFMD), znana w Polsce pod nieprawidłową nazwą „choroba bostońska”, jest łagodną infekcją spowodowaną wirusem Cocksackie A16. Zwykle jest spotykana u dzieci poniżej 10 roku życia, ale może pojawić się także u dzieci starszych i dorosłych. Jak wskazuje nazwa, oprócz zmian w jamie ustnej, pojawia się także wysypka (zwykle pęcherzykowa) na rękach i stopach. Mogą pojawić się objawy ogólne, jak gorączka i złe samopoczucie. Rozpoznanie choroby jest ważne ze względu na jej zakaźność; należy zalecić przestrzeganie zasad higieny, by zapobiec rozprzestrzenianiu infekcji.

Na rycinie 7.6 zamieszczono informacje pomocne w rozróżnieniu stanów poważnych i łagodniejszych, które mogą być przyczyną zmian w jamie ustnej.



Ryc. 7.6 ABC rozpoznania różnicowego owrzodzeń jamy ustnej.

❶ Czas trwania

Afty mniejsze na ogół ustępują w czasie 7–14 dni. Pacjenci z aftami, które nie goją się w tym czasie, powinni być skierowani do lekarza w celu wykluczenia innych przyczyn.

❷ Owrzodzenia bezbolesne

Ten rodzaj owrzodzeń wskazuje na poważniejszą patologię, zwłaszcza jeśli pacjent ma więcej niż 50 lat. Poza tym często istnieje prawdopodobieństwo, że owrzodzenie bezbolesne utrzymuje się już jakiś czas, zanim pacjent zgłosił się do apteki.

❸ Owrzodzenia mnogie

Afty mniejsze rzadko występują w grupach liczących od 5 do 10. W takim przypadku pacjent musi być skierowany do lekarza w celu ustalenia przyczyny.

❹ Afty duże lub kandydoza

Rozpoznanie różnicowe płesniawki – zob. ryc. 7.9.

Dowody naukowe w leczeniu preparatami OTC

Istnieje wiele preparatów przeznaczonych do leczenia i łagodzenia objawów owrzodzeń jamy ustnej. W ich skład



CZYNNIKI WSKAZUJĄCE na konieczność skierowania do lekarza: owrzodzenia w jamie ustnej

Czynnik	Możliwe zagrożenie lub powód skierowania
Dzieci poniżej 10 roku życia	Możliwa HFMD
Owrzodzenia o średnicy ponad 1 cm Zmiany w grupach po 5–10 zmian lub więcej Czas trwania ponad 14 dni	Sugerują inne przyczyny owrzodzeń, poza kompetencjami farmaceuty
Niebolesne owrzodzenie Zmiany obecne w obrębie oczu	Możliwa poważna przyczyna

wchodzą miejscowe środki znieczulające, leki ściągające i odkażające.

Preparaty zawierające kortykosteroidy

Przeprowadzono niewiele randomizowanych badań z użyciem miejscowych kortykosteroidów. Brały w nich udział małe grupy pacjentów lub testowano produkty niedostępne bez recepty. Przegląd zamieszczony w *BMJ Best Practice* potwierdził, że kortykosteroidy przyspieszają gojenie owrzodzeń (Scully, 2014). Jednakże wniosek ten jest oparty na dowodach słabej jakości.

Preparaty zawierające lek przeciwbakteryjny

Kilka randomizowanych badań zajmowało się skutecznością płukanek do ust z zawartością chlorheksydyny. Dane z wielu, choć nie wszystkich z nich, wskazują, że zmniejsza ona ból i nasilenie owrzodzenia (Scully, 2014).

Preparaty zawierające środek przeciwbólowy lub znieczulający

Istnieje bardzo niewiele danych potwierdzających działanie preparatów przeciwbólowych i znieczulających w aftach mniejszych, z wyjątkiem preparatów zawierających salicylan cholin. Są one klinicznie skuteczne w innych bolesnych stanach jamy ustnej. Można się więc spodziewać, że przyniosą pewną ulgę pacjentom z aftami mniejszymi.

Salicylan choliny

Salicylan choliny – wykazano jego działanie przeciwbólowe w kilku niewielkich badaniach. Jednak tylko badanie przeprowadzone przez Reedy'ego (1970) na 27 pacjentach oceniało salicylan choliny w leczeniu owrzodzeń aftowych. Nie wykazano różnic między lekiem a placebo pod względem ustępowania zmian, jednak salicylan choliny był znacząco lepszy w redukcji bólu.

Praktyczne wskazówki i wybór produktu

W tabeli 7.3 zawarto przegląd i podsumowanie informacji na temat środków stosowanych w leczeniu owrzodzeń, omówionych w podrozdziale „Dowody naukowe w leczeniu preparatami OTC”, a w ramce „Wskazówki i rady 7.1” przedstawiono przydatne informacje dotyczące leczenia.

WSKAZÓWKI I RADY 7.1: OWRZODZENIE ŚLĄZÓWKI JAMY USTNEJ

Stosowanie triamcynolonu w paście Należy stosować po posiłku, gdyż jedzenie może usunąć lek

Acetonid triamcynolonu, 0,1% krem – w Polsce lek niedostępny

7
Powinien być stosowany od 2 do 4 razy dziennie przez maksymalnie 5 dni. Lek może być podawany wszystkim pacjentom, jest dobrze tolerowany i nie powoduje żadnych skutków ubocznych. Ze względu na stosowanie miejscowe, nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

Hemibursztynian hydrokortyzonu

Produkowany w formie granulek. W Polsce preparat niedostępny, substancja czynna znajduje się w innych lekach na receptę. Każda granulka zawiera 2,5 mg hydrokortyzonu. Dawka dla dorosłych i dzieci w wieku od 12 lat wynosi 1 granulkę 4 razy dziennie, która powinna być umieszczana w ustach w pobliżu zmiany. Lek nie wchodzi w interakcje z innymi środkami, może być stosowany przez wszystkich pacjentów, nie powoduje żadnych skutków ubocznych.

Chlorheksydyna

Dostępna w postaci żelu do stosowania w jamie ustnej, płynu do płukania jamy ustnej oraz aerozolu do stosowania w jamie ustnej. Wchodzi też w skład preparatów złożonych, np. tabletek do ssania (z kwasem askorbinowym)



Tabela 7.3
Praktyczne wskazówki: leki stosowane w owrzodzeniach jamy ustnej

Lek	Stosowanie u dzieci	Możliwe skutki uboczne	Interakcje z lekami	Pacjenci, na których należy zwrócić szczególną uwagę	Ciąża i laktacja
Triamcynolon w kremie	Tak, ale producenci nie podają dolnej granicy wieku	Brak	Brak	Brak	OK
Salicylan choliny	> 10 lat*	Może powodować reakcje uczuleniowe			W dużych dawkach upośledza oddychanie u noworodków. Unikać w III trymestrze ciąży
Lidokaina					
Benzokaina					
Chlorheksydyna	OK	Brak			

* Granica wieku ustalona przez autora. Produkty obecne na rynku można stosować u pacjentów w młodszym wieku.

oraz tabletek do ssania i sprayu (z lidokainą). Chlorheksydyna w płynie do płukania jamy ustnej jest przeznaczona do leczenia i zapobiegania zapaleniu dziąseł oraz do utrzymywania codziennej higieny, do czego można zaliczyć postępowanie w aftach. Należy płukać jamę ustną 10 mililitrami płynu dwa razy dziennie. Preparat może być stosowany we wszystkich grupach pacjentów, w tym u kobiet w ciąży i karmiących piersią. Działania niepożądane to odwracalne zabarwienie języka i zębów, pieczenie języka i zaburzenia smaku.

Salicylan choliny

Salicylan choliny może być stosowany w leczeniu bolesnych zmian w jamie ustnej od 4 miesiąca życia (np. przy bolesnym ząbkowaniu), jednak jeśli afty mniejsze występują po raz pierwszy u dzieci w wieku do 10 lat, należy skierować takiego pacjenta do lekarza. Dorośli i dzieci po 10 roku życia powinni nakładać żel czystym palcem co 3–4 godziny lub w miarę potrzeby. Jest to lek bardzo bezpieczny i może być podawany wszystkim pacjentom, w tym kobietom w ciąży. Nieznane są interakcje z innymi lekami ani skutki uboczne.

W Polsce występuje w postaci żelu stomatologicznego oraz pastylek do ssania.

Miejscowe środki znieczulające

Miejscowe środki znieczulające to np. lidokaina i benzokaina. Wszystkie miejscowo stosowane środki znieczulające charakteryzują się krótkim okresem działania, a więc do utrzymania efektu znieczulającego konieczne jest ich częste podawanie. Zatem najlepiej je stosować, gdy istnieje taka potrzeba, chociaż w zależności od stężenia środka znieczulającego zawartego w preparacie maksymalna liczba podań może się różnić. W większości przypadków preparat nie powinien być stosowany częściej niż 8 razy dziennie. Nie obserwuje się żadnych interakcji, skutki uboczne są minimalne; leki można podawać wszystkim pacjentom. Niektóre osoby mogą wykazywać reakcje uczuleniowe na lidokainę i benzokainę; takie reakcje częściej są obserwowane w przypadku benzokainy. Preparaty z tej grupy nie powinny być podawane kobietom w trzecim trymestrze ciąży.

Miejscowe środki powlekające

Aphtigel 1% – żel z hydroksyetylocelulozą i glukonianem chlorheksydyny, **Aphtigel Max 3%** (dodatkowo z ekstraktem z szalwii). Czas działania wynosi od 6 do 8 godz. Podczas stosowania kumuluje się w błonie śluzowej jamy ustnej, co zapewnia dodatkową ochronę, nawet po zaprzestaniu stosowania. Nie należy stosować u dzieci, kobiet

w ciąży i podczas karmienia piersią. Nanosi się niewielką ilość żelu 3 razy dziennie, po aplikacji przez ok. 30 min nie powinno się spożywać posiłków i pić płynów.

Dezaftan żel (zawiera kwas hialuronowy) i powinien być stosowany 2–3 razy dziennie lub częściej według potrzeb, po posiłkach, przez okres jednego tygodnia lub do ustąpienia objawów. Jest nieszkodliwy w przypadku połykania.

Lips żel i płyn to preparaty z diglukonianem chlorheksydyny o działaniu odkażającym oraz z ekstraktem z szalwii, który ściąga i łagodzi dolegliwości bólowe. Należy stosować 3 razy dziennie.

Salorhin to spray do jamy ustnej, który zawiera olejek z drzewa herbacianego, zmniejszający podrażnienie dziąseł i hamujący rozmnażanie drobnoustrojów w jamie ustnej, allantoinę i pantenol, działające łagodząco oraz przyspieszająco na proces regeneracji śluzówki jamy ustnej, oraz glicerynę, która wykazuje działanie nawilżające.

Tactisept żel jest przeznaczony do stosowania w jamie ustnej. Zawiera nadtlenek karbamidu, który ma przyspieszać gojenie się nadżerek i regenerację. Powinno się stosować 4 razy dziennie, po 5 minutach należy żel wypłuć.

Solcoseryl, w którym substancją czynną jest bezbiałkowy dializat z krwi cieląt, stymulujący w komórkach tlenowe procesy metaboliczne i skutecznie ułatwiający procesy regeneracyjne i naprawcze w obrębie uszkodzeń oraz zmniejszający bolesność i obrzęk. Powinno się nakładać miejscowo 3–5 razy dziennie.

Aphtin to płyn do stosowania w jamie ustnej. Zawiera 20% tetraboranu sodu, który ze względu na ryzyko wchłaniania i ogólnoustrojowych reakcji toksycznych nie jest zalecany u dzieci, zwłaszcza do 4 r.ż. Działania toksyczne związków boru powodują następujące objawy: brak łaknienia, wymioty, biegunkę, krew w stolcu, uszkodzenia wątroby i nerek, niewydolność krążenia, łysienie, osutkę, stany splątania, drgawki. Opisywano przypadki zgonu po leczniczym zastosowaniu związków boru u noworodków i małych dzieci. Podczas stosowania mogą również występować miejscowe podrażnienia.

Anaftin Plus – płyn zawierający poliwinylpirolidon (PVP) i kwas hialuronowy, stanowiące barierę mechaniczną dla uszkodzonych okolic, łagodzące ból i sprzyjające gojeniu. Stosuje się 3–4 razy dziennie do płukania jamy ustnej.

Piśmiennictwo

- Reedy BL. A topical salicylate gel in the treatment of oral aphthous ulceration. *Practitioner* 1970;204:846–50.
Scully C. 2014. Aphthous ulcers. *BMJ Best Practice*. April 2014. Available at: <http://bestpractice.bmj.com.ezproxy>.

newcastle.edu.au/best-practice/monograph/564.html [Accessed 5 September 2014].

Truelove SC, Morris-Owen RM. Treatment of aphthous ulceration of the mouth. *BMJ* 1958;1:603-7.

Piśmiennictwo uzupełniające

Brocklehurst P, Tickle M, Glenny AM, et al. Systemic interventions for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD005411. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005411.pub2>

Browne RM, Fox EC, Anderson RJ. Topical triamcinolone acetonide in recurrent aphthous stomatitis. A clinical trial. *Lancet* 1968;1:565-7.

MacPhee IT, Sircus W, Farmer ED, et al. Use of steroids in treatment of aphthous ulceration. *Br Med J* 1968;2(598):147-9.

Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003;134:200-7.

Zakrzewska JM. Fortnightly review: oral cancer. *Br Med J* 1999;318:1051-4.

Adresy internetowe

The Behçet's Syndrome Society: <http://behcets.org.uk>
The British Dental Health Foundation: <https://www.dentalhealth.org>

Kandydoza jamy ustnej (pleśniawki)

Wstęp

Pleśniawki są zakażeniem oportunistycznym i na ogół nie występują u zdrowych osób dorosłych. Jeśli w tej grupie podejrzewa się pleśniawki, należy wziąć pod uwagę stany leżące u podstaw lub rozpoznawalne czynniki ryzyka, które mogły spowodować wystąpienie pleśniawek w jamie ustnej.

Występowanie i epidemiologia

Pleśniawki błony śluzowej jamy ustnej na ogół dotyczą osoby w bardzo młodym (noworodki) lub bardzo zaawansowanym wieku. Ocenia się, że schorzenie to atakuje 5% noworodków i 10% wyniszczonych osób w starszym wieku. Większość przypadków w innych grupach wiekowych jest związana ze stanami patologicznymi, takimi jak obniżenie odporności, cukrzyca, suchość jamy ustnej, lub też jest związana z rozpoznawalnymi czynnikami ryzyka,

takimi jak niedawna antybiotykoterapia, inhalacje z kortykosteroidów i źle dopasowane protezy.

Etiologia

Wykazano, że *Candida albicans* znajduje się w jamie ustnej u 30–60% zdrowych osób w krajach rozwiniętych (Gonsalves i wsp., 2007). Przenosi się przez kontakt

Tabela 7.4
Przyczyny pleśniawek jamy ustnej oraz ich względna częstość w praktyce farmaceutycznej

Częstość	Przyczyna
Najbardziej prawdopodobne	Pleśniawki
Prawdopodobne	Afty mniejsze, zmiany polekowe, źle dopasowane protezy
Mało prawdopodobne	Choroby, takie jak cukrzyca, kserostomia (suchość jamy ustnej), immunosupresja, afty większe i owrzodzenie opryszczkowe, opryszczka zwykła
Bardzo mało prawdopodobne	Leukoplakia, rak płaskonabłonkowy (kolczystokomórkowy)



Tabela 7.5
Pytania, jakie należy zadać pacjentowi: pleśniawki jamy ustnej

Pytanie	Znaczenie
Rozmiar i kształt zmiany	Pleśniawki występują typowo jako nalot w postaci plamek. Mają one na ogół nieregularny kształt i różnią się wielkością (od niewielkich do dużych)
Towarzyszący ból	Starsi pacjenci z białymi, bezbolesnymi wysepkami powinni być skierowani do lekarza, żeby wykluczyć stany poważniejsze, takie jak leukoplakia
Umiejscowienie zmiany	Pleśniawki jamy ustnej często występują na języku i policzkach, lecz gdy są wywołane stosowaniem wżiwnych steroidów, zmiany występują na gardle



Ryc. 7.7 Kandydoza jamy ustnej. Przedrukowano z: *Illustrated Pocket Guide to Clinical Medicine*, C.D. Forbes, W.F. Jackson. Wyd. 2. 2004, Mosby, za zgodą.

bezpośredni lub przez przedmioty, w których mikroorganizmy mogą bytować. Częstość występowania u osób stosujących protezy zębowe jest nawet wyższa. Zmiany w prawidłowym środowisku jamy ustnej pozwalają na namnażanie się drożdżaków.

Proces rozpoznania różnicowego

Pleśniawki jamy ustnej nie stwarzają trudności diagnostycznych, pod warunkiem przeprowadzenia dokładnego wywiadu i badania jamy ustnej. Rola farmaceuty polega na wyeliminowaniu ewentualnych stanów patologicznych związanych z wystąpieniem pleśniawek i wykluczeniu czynników ryzyka (tab. 7.4). W dokonaniu właściwego rozpoznania pomogą pytania ukierunkowane na rozpoznanie pleśniawek (tab. 7.5). Po rozmowie z pacjentem farmaceuta powinien obejrzeć jamę ustną, żeby potwierdzić rozpoznanie.

Cechy kliniczne pleśniawek

Klasyczny obraz pleśniawek to kremowobiałe, miękkie, uniesione wykwity, które można zetrzeć, odsłaniając rumieniową śluzówkę (ryc. 7.7). Zmiany są często bolesne i mogą być zlokalizowane w dowolnym miejscu jamy ustnej. Pacjenci czasami skarżą się na uogólnione złe samo-

poczucie i utratę apetytu. U noworodków zmiany ustępują zwykle samoistnie, ale mogą utrzymywać się przez kilka tygodni.

Stany, które należy wykluczyć

Przyczyny prawdopodobne

Afty małe

Diagnostyka różnicowa dotycząca aft i pleśniawek została opisana bardziej szczegółowo powyżej (s. 159).

Grzybica polekowa

Może być wywołana wziewnymi kortykosteroidami lub antybiotykoterapią. Również leki wywołujące suchość w jamie ustnej predysponują do powstawania grzybicy. Należy przeprowadzić odpowiedni wywiad.

Zmiany wywołane noszeniem protez

Noszenie protez, zwłaszcza jeśli nie są zdejmowane na noc, są niewłaściwie czyszczone czy niedopasowane, może powodować powstawanie pleśniawek.

Przyczyny mało prawdopodobne

Liszaj płaski

Liszaj płaski to choroba skóry, w której zmiany przypominają zmiany w łuszczycy. U około 50% osób zajęta jest śluzówka jamy ustnej. Na wewnętrznej stronie policzków, na dziąsłach i języku pojawiają się nieco uniesione, bezbolesne zmiany, które przypominają pajęczynę. Inne objawy to bolesność jamy ustnej i uczucie pieczenia. Czasami liszaj płaski pojawia się w jamie ustnej bez manifestacji skórnej.

Choroby ogólnoustrojowe

Pleśniawki u osób dorosłych występują rzadko, dlatego należy rozważyć inne przyczyny owrzodzeń, np. cukrzycę, upośledzenie odporności czy suchość w jamie ustnej (xerostomia).

Inne formy owrzodzeń

Afty duże, owrzodzenie opryszczkowe i opryszczka zwykła zostały omówione w poprzednim podrozdziale (s. 158).

Przyczyny bardzo mało prawdopodobne

Leukoplakia

Leukoplakia jest schorzeniem jamy ustnej, które w sposób klasyczny przedstawia się w postaci białych zmian, niezgodnych z definicją żadnego innego schorzenia, toteż jest to rozpoznanie z wykluczenia (ryc. 7.8). Występowanie jest związane z paleniem i zalicza się ją do stanów przednowotworowych, choć statystyki wskazują, że ryzyko roczne



Ryc. 7.8 Leukoplakia. Przedrukowano z: *Illustrated Pocket Guide to Clinical Medicine*. C.D. Forbes, W.F. Jackson, wyd. 2, 2004, Mosby, za zgodą.

przekształcenia w kierunku raka kolczystokomórkowego jest na poziomie 1%. Pacjenci zauważają zwykle białą bezbolesną płytkę, która przez wiele tygodni rozwija się na śluzówce języka lub policzków. W odróżnieniu od pleśniawek, wysepek tych nie można zetrzeć. Leukoplakia jest częstsza u mężczyzn i osób po 40 roku życia. Wszystkich pacjentów, co do których istnieją wątpliwości, należy skierować do lekarza.

Rak kolczystokomórkowy

Rak kolczystokomórkowy został dokładniej omówiony na s. 161 i tam czytelnik znajdzie informacje na temat różnicowania tego schorzenia i pleśniawek jamy ustnej.

Na rycinie 7.9 przedstawiono algorytm umożliwiający różnicowanie pleśniawek i innych schorzeń.

Dowody naukowe w leczeniu preparatami OTC

Lekiem dostępnym w Wielkiej Brytanii bez recepty, stosowanym w leczeniu kandydozy jamy ustnej, jest mikonazol



CZYNNIKI WSKAZUJĄCE na konieczność skierowania pacjenta do lekarza: kandydoza jamy ustnej

Czynnik	Możliwe zagrożenie lub powód skierowania
Osoby chore na cukrzycę	Możliwa słaba kontrola glikemii
Czas trwania ponad 3 tygodnie	Pleśniawki mało prawdopodobne, wskazana ocena przez lekarza
Pacjenci z upośledzoną odpornością	Prawdopodobne wystąpienie zmian ciężkich i rozległych. Poza kompetencjami farmaceuty
Zmiany bezbolesne	Możliwa poważna przyczyna

(Daktarin). Ma on udowodnioną skuteczność określaną na 80–90%. W badaniach porównawczych skuteczność Daktarinu była wyższa niż Nystatyny wydawanej na receptę.

Praktyczne wskazówki i wybór produktu

W tabeli 7.6 zawarto informacje na temat żelu do jamy ustnej Daktarin (w Polsce dostępny na receptę jako preparat Daktarin-oral), omówionego w rozdziale „Dowody naukowe w leczeniu preparatami OTC”, a ramka „Wskazówki i rady 7.2” przedstawia pożyteczne informacje dotyczące stosowania Daktarinu.

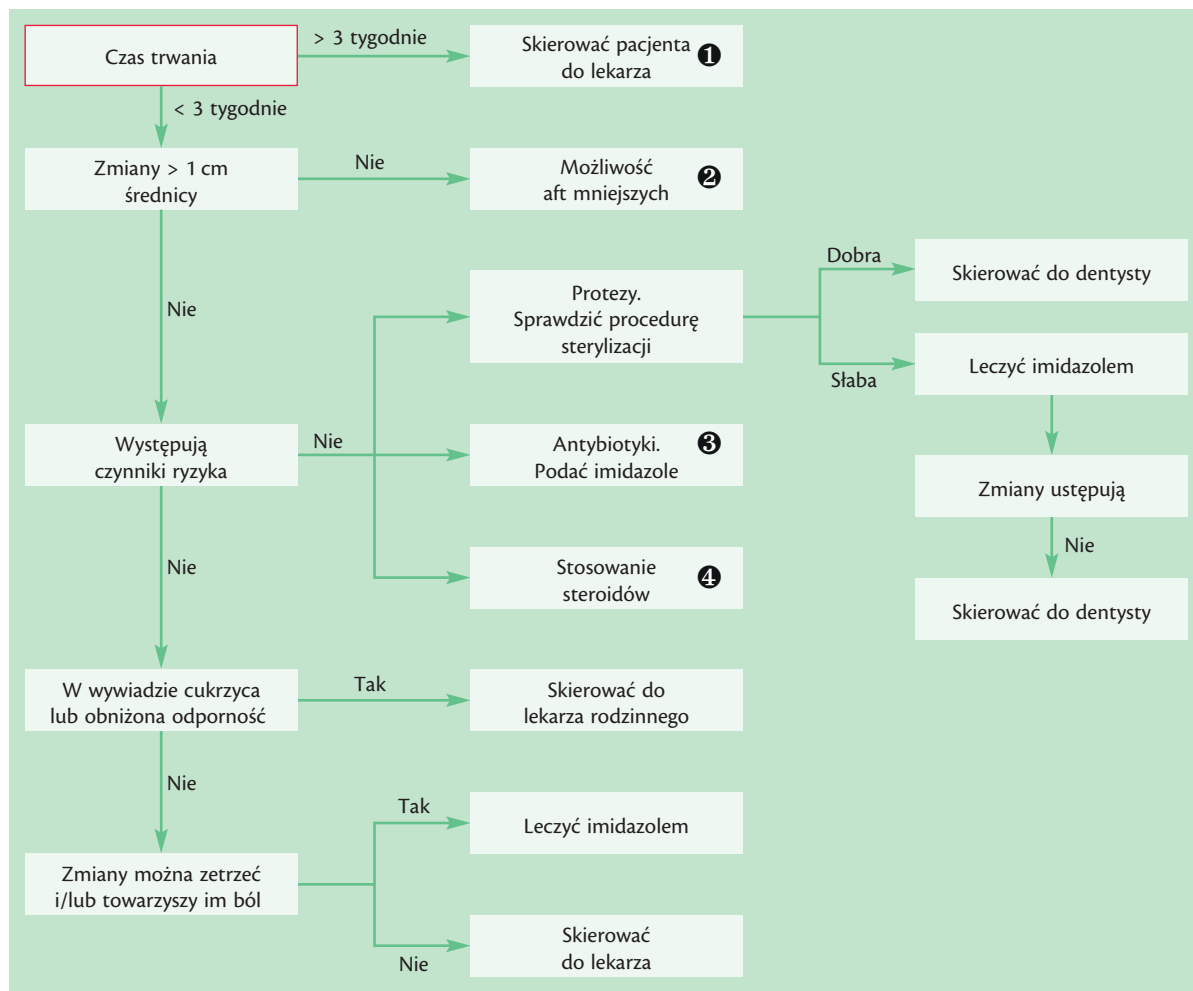
Dawkowanie żelu zależy od wieku pacjenta i umiędowienia zmian. W przypadku zmian zlokalizowanych nanosi się czystym palcem niewielką ilość żelu bezpośrednio na zmienioną chorobowo powierzchnię. W przypadku bardziej uogólnionej infekcji dawka powinna być



Tabela 7.6

Praktyczne wskazówki: środki stosowane w leczeniu pleśniawek

Lek	Stosowanie u dzieci	Możliwe skutki uboczne	Interakcje z lekami	Pacjenci, na których należy zwrócić szczególną uwagę	Ciąża i laktacja
Daktarin (mikonazol)	Od wieku niemowlęcego	Nudności i wymioty	Warfaryna	Brak	OK



Ryc. 7.9 ABC rozpoznania różnicowego pleśniawek.

❶ Czas trwania

Wszelkie zmiany utrzymujące się dłużej niż 3 tygodnie wymagają wizyty u lekarza w celu wykluczenia stanów poważniejszych.

❷ Afty mniejsze

Zob. ryc. 7.6. ABC rozpoznania różnicowego owrzodzeń jamy ustnej.

❸ Antybiotyki

Antybiotyki o szerokim spektrum, np. amoksycylina i makrolidy, zmieniając prawidłową florę jamy ustnej, mogą przyczynić się do wystąpienia pleśniawek.

❹ Wziewne kortykosteroidy

Wysokie dawki wziewnych kortykosteroidów mogą powodować wystąpienie pleśniawek jamy ustnej. Pacjentom należy doradzić, aby używali komory inhalacyjnej (tzw. spejsera) i następnie płukali usta w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia pleśniawek.

podana za pomocą 5-mililitrowej łyżeczki. U osób dorosłych i dzieci w wieku od 6 lat należy nanosić 5 ml żelu 4 razy dziennie, a u dzieci w wieku do 6 lat – 5 ml żelu 2 razy dziennie. U niemowląt i dzieci w wieku do 2 lat dawka powinna wynosić 2,5 ml 2 razy dziennie.

Lek może czasami powodować nudności i wymioty, lecz skutki uboczne są rzadkie. Producenci podają informację, że lek może wchodzić w interakcje z wieloma innymi środkami, w tym z triazolamem, midazolamem, chinidyną, pimozdem, inhibitorami reduktazy HMG-CoA (statynami)

i lekami przeciwzakrzepowymi. Jednak nie ma opublikowanych wyników badań ustalających znaczenie kliniczne tych interakcji, z wyjątkiem interakcji z warfaryną. Łączne podawanie warfaryny i mikonazolu znacznie podwyższa stężenie warfaryny, więc w takich sytuacjach należy ściśle monitorować stan układu krzepnięcia krwi i wskaźnik INR pacjenta. Producenci także podają, że należy unikać stosowania Daktarinu u kobiet w ciąży, chociaż opublikowane dane nie potwierdzają związku między mikonazolem i wadami wrodzonymi u dzieci.

WSKAZÓWKI I RADY 7.2: DAKTARIN

Stosowanie leku	Pacjentom należy poradzić, żeby trzymali żel w ustach jak najdłużej w celu przedłużenia kontaktu leku z zainfekowanym miejscem
	Osobom noszącym protezy należy zalecić szczotkowanie protez żelazem i zdejmowanie ich na noc
Czas trwania leczenia	Leczenie należy kontynuować przez 2 dni po ustąpieniu objawów, aby zapobiec nawrotowi i ponownej infekcji

Piśmiennictwo

Gonsalves WC, Chi A, Neville BW. Common oral lesions: Part I. Superficial mucosal lesions. *Am Fam Physician* 2007;75:501–7.

Piśmiennictwo uzupełniające

Hoppe JE, Hahn H. Randomized comparison of two nystatin oral gels with miconazole oral gel for treatment of oral thrush in infants. *Antimicrotics Study Group. Infection* 1996;24:136–9.

Hoppe JE. Treatment of oropharyngeal candidiasis in immunocompetent infants: a randomized multicenter study of miconazole gel vs. nystatin suspension. *The Antifungals Study Group. Pediatr Infect Dis J* 1997;16:288–93.

Parvinen T, Kokko J, Yli-Urpo A. Miconazole lacquer compared with gel in treatment of denture stomatitis. *Scand J Dent Res* 1994;102:361–6.

Adresy internetowe

<https://portal.abczdrowie.pl/afty>
http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/zeby/afty-przyczyny-objawy-i-leczenie-aft-w-jamie-ustnej_41915.html

http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-immunologiczny/choroba-behceta-przyczyny-objawy-leczenie_44483.html

Zapalenie dziąseł

Wstęp

Zapalenie dziąseł jest najczęściej wynikiem nadmiernego nagromadzenia płytki nazębnej. Do stanu tego można nie dopuścić, regularnie czyszcząc zęby. Mimo to próchnica i choroby dziąseł występują niemal u wszystkich ludzi.

Występowanie i epidemiologia

Ocenia się, że 50% populacji Wielkiej Brytanii cierpi na choroby dziąseł, a choroba obejmuje 85% populacji w wieku powyżej 40 roku życia. Zapalenie dziąseł częściej dotyka mężczyzn niż kobiety, co może być związane z tym, że kobiety bardziej dbają o higienę jamy ustnej.

Etiologia

Zęby w krótkim czasie po umyciu pokrywają się nalotem składającym się ze śliny i płynu dziąsłowego. Do warstwy tej przylegają bakterie, które zaczynają się namnażać, tworząc płytkę nazębną; podczas kolejnego mycia zębów płytka zostaje usunięta. Gdy jednak pozwalamy na gromadzenie się płytki przez 3–4 kolejne dni, bakterie ulegają wewnętrznej kalcyfikacji i wytwarzają fosforan wapnia, zwany kamieniem nazębnym. Przylega on ściśle do powierzchni zębów i zatrzymuje bakterie. Bakterie uwalniają enzymy i toksyny, które atakują błonę śluzową dziąseł, powodując stan zapalny (*gingivitis*). Jeśli płytka nie zostanie usunięta, stan zapalny rozprzestrzenia się, obejmuje więzadło zębodołowo-zębowe i sąsiadujące struktury zębowe (zapalenie ozębnej). Między zębem i dziąsłem tworzy się kieszonka i po kilku latach dochodzi do zniszczenia korzenia zęba i kości do tego stopnia, że ząb zaczyna się chwiać i wypada. Jest to główna przyczyna utraty zębów u osób w wieku powyżej 40 lat.

Czynniki ryzyka wystąpienia zapalenia dziąseł i ozębnej obejmują: cukrzycę, palenie tytoniu, niedożywienie, nieprawidłową higienę jamy ustnej.

Proces rozpoznania różnicowego

Zapalenie dziąseł często przebiega niezauważone, ponieważ objawy mogą być bardzo łagodne i bezbo-



Tabela 7.7
**Pytania, jakie należy zadać pacjentowi:
zapalenie dziąseł**

Pytanie	Znaczenie
Technika mycia zębów	Zbyt energiczne szczotkowanie zębów może doprowadzić do krwawienia i odsunięcia się dziąseł. Należy sprawdzić, czy pacjent nie myje zębów zbyt mocno. Osobom, które używają zbyt dużej siły do mycia zębów, można doradzić używanie szczoteczki elektrycznej
Krwawienie z dziąseł	Pacjent, u którego występuje krwawienie z dziąseł bez urazu lub innej przyczyny, wymaga skierowania do lekarza w celu wykluczenia stanów patologicznych

sne. To wyjaśnia, dlaczego podczas rutynowych badań kontrolnych dentysta ujawnia bardziej zaawansowaną chorobę dziąseł niż pacjent sądził. Należy zaznajomić się z historią stomatologiczną pacjenta, a zwłaszcza dokładnie wypytać o technikę i częstość mycia zębów oraz regularność odwiedzania dentysty przez pacjenta. Należy także obejrzeć jamę ustną pod kątem objawów zapalenia dziąseł. W postawieniu właściwego rozpoznania zawsze pomocne będą pytania ukierunkowane na zapalenie dziąseł (tab. 7.7).

Cechy kliniczne zapalenia dziąseł

Zapalenie dziąseł charakteryzuje się obrzękiem i zaczerwienieniem dziąseł, które łatwo krwawią przy najmniejszym urazie. Może być widoczna płytka nazębna, zwłaszcza na zębach, do których trudno dotrzeć szczoteczką podczas mycia. Pacjent może także mieć nieprzyjemny oddech.

Stany, które należy wykluczyć

Zapalenie ozębnej

Gdy zapalenie dziąseł nie jest leczone, stan ten może rozwijać się i objąć ozębną. Objawy zapalenia ozębnej są podobne do zapalenia dziąseł, ale dodatkowo występują samoistne krwawienie i zaburzenia smaku, nieprzyjemny oddech oraz problemy z jedzeniem. Mogą być widoczne kieszonki oko-

łożebowe, a pacjent może skarżyć się na rozchwiane zęby. Pacjent powinien udać się do dentysty w celu usunięcia kamienia i płytki.

Polekowe krwawienie z dziąseł

Krwawienie z dziąseł może być skutkiem stosowania leków, takich jak warfaryna, heparyna i niesteroidowe leki przeciwzapalne. Należy skontaktować się z lekarzem prowadzącym i zaproponować leczenie alternatywne. Przerost dziąseł jest częsty u osób leczonych fenytoiną, cyklosporyną i nifedypiną. Pacjenci powinni być poinformowani o tych działaniach niepożądanych, gdy lek zostaje im przepisany po raz pierwszy.

Samoistne krwawienie

Samoistne krwawienie z dziąseł może być objawem wielu schorzeń, na przykład agranulocytozy i białaczki. Dodatkowo występują inne objawy, takie jak narastające zmęczenie, osłabienie oraz oznaki choroby ogólnoustrojowej, np. gorączka. Konieczne jest natychmiastowe skierowanie pacjenta do lekarza.

Dowody naukowe w leczeniu preparatami OTC

Nic nie jest w stanie zastąpić dobrej higieny jamy ustnej. Zapobieganie gromadzeniu płytki jest kluczem do zdrowych zębów i dziąseł. W celu utrzymania higieny jamy ustnej na odpowiednim poziomie należy myć zęby szczoteczką, z pastą lub bez, dwa razy dziennie. Najlepiej myć zęby pastą z fluorem po posiłku, a miejsca, do których trudno dotrzeć szczoteczką, powinny być czyszczone nicią dentystyczną, najlepiej trzy razy w tygodniu (Sambunjak i wsp., 2011).

Ostatni przegląd Cochrane przyniósł konkluzję, że szczoteczki elektryczne o ruchomych główkach są skuteczniejsze w usuwaniu płytki nazębnej niż manualne (Yaacob i wsp., 2014).

W sprzedaży znajduje się ogromnie dużo produktów przeznaczonych do higieny jamy ustnej, czy to w aptekach, czy też w sklepach ogólnych. Preparaty te powinny być zarezerwowane dla przypadków zaawansowanego zapalenia dziąseł lub dla pacjentów, którzy nie są w stanie szczotkować zębów.

Płyny do płukania ust zawierają chlorheksydynę, heksetydynę, wodę utlenioną, nadboran sodowy i jodopowidon. Spośród tych substancji **największą udowodnioną skuteczność przeciwbakteryjną w likwidowaniu płytki nazębnej i zapalenia dziąseł ma chlorheksydyna w stężeniu 0,1 lub 0,2%** (Ernst i wsp., 1998). Badania kliniczne wykazały, że jest to środek znacznie bardziej skuteczny niż

Opieka farmaceutyczna

Wydanie 4

Objawy, rozpoznanie i leczenie

Wzrost rynku produktów OTC (*over-the-counter*) – leków sprzedawanych bez recepty, polityka zdrowotna rządów, a także wzrost samoświadomości i poziomu wiedzy medycznej zachęcają obywateli do zajmowania się własnym zdrowiem i podejmowania prób samoleczenia.

Farmaceuci pracujący w ogólnodostępnych aptekach stanowią najbliższą pacjentom grupę zawodową w dziedzinie opieki zdrowotnej. To właśnie u nich często szukają pomocy w problemach zdrowotnych, licząc na bezpłatną i profesjonalną poradę bez konieczności umawiania się na wizytę. Stwarza to potrzebę zmiany orientacji zawodu farmaceuty i poszerzania kompetencji, aby mógł on stać się aktywnym partnerem i współtwórcą procesu leczenia.

Opieka farmaceutyczna to publikacja mająca na celu dostarczenie farmaceutom wiedzy, w jaki sposób na podstawie informacji uzyskanych u pacjentów różnicować objawy i polecić leki dostępne bez recepty, a także rozpoznać objawy wskazujące na konieczność pomocy lekarza.

Tytuł oryginału: **Community Pharmacy. Symptoms, Diagnosis and Treatment**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER

ISBN 978-83-66067-23-3



www.edraurban.pl