ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIOS

ISSN 1822-2501

2017 metai, birželis, Nr. 2 (46)

Bendruomenei atsiskaito Odontologų licencijavimo komisija

Šiame straipsnyje analizuojame esminius darbo per pastaruosius metus rodiklius bei akcentuojame svarbiausias licencijavimo proceso aktualijas

7–9 p.

10 val. rezultatas: žandikaulio sąnarių endoprotezavimas ir ortognatinė operacija

Med. m. dr. burnos, veido ir žandikaulių chirurgai: Simonas Grybauskas ir Dainius Razukevičius

1986 m. gimęs pacientas dėl progresuojančios įgimtos abipusės smilkininio apatinio žandikaulio sąnario ankilozės kreipėsi 2015 m., po 4 iki to laiko atliktų operacijų.

12–13 p.

Visuotinis Odontologų rūmų narių susirinkimas ir tarptautinis kongresas „Visuomenė ir odontologija: iššūkiai ir sprendimai“

Rūmų tarptautinis kongresas – didžiausias ir reikšmingiausias odontologų bendruomenės renginys, pritraukiantis ne tik Lietuvos gydytojus odontologus bei burnos priežiūros specialistus, bet ir užsienio svečius.

3–4 p.

BALTIC DENTAL DAYS 24 p.

„ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIOS“
KETVIRTINIS ŽURNALAS
2017 METAI, BIRŽELIS NR. 2 (46)

Leidėjas – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai

Rašykite mums:
J. Jasinskio g. 16, Vilnius LT-03163
El. paštas: info@odontologurumai.lt
Skambinkite tel. 8 5 212 2510

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų banko duomenys:
Lietuvos Respublikos odontologų rūmai
Kodas 300038139, atsisk. sąskaita
LT097044060004285396
AB SEB bankas, kodas 70440

Redakcinė kolegija

Pirmininkė – doc. dr. A. Tutkuvienė,
Rūmų tarybos narė

Nariai:
R. Bagdonas, Lietuvos dantų technikų sąjunga
J. Dovydaitis, Kauno kolegijos Medicinos fakultetas
Doc. dr. S. Drukteinis, Lietuvos endodontologų draugija
Prof. dr. A. Gleiznys, gyd. odontologas ortopedas
Dr. G. Janužis, gyd. burnos, veido ir žandikaulių chirurgas
P. Kalesinskas, Rūmų Tarybos narys
Prof. habil. dr. R. Kubilius, LSMU Odontologijos fakultetas
Dr. L. Linkevičienė, gyd. ortodontė
Doc. dr. T. Linkevičius, gyd. odontologas ortopedas
Doc. V. Mameniškis, Utenos kolegijos
Burnos ir dantų priežiūros katedra
D. Mieldažienė, Lietuvos burnos higienistų draugija
Prof. dr. V. Pečiulienė, VU MF Odontologijos institutas
A. Puišys, gyd. periodontologas
V. Raslanienė, Rūmų Revizijos komisijos narė
T. Ravickienė, Lietuvos gydytojų odontologų padėjėjų asociacija
A. Šeikus, Rūmų tarybos pirmininkas
Prof. habil. dr. A. Šidlauskas, Lietuvos ortodontų sąjunga
Doc. dr. I. Vasiliauskienė,
Lietuvos vaikų odontologų draugija
J. Žekonienė, Lietuvos periodontologų draugija

Redaktorė J. Steponavičiūtė
Kalbos redaktorė L. Spetylaitė
Dizainas UAB DIZ.lt

Numerio autoriai:
R. Borusevičius, A. Bureikienė, S. Grybauskas, dr. A. Pranckevičienė, D Razukevičius, J. Steponavičiūtė, doc. dr. A. Tutkuvienė, J. Žekonienė

Dėl reklamos žurnale kreiptis
Justina Steponavičiūtė el. paštu:
info@odontologurumai.lt

Už reklamos turinį ir kalbą redakcija neatsako.

Spausdino
AB „Spauda“, Laisvės pr. 60, LT-05120 Vilnius
Tiražas 8000 egz.

Žurnalą platina
UAB „Verslo spaudos centras“, Žirmūnų g. 68, Vilnius
Kontaktinis asmuo:
Žygimantas Ivickas, Mob. tel.: +370 67988668
el. paštas: zygimantas@vscentras.lt

Rūmų narių dėmesiui!

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų Taryba 2017 m. gegužės 5 d. Tarybos nutarimu Nr. 17/TN-37 panaikino mokestį už Gydytojų odontologų ir burnos priežiūros specialistų tobulinimo ir profesinės praktikos deklaracijos tvirtinimą (toliau – Deklaracija) asmeniui, norinčiam verstis asmens sveikatos priežiūros praktika. Nuo deklaracijos mokesčio atleisti visi Rūmų nariai, kurių deklaracijos data (skaičiuojama lygiai kas 5 metai nuo licencijos išdavimo datos) yra nuo 2017 m. rugsėjo 1 d.

Sveikiname

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai nuoširdžiai sveikina Rūmų narę, Antakalnio poliklinikos gydytoją odontologę Ireną Orlovską Ravoitienę, kuriai Pasaulinės sveikatos dienos proga už kilnų ir ypač svarbų darbą Vilniaus miesto savivaldybė įteikė Auksinės širdies simbolio apdovanojimą. Linkime sėkmės ir stiprybės tolimesnėje veikloje!

Sveikiname

Nuoširdžiai sveikiname Rūmų narę gydytoją odontologę, gydytoją periodontologę Almą Pranckevičienę apgynus disertaciją daktaro laipsniui gaut. Disertacijos tema: „I ir 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų periodontito sunkumo ir chirurginio gydymo efektyvumo ilgalaikis tyrimas“ .

Linkime sėkmės mokslinėje veikloje!

RENGINIAI

Visuotinis Odontologų rūmų narių susirinkimas ir tarptautinis kongresas „Visuomenė ir odontologija: iššūkiai ir sprendimai“

Pirmoji medikų profesinė savivalda – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai (toliau – Rūmai) – 2017 m. gegužės 26–27 d. Druskininkuose organizavo jau tryliktą Rūmų tarptautinį kongresą „Visuomenė ir odontologija: iššūkiai ir sprendimai“.

Rūmų tarptautinis kongresas – didžiausias ir reikšmingiausias odontologų bendruomenės renginys, pritraukiantis ne tik Lietuvos gydytojus odontologus bei burnos priežiūros specialistus, bet ir užsienio svečius. Pakalbinta Odontologų rūmų kongreso organizacinio komiteto pirmininkė doc. dr. Vilma Brukienė akcentavo, kad renginio „Visuomenė ir odontologija: iššūkiai ir sprendimai“ tikslas buvo Rūmų bendruomenės nariams pristatyti temas, kurios šiuo metu aktualios ne tik odontologų bei burnos priežiūros specialistų bendruomenei, bet ir visiems Lietuvos gyventojams. Be specifinių odontologinių temų kongrese buvo pasirinktos ir pristatytos tokios plačiai mūsų šalies visuomenėje išdiskutuotos temos kaip savižudybių priežastys ir prevencija, skiepų nauda ir reikalingumas, būtinoji pagalba vaikams ir vaikų gaivinimas, neįgaliųjų bei senyvo amžiaus pacientų burnos sveikatos aktualijos. „Bendruomenės narius kvietėme susipažinti ir padiskutuoti dantų kilmės bei evoliucijos, toksinių ir narkotinių preparatų įtakos burnos sveikatai, bendrosios nejautros odontologijoje naudos ir galimos žalos klausimais. Džiaugiamės, kad atvykti ir pristatyti pranešimus sutiko garbūs pasaulyje pripažinti lektoriai iš Jungtinių Amerikos Valstijų, Jungtinės Karalystės, Švedijos, Estijos, taip pat puikiai mūsų odontologų bei burnos priežiūros specialistų bendruomenei žinomi Lietuvos lektoriai“, – sakė Rūmų tarptautinio kongreso „Visuomenė ir odontologija: iššūkiai ir sprendimai“ organizacinio komiteto pirmininkė doc. dr. V. Brukienė.

Didelio gausiai susirinkusios odontologų bendruomenės dėmesio sulaukė ne tik kongreso metu vykusi įdomi mokslinė programa, bet ir odontologinės įrangos ir medžiagų paroda, kurioje savo produkciją pristatė pusšimtis firmų ir rėmėjų. Organizacinio komiteto narė R. Kiaunienė, atsakinga už renginio metu vykusią parodą, džiaugėsi, kad Kongreso dalyviams ir svečiams buvo pristatytos naujos, ne tik odontologinės, bet ir kitų medicinos sričių medžiagos bei prietaisai. Odontologų rūmai kongreso dalyviams dovanojo spalvingas kuprines, kurias rėmėjai ir kitos firmos pripildė savo produkcijos mėginukų. „Visada džiugu, kai kongreso dalyvio krepšelis turtingas naujienų, informacijos ir odontologinių priemonių pavyzdžių. ▶▶

Dėkojame renginio mecenatui -Glaxosmithkline

Doc. dr. Triin Jagomaegi iš Estijos skaito paskaitą „Gyvūnų terapija odontologijoje“

Jaunųjų mokslininkų konkursinių darbų pristatymas

> Kongreso tikslas buvo Rūmų bendruomenės nariams pristatyti temas, kurios šiuo metu aktualios ne tik odontologų bei burnos priežiūros specialistų bendruomenei, bet ir visiems Lietuvos gyventojams.

Prof. dr. Dainius H. Pauža pristatė paskaitą „Dantų kilmė ir evoliucija“

Renginio dalyviai

Rūmų tarptautinis kongresas kasmet sulaukia didelio dalyvių skaičiaus

Nors Kongreso organizacinis komitetas nesulaukė jokių pastabų dėl renginio organizavimo, tačiau esame atviri pasiūlymams. Jie mums padėtų ateityje tobulėti bei sėkmingai dirbti“, – sakė R. Kiaunienė.

Kongrese dėmesys buvo skirtas ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto bei Vilniaus universiteto odontologijos studijų programų studentų mokslinių darbams. Jaunieji kolegos mokslininkai pristatė savo pastarųjų metų mokslo tyrimų rezultatus. Esminiai studentų pranešimų vertinimo kriterijai buvo pavadinimo, tikslo, uždavinių formulavimas; metodikos pristatymo aiškumas; rezultatų aptarimo aiškumas, statistinių metodų taikymas, išvadų formulavimas; darbo apipavidalinimas bei pristatymo kokybė.

Komisija vienbalsiai nusprendė pirmąsias vietas skirti LSMU studentams Donatui Ciruliui ir Ibrahimui Bahrou už pranešimą „Flagelino ir TLR5 receptorių įtaka burnos dugno plokščialąstelinės karcinomos etiopatogenezei“ (darbo vadovai – dr. G. Janužis, prof. dr. R. Banienė, LSMU) ir VU studentei Augustei Manelytei už darbą „Vertikalių šaknies lūžių klinikiniai simptomai ir etiologinių veiksnių vertinimas“ (darbo vadovė – prof. dr. Vytautė Pečiulienė, VU).

Visuotiniame odontologų rūmų narių susirinkime Rūmų tarybos pirmininkas A. Šeikus pristatė Lietuvos Respublikos odontologų rūmų 2016 m. veiklos ataskaitą ir Lietuvos Respublikos odontologų rūmų 2016 m. pajamų, išlaidų sąmatos ir finansinę atskaitomybę. Visuotinio odontologų rūmų narių susirinkimo dalyviai pritarė 2016 m. Rūmų finansinei atskaitomybei ir 2017 m. Rūmų pajamų išlaidų sąmatai.

LR odontologų rūmai nuoširdžiai dėkoja Tarptautinio kongreso organizacinio komiteto nariams, Rūmų teritorinių skyrių vadovams ir sekretoriams, Rūmų darbuotojams ir visiems nariams, prisidėjusiems prie sėkmingo renginio organizavimo. Dėkojame Kongreso mecenatui „Glaxosmithkline“, didiesiems rėmėjams – UAB „Orivas“ ir „GC Nordic“, rėmėjams – UAB „Ringitas“ ir UAB „BIOK laboratorija“.

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

Reklama. Užs. Nr. 46.001

Multilink Automix

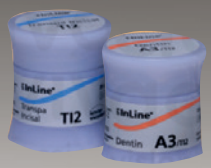
Easy clean- up

NAUJIENA! Lengvai nusivalantis perteklius. Stipri jungtis visiems cementavimo atvejams.

MULTILINK® AUTOMIX -tai dvigubo kietėjimo dervinis kompozitas su universalia ėsdinimo surišimo sistema, skirtas cementuoti metalo, metalo keramikos, bemetalės keramikos, įklotų ir užklotų restauracijas.

Perkant 4 x IPS e. max Press Ingots
Dovana 1x IPS e. max Press Ingots

Perkant 4 x IPS e. max Ceram Refill 20g.
Dovana 1x IPS e. max Ceram Refill



UAB“KRĖVA“ kviečia gydytojus - odontologus dalyvauti kursuose, rengiamuose IVOCLAR VIVADENT Mokomajame centre Lichtenšteine.

Tema:
„Danties atstatymas tiesioginėmis bei netiesioginėmis bemetalės keramikos restauracijoms, cementavimas bei kiti darbai.“

Programos teirautis El.paštu: info@dental.lt arba tel. 8 605 64222
Artimiausi kursai vyks 2017 lapkričio 19-24 dienomis.
Išduodami galiojantys 24 val. sertifikatai, patvirtinti LR Odontologų Rūmuose.
Vietų skaičius ribotas.

KRĖVA oficialus "Ivoclar Vivadent" atstovas Lietuvoje

Tel. (8~37) 750057, Mob.(8~6 99) 52222
El.paštas: info@dental.lt
www.kreva.lt

ivoclar vivaden
passion vision innovati

Intraoralinių pataisų rinkinys iš GC

Sulūžusių restauracijų intraoralinės pataisos tampa beveik kasdienine odontologo darbo sritimi. Todėl GC sukūrė universalų ir paprastą naudoti produktų rinkinį. Tinka stiklo, hibridinės keramikos, cirkonio, aliuminio, kompozitinių ir metalinių restauracijų intraoralinėms pataisoms.

Rinkinį sudaro universalus adhezyvas ***(G-Premio BOND)***, restauracijų praimeris ***(Ceramic Primer II)*** ir skystas opakeris ***(GRADIA PLUS).***

- **Išbaigtas rinkinys su aiškiomis instrukcijomis** leidžia lengvai ir greitai atlikti skirtingas intraoralines pataisas
- **Minimalus rinkinio inventorius,** tik 3 produktai visoms indikacijoms
- **Produktai yra unidozėse,** todėl visada šviežūs ir nėra nesunaudojamo pertekliaus

GC konsultantas
dr. Valdas Vilkinis
v.vilkinis@nordic.gceurope.com
mob. +370-6-9928814

AKTUALI INFORMACIJA

Bendruomenei atsiskaito Odontologų licencijavimo komisija

Odontologų licencijavimo komisija (toliau – Komisija), vadovaudamasi Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymu, Odontologų bei Burnos priežiūros specialistų licencijavimo taisyklėmis, priima sprendimą išduoti licenciją, atsisakyti išduoti licenciją, sustabdyti licencijos galiojimą, panaikinti licencijos galiojimo sustabdymą, panaikinti licencijos galiojimą. Komisijos sprendimai turi būti motyvuoti.

Komisijos sprendimai ir jų motyvai surašomi komisijos posėdžio protokole, kurį pasirašo komisijos posėdžio pirmininkas ir sekretorius.

Komisiją sudaro 7 nariai: 4 skiria Lietuvos Respublikos odontologų rūmų (toliau – Rūmai) taryba iš Rūmų narių, 3 – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Rūmai į Komisiją delegavo pirmininkę doc. dr. A. Tutkuvienę, narius – burnos chirurgą R. Abunevičių, gyd. odontologę ortopedę E. Kameneckienę, burnos higienistę R. Adomaitienę. LR sveikatos apsaugos ministras delegavo prof. habil. dr. R. Kubilių, doc. L. Linkevičienę, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos Specialistų licencijavimo skyriaus vedėją A. Knyvienę.

Komisijos darbas grindžiamas kolegialiu klausimų svarstymu, demokratijos, teisėtumo ir viešumo principais, taip pat asmenine komisijos narių atsakomybe už jos kompetencijai priskirtų klausimų sprendimą bei sprendimų priėmimo nešališkumu.

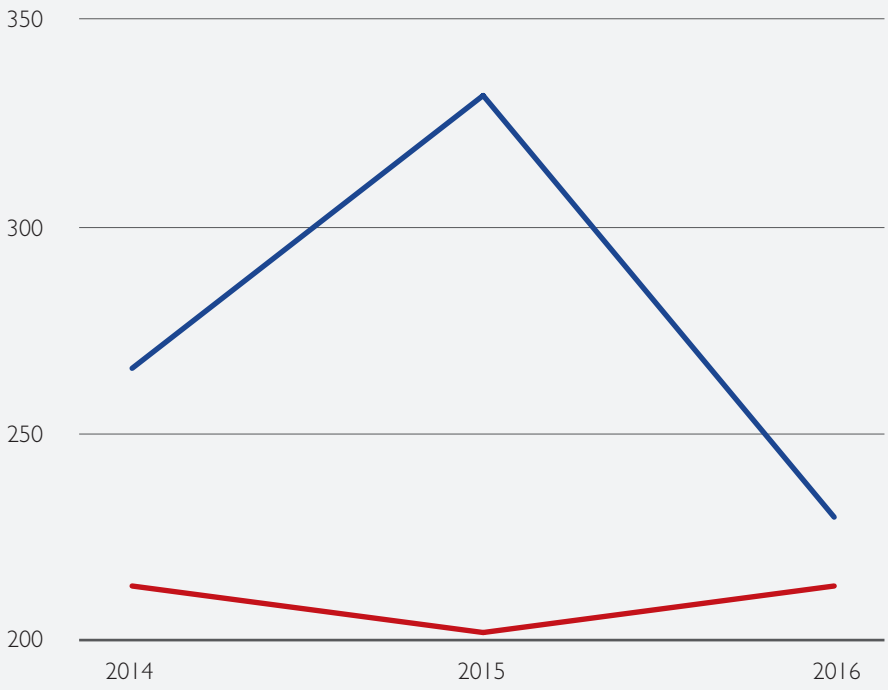
Komisija, vadovaudamasi teisės aktais ir Rūmų tarybos nutarimais, kasmet teikia detalią veiklos ataskaitą Sveikatos apsaugos ministerijai ir Rūmams.

Šiame straipsnyje analizuojame esminius Komisijos darbo per pastaruosius metus rodiklius bei akcentuojame svarbiausias licencijavimo proceso aktualijas.

Komisijos posėdžių metu (2016 m. įvyko 14 posėdžių, iš jų 3 neeiliniai) nagrinėjami licencijavimo, licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūros dokumentai, kuriuos iki posėdžio labai kruopščiai, kompetentingai ir atsakingai peržiūri, užregistruoja Rūmų darbuotojos – vyr. licencijavimo specialistė G. Andraitė ir licencijavimo specialistė M. Šneiderytė. Komisijos nariams kiekvieną posėdį tenka įvertinti po 25–30 bylų. Tai ne tik didžiulė kiekvieno Komisijos nario atsakomybė, bet ir nemenka psichologinė bei fizinė įtampa, reikalaujanti aukštos dalykinės kompetencijos ir profesionalumo.

Didžioji dalis Komisijos posėdžių metu svarstomų bylų susijusios su odontologijos ar burnos priežiūros specialistų praktikos licencijų išdavimu, duomenų tikslinimu bei dokumentų, skirtų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūrai (toliau – Deklaracija), vertinimu. ▶▶

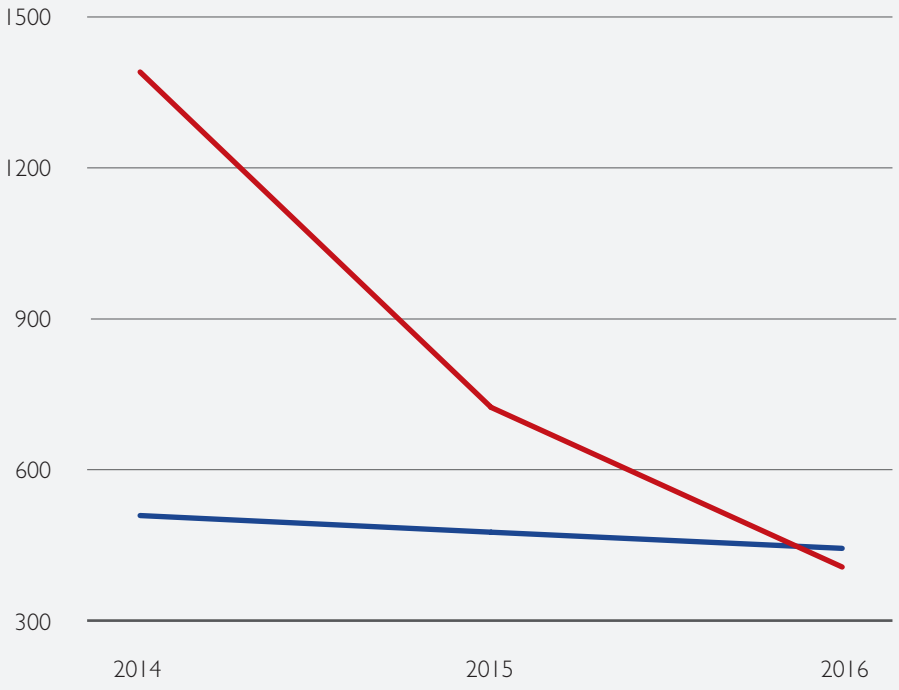
Išduotų licencijų skaičius



Gyd. odontologams ir gyd. odontologams specialistams išduotų licencijų skaičius

Burnos priežiūros specialistams išduotų licencijų skaičius

Svarstytų 5-ių metų deklaracijų skaičius



Svarstytų 5-ių metų tobulinimosi ir profesinės praktikos deklaracijų skaičius

Svarstytų 5-ių metų burnos priežiūros specialistų tobulinimosi ir profesinės praktikos deklaracijų skaičius

◂◂ Vis dėlto tenka apgailestauti, jog kasmet nemažėja bylų, kurių rezultatas yra neigiamas (sustabdytas ar panaikintas licencijos galiojimas). Pagrindinės odontologijos ar burnos priežiūros specialistų praktikos licencijų galiojimo sustabdymo ir panaikinimo priežastys yra kas 5 metai privalomų Deklaracijų nepateikimas ir Komisijos, kuri fiksuoja įvairius trūkumus pateiktuose dokumentuose bei nurodo sąlygas jiems pašalinti, reikalavimų neįvykdymas.

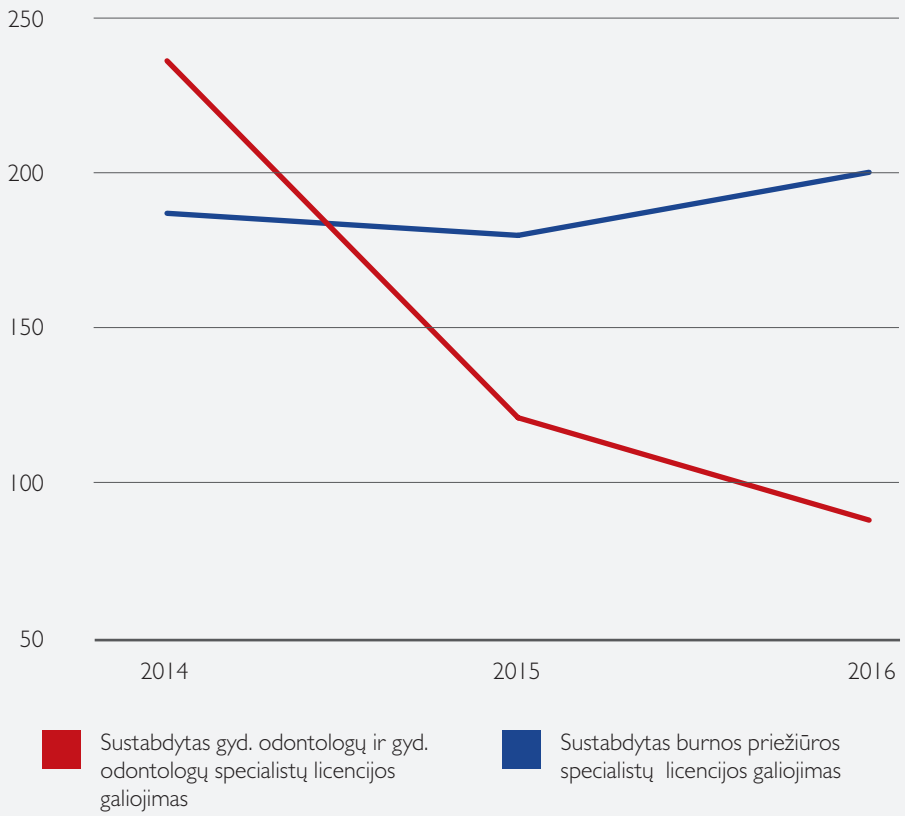
Odontologų licencijavimo komisija, apibendrinusi savo kelerių metų veiklos patirtį ir siekdama padėti Rūmų nariams sklandžiai ir kokybiškai kas 5 metus pateikti privalomus dokumentus, atkreipia gydytojų odontologų ir burnos priežiūros specialistų dėmesį į esmines licencijavimo proceso aktualijas.

- Odontologas ar burnos priežiūros specialistas, turintis Rūmų ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją, kas 5 metus privalo pranešti Rūmams apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir odontologijos ar burnos priežiūros specialisto praktiką per praėjusį laikotarpį ir pateikti tai patvirtinančius dokumentus (toliau – Deklaracija).
- Deklaracijos teikiamos kas 5 metai ne vėliau kaip per vieną mėnesį nuo licencijos išdavimo datos.
- Nustačius Deklaracijos trūkumų, skiriamas ne ilgesnis kaip 90 dienų terminas trūkumams pašalinti. Jei per šį laikotarpį pareiškėjas trūkumų nepašalina, yra laikoma, kad deklaracija nebuvo pateikta, o licencijos galiojimas stabdomas.
- Nepašalinus licencijos galiojimo sustabdymo priežasčių per 1 metus, licencijos galiojimas naikinamas.
- Jei stabdomas odontologijos praktikos (kuriai galiojant buvo suteikta teisė teikti reglamentuojamas procedūras) licencijos galiojimas, stabdoma ir teisė teikti reglamentuojamas procedūras.
- Odontologas ar burnos priežiūros specialistas turi įrodyti nuolatinį kvalifikacijos tobulinimą kas 5 metus: gydytojai odontologai ir gydytojai odontologai specialistai – 120 valandų, dantų technikai ir burnos higienistai – 60 valandų, gydytojų odontologų padėjėjai – 50 valandų, iš jų odontologams ar burnos priežiūros specialistams turi būti po 2 valandas būtinosios pagalbos, infekcijų kontrolės, profesinės etikos ir burnos ligų profilaktikos privalomų temų.
- Nuo 2017 m. sausio 1 d. gydytojai odontologai, gydytojai odontologai specialistai, turintys Rūmų patvirtintus pažymėjimus Reglamentuojamoms procedūroms atlikti ir teikiantys deklaraciją bei būtinus dokumentus licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūrai, privalo pateikti informaciją apie papildomą 6 valandų profesinį tobulinimąsi šioje srityje.
- Pripažįstamas gydytojo odontologo, gydytojo odontologo specialisto ir burnos priežiūros specialisto profesinės kvalifikacijos tobulinimas, atliktas Europos Sąjungos valstybės narės, Šveicarijos ar valstybės, pasirašiusios Europos ekonominės erdvės susitarimą, universitete ar universiteto klinikoje, ligoninėje, specialybinių draugijų organizuotame renginyje, ir tobulinimas, kuris tos šalies kompetentingos institucijos yra vertinamas kaip profesinės kvalifikacijos tęstinis profesinis mokymas.

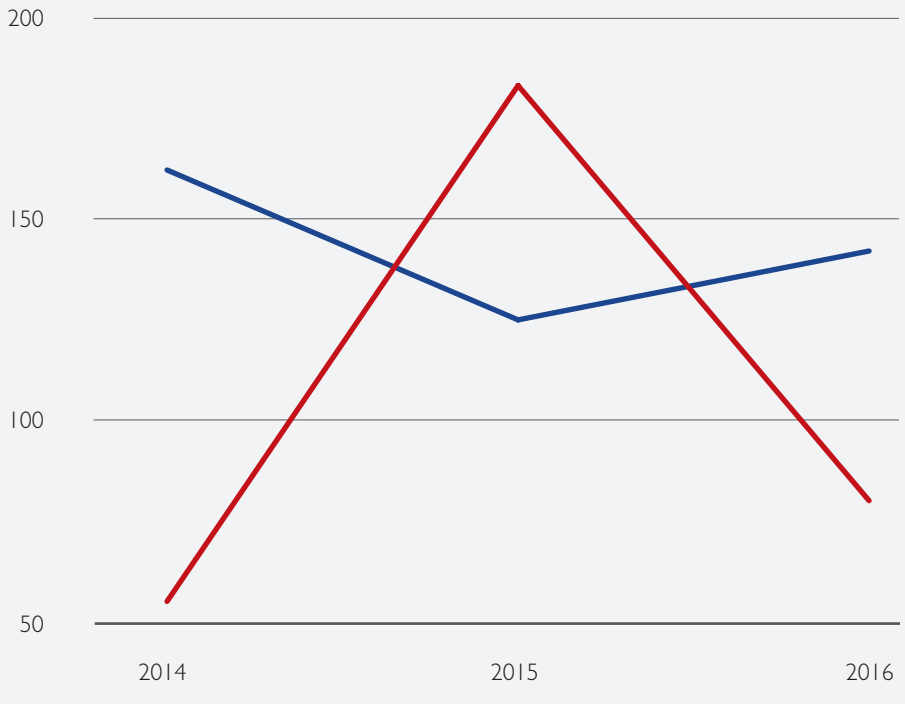
- Pripažįstamas gydytojo odontologo, gydytojo odontologo specialisto ir burnos priežiūros specialisto profesinės kvalifikacijos tobulinimas, atliktas ne Europos Sąjungos valstybės narės, Šveicarijos ar valstybės, pasirašiusios Europos ekonominės erdvės susitarimą, formaliojo švietimo institucijose, rengiančiose atitinkamus specialistus, arba švietimo institucijose, atliekančiose šių specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimą.
- Odontologas ar burnos priežiūros specialistas privalo įrodyti ne mažesnę kaip 3 metų klinikinę praktiką kas 5 metus. Teisėtą profesinę veiklą patvirtina kartu su deklaracija pateikiama darbdavio(-ių) pažyma(-os). Pažyma adresuojama Rūmų Odontologų licencijavimo komisijai, tvirtinama įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens, nurodoma pažymos išdavimo data. Darbdavio pažymoje turi atsispindėti profesinės praktikos laikotarpis(-iai) ir pareigos, kurias tuo laikotarpiu(-iais) pareiškėjas užėmė.
- Gydytojai odontologai, burnos priežiūros specialistai turi įsitikinti, jog dirba odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoje, turinčioje licenciją teikti tokias paslaugas.
- Įrodant profesinę praktiką įdarbinimo duomenys turi būti tikslūs ir atitikti darbuotojo licencijoje nurodytą profesinę kvalifikaciją, pvz., įdarbinimo dokumentuose ir darbdavių pažymose gydytojo odontologo padėjėjai yra nurodomi kaip gydytojo odontologo asistentai, nors tokios profesinės kvalifikacijos SAM ministro įsakymu patvirtintame profesinių kvalifikacijų sąraše nėra.
- Pareiškėjų, vykdžiusių profesinę veiklą Europos Sąjungos valstybėse narėse, Europos ekonominės erdvės valstybėse ir Šveicarijos Konfederacijoje bei trečiosiose valstybėse, teisėtą profesinę veiklą įrodo pateikiamos ne tik darbdavių pažymos, bet ir šių valstybių kompetentingų institucijų pažymos (Certificate of Past Good Standing), patvirtinančios teisėtą veiklą toje valstybėje.
- Tais atvejais, kai pareiškėjas yra individualios įmonės, kurioje jis verčiasi profesine praktika, savininkas, pateikiama pažyma apie pareiškėjo profesinės veiklos pobūdį (pvz., jei dantų technikas yra laboratorijos savininkas ir joje praktikuoja kaip dantų technikas, tai pažymoje ir turi atsispindėti dantų techniko profesinė praktika).
- Licencijai gauti, deklaracijai tvirtinti reikia pateikti galiojantį sveikatos pažymėjimą, kuriame įrašyta išvada, jog asmuo yra tinkamas dirbti pagal atitinkamą profesinę kvalifikaciją (pvz.: „dirbti gydytoju odontologu gali“, „dirbti burnos higienistu gali“, „dirbti gydytojo odontologo padėjėju gali“, „dirbti dantų techniku gali“).
- Teikdamas užsienio šalių dokumentus, pareiškėjas kartu pristato autentiškus jų vertimus į lietuvių kalbą.
- Visos pateiktos dokumentų kopijos turi būti patvirtinamos tikrumo žyma (pvz.: „Kopija tikra“, „Nuorašas (Įrašas) tikras“), nurodoma dokumento kopijos, nuorašo ar išrašo tikrumą tvirtinančio įstaigos vadovo ar kito tokius įgaliojimus turinčio asmens pareigų pavadinimas, parašas, vardas (vardo raidė) ir pavardė, data, antspaudas.

Odontologų licencijavimo komisijos pirmininkė
doc. dr. Anastazija Tutkuvienė

Sustabdyti licencijos galiojimai



Panaikinti licencijų galiojimai



AKTUALI INFORMACIJA

Odontologai perspėja apie cukraus žalą

Visuomenei pristatomas leidinys „Odontologai rekomenduoja: apie cukraus žalą“, kurį parengė Lietuvos Respublikos odontologų rūmai.

Leidinyje pateikiama informacija ne tik apie cukraus žalą sveikatai, bet ir supažindinama su konkrečiais produktais, kurie nekenkia dantims.

Lietuvos gyventojai vis dar neskiria pakankamai dėmesio kokybiškai dantų priežiūrai, o cukrų turintys maisto produktai – neatsiejama kasdienio maisto raciono dalis. Retas žino, kad cukraus galima rasti ne tik saldainiuose, bet ir kituose maisto produktuose, tokiuose kaip sultys (net ir naminės), pieno bei duonos gaminiai.

Cukrus yra vienas pagrindinių dantų ėduonies sukėlėjų. Dantų ėduonis – labiausiai paplitusi lėtinė liga pasaulyje, sukelianti nemenkų problemų. Tačiau ne kiekvienas pagalvojame, kad šios ligos galima išvengti keičiant savo elgesį.

Kiekvienas žmogus turi teisę pasirinkti, kokius produktus valgyti, o kurių – vengti. Tačiau valgydami produktus, kuriuose yra daug cukraus, greičiausiai neišvengsite dažnų vizitų pas odontologus. Knygos autoriai siūlo maistą rinktis atsakingai, kad tokie vizitai būtų retesni.

Šiame leidinyje pateikiami atsakymai į klausimus apie cukraus žalą žmogaus sveikatai. Tai ne tik spausdintinis leidinys, turintis išliekamąją vertę, kartu tai interaktyvus leidinys. Žmonės interneto svetainėje www.odontologurumai.lt spustelėję leidinio nuorodą galės Odontologų rūmams užduoti rūpimų klausimų apie burnos sveikatą. O Rūmai pateiks gydytojų odontologų, burnos priežiūros specialistų atsakymus.

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai leidinį platina nemokamai. Tai yra tęstinis serijos „Odontologai rekomenduoja“ leidinys. Pirmieji du leidiniai buvo skirti vaikų dantims ir burnos vėžio profilaktikai.

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

AKTUALI INFORMACIJA

Radiacinės saugos centro informacija

Teikiame Lietuvos Respublikos odontologų rūmų prašomą informaciją, susijusią su 2016 m. Radiacinės saugos centro (toliau – RSC) vykdyta valstybine radiacinės saugos priežiūra.

2016 m. patikrinti 386 odontologijos praktika besiverčiantys ūkio subjektai, kuriuose atlikti 394 radiacinės saugos reikalavimų vykdymo patikrinimai.

Pažeidimų nustatyta 99 ūkio subjektuose (25 proc. patikrintų):

- neatnaujinti dokumentai: darbuotojų apšvitos ir darbo vietų stebėsenų programa, veiklos kokybės laidavimo programa, atsakingo už radiacinę saugą asmens pareigybės aprašas, B kategorijos darbuotojų sąrašas, radiologinių incidentų ir avarijų prevencijos ir padarinių likvidavimo planas (45 atvejai);
- neišklausyti periodiniai radiacinės saugos mokymai (41 atvejis);

- laiku nepranešta apie pasikeitusias licencijavimo sąlygas (20 atvejų);
- duomenys apie jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinius ir su jais dirbančius darbuotojus nepateikti Valstybės jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių ir darbuotojų apšvitos registrui (19 atvejų);
- kontroliuojamosios zonos ribos ir/ar dantų rentgeno aparatų gaubės nepažymėtos jonizuojančiosios spinduliuotės ženklu (5 atvejai);
- neatlikta periodinė dantų rentgeno aparatų techninė priežiūra, neatnaujinta sutartis dėl techninės priežiūros vykdymo (2 atvejai).

Įvertinant pažeidimų mastą, matyti, kad 2016 m. nustatyta mažiau pažeidimų nei ankstesniais metais, tačiau 3 ūkio subjektams, atsižvelgiant į pažeidimų pobūdį, taikyta administracinė atsakomybė ir kitos poveikio priemonės už radiacinės saugos reikalavimų pažeidimus:

- už tai, kad gavus dantų rentgeno aparatą laiku nebuvo pateiktas prašymas RSC pakeisti licencijos priedą ir nepateikti duomenys Valstybės jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių ir darbuotojų apšvitos registrui, paskirta bauda UAB „Maxilė“ vadovui, sustabdytas darbas su dantų rentgeno aparatu, jis užplombuotas;
- už neatliktą periodinę dantų rentgeno aparato techninę priežiūrą paskirta bauda Almos Bernackienės stomatologinio kabineto savininkei;
- už tai, kad įstaigos vadovei tapus atsakinga už radiacinę saugą nepranešta RSC, neteikti metinės inventorizacijos duomenys, neatnaujintas B kategorijos darbuotojų sąrašas, neužtikrinta, kad įstaigos darbuotojai laiku būtų nukreipti į periodinius radiacinės saugos mokymus, paskirta bauda UAB „Sostinės implantologijos centras“ vadovei.
- Atkreipiame dėmesį, kad per 2017 m. I ketvirtį 6 ūkio subjektams taikyta administracinė atsakomybė ir kitos poveikio priemonės už įvairius radiacinės saugos reikalavimų pažeidimus:

- už neatliktą periodinę dantų rentgeno aparatų techninę priežiūrą paskirtos baudos UAB „Tinas“ ir UAB „Saulėtekio klinika“ vadovams;
- už laiku neatnaujintus ir nepateiktus dokumentus, siekiant gauti teisę darbui su dantų rentgeno aparatais paskirtos baudos UAB „Dentanas“ ir UAB „Baldentas“ vadovams, sustabdytas darbas su dantų rentgeno aparatais, jie užplombuoti;
- už tai, kad pakeitus dantų rentgeno aparato vamzdį nebuvo atlikti darbo vietų dozimetriniai matavimai, kokybės kontrolės bandymai, laiku nepranešta RSC, paskirta bauda UAB „Tavo šypsena“ vadovei, sustabdytas darbas su dantų rentgeno aparatu, jis užplombuotas;
- už nepateiktą informaciją RSC apie parduotą dantų rentgeno aparatą paskirta bauda UAB ESTETINĖS ODONTOLOGIJOS KLINIKA vadovei.

Radiacinės saugos centro informacija

VALSTYBINĖ MOKESČIŲ INSPEKCIJA INFORMUOJA

Valstybinė mokesčių inspekcija prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos (toliau – VMI prie FM), atsakydama į 2017-04-07 raštą Nr. 17/01-146 „Dėl informacijos pateikimo“, kuriuo buvo prašoma pateikti per 2016 metus atliktų sveikatos priežiūros įstaigų patikrinimų skaičių ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų atliktų patikrinimų skaičių bei nustatytus pažeidimus, informuoja:

Iš viso per 2016 metus Lietuvos mokesčių administratorius atliko 54 kontrolės veiksmus mokesčių mokėtojų, vykdančių žmonių sveikatos priežiūros veiklą, atžvilgiu. Už jų metu nustatytus pažeidimus buvo surašyta 18 administracinių teisės pažeidimų protokolų. Iš minėtų kontrolės veiksmų 18 buvo atlikta odontologinės praktikos veiklą vykdantiems mokesčių mokėtojams – už nustatytus pažeidimus jiems buvo surašyti 7 administracinių teisės pažeidimų protokolai.

Kontroliuojant odontologijos paslaugas teikiančias įmones, 2016 m. buvo nustatyti šie pažeidimai:

- prekyba ar paslaugos be kasos aparatų;
- kasos aparatų eksploatavimo tvarkos pažeidimai, pvz., pacientui išrašytas pinigų priėmimo kvitas be numerio ir nenurodant mokėtojo rekvizitų (vardo ir pavardės);
- apskaitos taisyklių pažeidimai (pvz., bendrovė neturėjo pasitvirtinusi protezų gamyboje sunaudojamų medžiagų normų bei jų gamybai sunaudotų medžiagų apskaitos žiniaraščių, pagamintų protezų apskaitos žiniaraščių, odontologinių medžiagų sandėlio apyvartos žiniaraščių pagal įsigytas medžiagas);
- darbuotojams išmokamas buhalterinėje apskaitoje neapskaitytas darbo užmokestis, siekiant sumažinti mokėtinas valstybinio socialinio draudimo, privalomojo sveikatos draudimo įmokas, įmokas į Garantinį fondą ir gyventojų pajamų mokesčio sumas, bei organizuojamas nelegalus darbas (pvz., nustatyta, jog odontologinės klinikos direktorė susitarė su gyventoja dėl administratorės darbo, tačiau prieš darbo pradžią nesudarė su ja darbo sutarties ir nustatyta tvarka nepranešė Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybai apie to asmens priėmimą į darbą, leisdama klinikoje dirbti nelegalų darbą, taip pat išmokėjo minėtam asmeniui oficialiai neapskaitytą darbo užmokestį, arba kartą per savaitę atvykstančiai konsultuoti dėl galimo gydymo bei protezavimo klinikoje neįdarbintai gydytojai buvo kaskart suteikiama darbo vieta, leidžiama naudotis klinikos įranga bei vaistais);
- darbo užmokesčio mokėjimo tvarkos pažeidimai (pvz., atrankos būdu patikrinus bendrovės pildomus pacientų įrašus su darbo laiko apskaitos žiniaraščiais nustatyta, kad nefiksuojamas faktiškai dirbamas darbuotojų darbo laikas);
- neatitikimai dėl neteisingo Pelno mokesčio įstatymo nuostatų taikymo (pvz., kuomet įmonės sąnaudų dalis (amortizaciniai atskaitymai veikloje nenaudojamam turtui) nepagrįstai priskirta leidžiamiems atskaitymams, arba pateikdama Metines pelno mokesčio deklaracijas bendrovė neišskyrė neapmokestinamų pajamų už atliktas odontologines paslaugas, finansuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų ir joms tenkančių patirtų sąnaudų);
- neteisingai paskirstytos veiklos sąnaudos, tenkančios apmokestinamoms ir neapmokestinamoms pajamoms;
- neatitikimai dėl neteisingo Pridėtinės vertės mokesčio (toliau – PVM) įstatymo nuostatų taikymo (PVM atskaita veikloje nenaudojamam turtui);
- nustatytas atvejis, kai bendrovė formaliai sudarytomis paskolų sutartimis vieninteliam bendrovės akcininkui suteikė ne paskolas, o išmokėjo dividendus, siekdama išvengti gyventojų pajamų mokesčio mokėjimo;
- nustatytas atvejis, kai bendrovė nepateikė deklaracijos apie juridinių asmenų gautas ir suteiktas paskolas fiziniams asmenims, apie atskaitingų asmenų įsiskolinimus, apie juridinių asmenų dalyvių įmokas, apie išmokas užsienio juridiniams asmenims (FR0711 forma).

Pažymėtina, jog Valstybinės mokesčių inspekcijos pasirinkta strategija – savanoriško mokesčių mokėjimo skatinimas ir pagalba mokesčių mokėtojams, siekiant, kad jie patys teisingai, mažiausiomis sąnaudomis apskaičiuotų mokesčius, bei pirmenybės teikimas prevencinėms priemonėms (raginimai, priminimai ir pan.) – reiškia, kad mokestiniai patikrinimai atliekami tais atvejais, kai mokesčių mokėtojai atsisako savanoriškai pašalinti nurodytus trūkumus, nebendradarbiauja su mokesčių administratoriumi, arba kai sudėtingais atvejais, teisės aktų pažeidimų nustatymas ir įrodymai reikalauja išsamaus, ilgai trunkančio tyrimo.

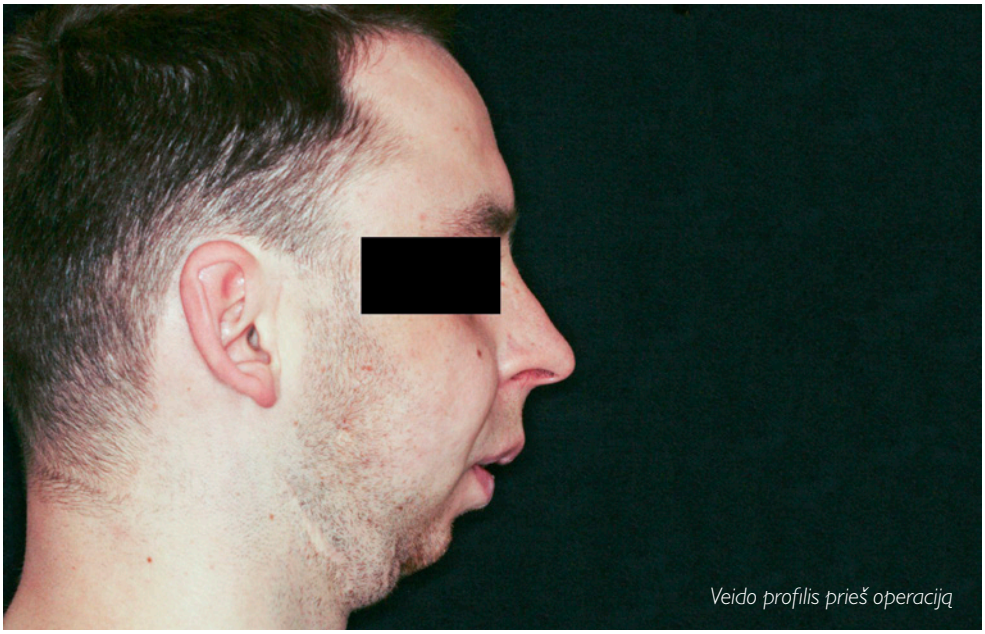
Kontrolės veiksmams – mokestiniams tyrimams ir patikrinimams – atrenkami mokesčių mokėtojai, kurių rizikingumas įvertinamas kaip didžiausias.

Konkrečių mokesčių mokėtojų rizikingumas dėl galimo netinkamo mokestinių prievolių vykdymo ir mokesčių vengimo yra nustatomas, įvertinant mokesčių administratoriaus duomenų bazėse kaupiamą informaciją (mokesčių mokėtojų pateiktų deklaracijų duomenis, mokesčių mokėtojų registracijos duomenis, informaciją apie ankstesnių kontrolės procedūrų rezultatus, mokesčių mokėjimo duomenis, informaciją apie mokesčių mokėtojų turtą, pajamas ir kt.) bei gaunamą informaciją iš kitų institucijų, juridinių asmenų ir gyventojų gautus pranešimus (raštu, pasitikėjimo telefonu 1882, mobiliąja aplikacija „Pranešk“, elektronine pasitikėjimo linija) apie galimus mokesčių įstatymų bei kitus pažeidimus, taip pat vertinant kitų šalių mokesčių administratorių pateiktą informaciją.

Valstybinės mokesčių inspekcijos informacija

KLINIKINĖ PATIRTIS

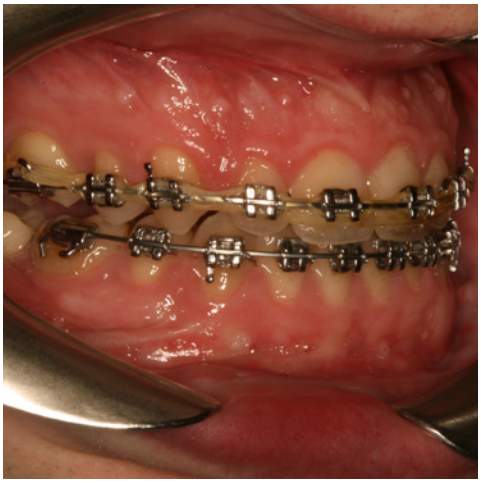
10 val. rezultatas: žandikaulio sąnarių



Veido profilis prieš operaciją

Veido profilis po operacijos

Sąkandis prieš operaciją



Sčkandis po operacijos (po metų)

Med. m. dr. burnos, veido ir žandikaulių chirurgai: **Simonas Grybauskas** ir **Dainius Razukevičius**

1986 m. gimęs pacientas dėl progresuojančios įgimtos abipusės smilkininio apatinio žandikaulio sąnario ankilozės kreipėsi 2015 m., po 4 iki to laiko atliktų operacijų.

Pirmą kartą 1988 m. pacientas buvo operuotas Maskvos stomatologijos institute. Diagnozė: antrinė deformuojanti abiejų žandikaulių sąnarių osteoartrozė. Vėliau 1991 m. dar kartą operuotas Maskvos stomatologijos institute. Diagnozė: antrinė deformuojanti abiejų žandikaulių sąnarių osteoartrozė (atkrytis). Po 15 m. 2006 m. operacija atlikta Lietuvoje (distrakcija). Diagnozė: smilkininio apatinio žandikaulio sąnarių ankilozė. Ketvirtoji, pakartotinė, operacija Lietuvoje atlikta 2012 m. Diagnozė: smilkininio apatinio žandikaulio sąnarių ankilozė.

Nepaisant atliktų operacijų, pacientas negalėjo lengvai išsižioti, kramtyti maisto, galėjo atlikti tik minimalius 7–8 mm žandikaulio judesius, kramtymo ir virškinimo funkcijos nuolat blogėjo. Esant tokiai būklei, nebuvo galimybių sugydyti ėduonies pažeistų dantų, grėsė adentija ir su ja susijusios komplikacijos. Nustatyta diagnozė: atsinaujinusi abipusė SAŽS fibrozinė-kaulinė ankilozė. Žandikaulio judrumas buvo galimas tik tiek, kiek leido fibroziniai audiniai.

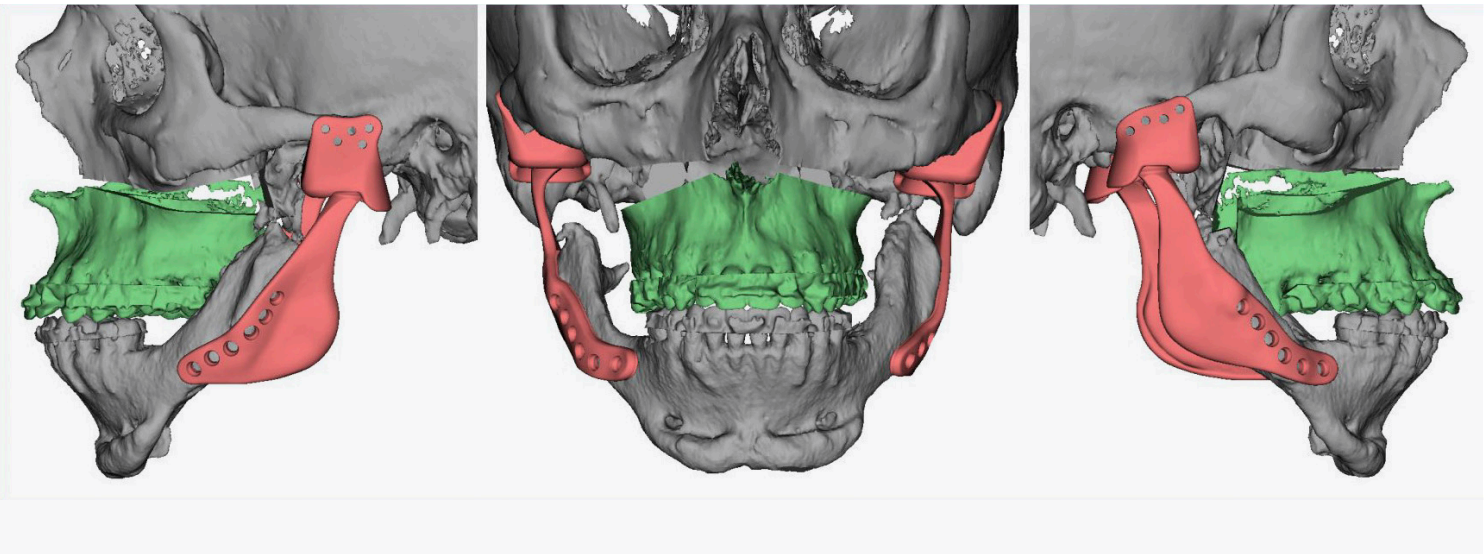
Be minėtų problemų pacientą vargino miego apnėja, dėl kurios jis nuolat jausdavosi mieguistas, skundėsi budrumo, darbingumo trūkumu. Pacientui nakčiai buvo pritaikytas pastovaus teigiamo slėgio aparatas, tačiau ligonis visiškai jo netoleravo. Dėl šių priežasčių taip pat buvo aktualu kuo skubiau koreguoti žandikaulių skeletą ir gydyti miego apnėją. Tai padaryti buvo įmanoma tik pašalinus fibrozines sąaugas ir smilkininio apatinio žandikaulio sąnarius, protezuojant individualiais endoprotezais bei pakeičiant viršutinio ir apatinio žandikaulių padėtį.

Prieš operaciją buvo sukurti sudėtingi būsimos chirurgijos planai, derinamas bendras darbas su ortodontais. Po pasiruošimo laikotarpio 2015 m. sėkmingai atlikta operacija. Sugijus žaizdoms, tęstas ortodontinis gydymas, kuris taip pat itin svarbus sėkmingam operacijos rezultatui.

Operacijos metu pakeitus apatinio ir viršutinio žandikaulių padėtis, praplatėjo kvėpavimo takai. Dėl šios priežasties dingo paciento mieguistumas dieną, pagerėjo miego kokybė. Operacijos metu buvo normalizuotas sąkandis, todėl pacientas gali kramtyti maistą, atsirado reali galimybė gydyti ėduonies pažeistus dantis, apatiniame žandikaulyje buvo įsriegti ir protezuoti dantų implantai. Pacientą džiugina pasikeitęs veido profilis bei su teigiamai pakitusia išvaizda susijusi geresnė emocinė gyvenimo kokybė.

Operacija buvo sudėtinga, nes reikėjo pašalinti kaulo ir fibrozines sąaugas, dėl kurių pacientas negalėjo judinti žandikaulio, atkurti judrumą individualiais sąnariais, be to, atstatyti apatinį ir viršutinį žandikaulį į tokias naujas padėtis, kuriose jie būtų normaliai augę. Operacija labai pagerino veido profilį ir praplėtė kvėpavimo takus. Visi šie

endoprotezavimas ir ortognatinė operacija



Sumodeliuota operacija (sąnarių rekonstrukcija individualiais protezais, viršutinio ir apatinio žandikaulių ortognatinė operacija)

> Prieš operaciją buvo sukurti sudėtingi būsimos chirurgijos planai, derinamas bendras darbas su ortodontais.

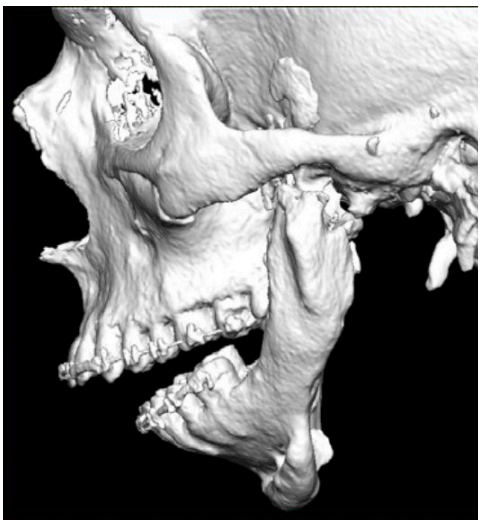
uždaviniai buvo įgyvendinti vienos chirurginės intervencijos metu. Būtent dėl šios priežasties operacija tapo išskirtine.

Burnos, veido ir žandikaulių chirurgas med. m. dr. Dainius Razukevičius ir burnos, veido ir žandikaulių chirurgas med. m. dr. Simonas Grybauskas 2015 m. atliko dvi tokio tipo operacijas, kurių metu buvo vienmomentiškai atliktas sąnarių endoprotezavimas ir vieno ar abiejų žandikaulių ortognatinė operacija. Mūsų žiniomis, jos yra pirmosios Baltijos valstybėse ir Rytų Europoje.

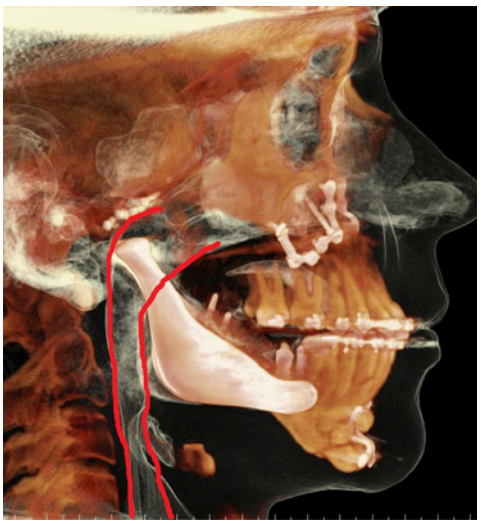
Informacija apie tokią ypatingą operaciją nebuvo paskelbta iš karto po jos, nes laukta rezultato ir pakartotinio įvertinimo, patvirtinusio sėkmingą gydymą. Tai užtrunka. Šiandien jaučiame, jog pavykusia nauja operacija kartu su pacientu jau galime drąsiai džiaugtis – aiškiai matome stabilų teigiamą rezultatą, viršijantį buvusius lūkesčius.

Ankilozės, dirbtinių sąnarių ir ortognatinį gydymą planavo ir operaciją atliko burnos, veido ir žandikaulių chirurgas med. m. dr. Simonas Grybauskas ir burnos, veido ir žandikaulių chirurgas med. m. dr. Dainius Razukevičius. Ortodontinis gydymas – gyd. ortodontė med. m. dr. Dalia Latkauskienė.

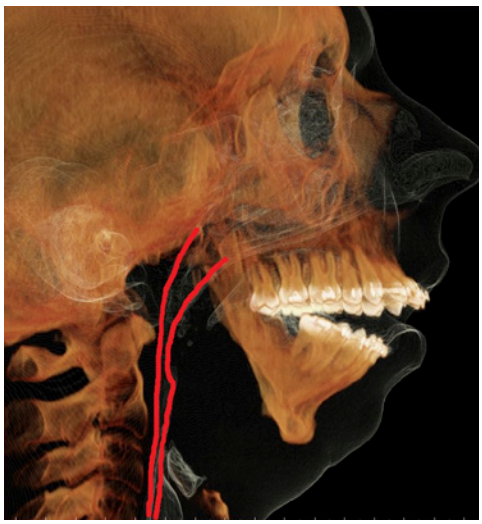
Patologija prieš operaciją (dešinė pusė)



Patologija prieš operaciją (kairė pusė)



Siauri kvėpavimo takai prieš operaciją



Praplėsti kvėpavimo takai po operacijos

AKTUALI INFORMACIJA

Paciento vartojamų vaistų įtaka su odontologijoje naudojamais

Aurelija Bureikienė[1], Jūratė Žekonienė[2], Rokas Borusevičius[2]
1. Privati praktika
2. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos institutas

Įvadas

Ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei ir gerėjant odontologinei priežiūrai, vis daugiau vyresnio amžiaus asmenų išlaiko nuosavus dantis. Periodontologai kasdien susiduria su pacientais, kurie kreipiasi dėl periodonto ligų gydymo, bet turi ir kitų sveikatos sutrikimų. Hipertenzija, išeminė širdies liga, diabetas, depresija – vienos dažniausių ligų šiuolaikinėje mūsų visuomenėje. Pacientai paprastai vartoja ne vieną vaistinį preparatą. Kitaip nei prieš kelis dešimtmečius, kai dauguma vyresnio amžiaus pacientų pas odontologą atvykdavo tik dėl pilnų ar dalinių išimamų protezų gamybos, šiuolaikiniai pacientai nori kuo ilgiau išlaikyti nuosavus dantis, o prarastus atkurti dantų implantais. Tokios klinikinės situacijos reikalauja kompleksinio periodonto ligų gydymo ir dantų implantacijos. Procedūrų metu taikoma vietinė nejautra, skausmo ir infekcijos kontrolei skiriama analgetikų, antibakterinių preparatų. Įrodyta, kad paciento vartojami medikamentai gali sąveikauti su odontologijoje naudojamais medikamentais ir veikti periodonto ligų gydymą. Kruopštus anamnezės surinkimas (esamos ligos ar būklės, vartojami medikamentai, kraujavimo, krešėjimo sutrikimai, alergija ir kt.) turėtų tapti vienu svarbiausių gydymo etapų, o surinkti duomenys padėtų tinkamai suplanuoti kompleksinį gydymą, numatyti galimą vaistų sąveiką ir gydymo komplikacijas.

Paciento vartojamų medikamentų įtaka periodontui

Mokslinės literatūros duomenimis, medikamentai gali neigiamai veikti periodonto audinius (šalutinis vaistų poveikis periodontui), sustiprinti ar mažinti periodonto ligų pasireiškimą (I lentelė) [1, 17, 31].

Šalutinis vaistų poveikis kraštiniam periodontui

Vaistų sukeltas dantenų išvešėjimas – labiausiai paplitęs šalutinis sisteminių medikamentų poveikis periodontui [1, 17, 18, 19, 31]. *Fenitoinas, ciklosporinas ir kalcio kanalų blokatoriai (KKB)* – medikamentai, dažniausiai sukeliantys dantenų hiperplaziją. Neretai šie trys preparatai būna vieninteliai paciento vartojami medikamentai. Literatūros duomenimis, dantenų išvešėjimas dažniausias gydant fenitoinu, rečiau ciklosporinu ir KKB – atitinkamai 50 proc., 30 proc. ir 10 proc. juos vartojančių pacientų [4]. Skirtingų tyrimų duomenimis, KKB sukeltų dantenų pakitimų pasitaiko 6–15 proc. juos vartojusių pacientų, ankstesnių tyrimų – net iki 85 proc. [31, 32]. Šis vaistų šalutinis poveikis pasireiškia per 1–3 mėnesius nuo vaistų vartojimo pradžios [31]. Natrio valproatas ir eritromicinas minimi tik keliuose tyrimuose ir dantenų išvešėjimą sukelia retai [2]. Lyginant dantenų hiperplazijos atsiradimo dažnį tarp pacientų, vartojančių KKB ir renino-angiotenzino sistemą veikiančius vaistus, nustatyta, kad KKB hiperplaziją sukelia 2 kartus dažniau, be to, 3 kartus dažniau vyrams nei moterims [5]. Dažnesnis hiperplazijos atsiradimas pastebėtas pacientams, vartojantiems ciklosporiną kartu su nifedipinu nei vieną ciklosporiną [1].

Gydant vaistų sukeltą dantenų išvešėjimą, svarbu išsiaiškinti, ar yra alternatyvių preparatų skyrimo galimybė, ir tik tuomet planuoti periodonto chirurginį gydymą. Pastaruoju metu fenitoinas vartojamas vis rečiau. Kaip alternatyva fenitoinui skiriamas karbamazepinas (*Tegretol, Finlepsin*), etosuksimidas (*Petinimid*) ar valproatai (*Depakine*). Vietoj ciklosporino vartojami naujos kartos imunosupresantai (*Tacrolimus*) neskatina dantenų išvešėjimo ir mažina chirurginio gydymo poreikį. Kita vertus, KKB (tarp jų amlodipinas) yra dažnai vartojami hipertenzijai gydyti. Tikėtina, jog dėl šios priežasties vaistų sukeltas dantenų išvešėjimas vis dar neretas odontologinėje praktikoje [1, 3, 31, 33].

Skirtingų vaistinių preparatų poveikis periodonto audiniams

Vaistas	Teigiamas poveikis	Neigiamas poveikis
Fenitoinas, KKB		Dantenų išvešėjimas
Imunosupresantai	↓ uždegimą[1]	Dantenų išvešėjimas (ciklasporinas)
NVNU	↓ uždegimą[2], ↓ kaulo rezorbciją	Deskvamacinis gingivitas[3]
Kortikosteroidai	Slopina uždegimą[1]	
Antibiotikai	↑ jungties atkūrimo lygį ir ↓ periodondo kišenes	
Kontraceptikai		↑ gingivito atsiradimą, periodonto destrukciją[1]
Antitrombocitiniai (aspirinas, klopidogrelis)	↓ uždegimą[2]	↑ KPZ ir pooperacinis kraujavimas
Bisfosfonatai	↓ kaulo rezorbciją	Žandikaulių osteonekrozė
Pakaitinė hormonų terapija	↓ osteoporozės riziką	
Probiotikai (vietiniai)	*Lactobacillus reuteri.* Kiti probiotika[i2]	
Vaistai, sukeliantys kaulų čiulpų nepakankamumą		↑ greita periodonto destrukcija, dantenų paburkimas, ↑ KPZ
β adrenoblokatoriai, AKFI geriamieji nuo diabeto, aukso druskos		Deskvamacinis gingivitas[3]

I LENTELĖ

↑ – skatina/didina,
↓ – slopina/mažina;
1 – šiuolaikinių medikamentų poveikis periodonto audiniams mažai reikšmingas;
2 – tikslingi tolesni tyrimai dėl poveikio periodonto audiniams;
3 – retas šalutinis poveikis;
KKB – kalcio kanalų blokatoriai,
NVNU – nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo,
KPZ – kraujavimas po zondavimo,
AKFI – angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai.

periodontui ir sąveika medikamentais

Vaistai, galintys sustiprinti periodonto ligų pasireiškimą

Šiai grupei priskiriami: geriamieji kontraceptikai (1) ir vėžiui gydyti skirti medikamentai, galintys sukelti kaulų čiulpų nepakankamumą (2).

Kontraceptikai (KT). Moteriški lytiniai hormonai, estrogenas ir progesteronas, įeinantys į geriamųjų kontraceptikų sudėtį, turi moduliuojamąjį poveikį periodonto audiniams ir žinomi kaip modifikuojantys veiksniai periodonto ligų patogenezėje [17]. Šiuo metu apie 25 proc. 16–49 metų amžiaus moterų vartoja geriamuosius kontraceptikus [33, 34]. Nustatyta, kad KT vartojančioms moterims padidėja jautrumas infekcijai, sutrinka neutrofilų chemotaksis, randami didesni periodonto patogenų kiekiai, zonduojamos gilesnės periodonto kišenės [7, 35]. Mokslinėje literatūroje KT poveikis periodontui vertinamas prieštaringai. Vienų autorių nuomone, ilgalaikis kontraceptikų vartojimas, esant vietiniams dirgikliams, skatina gingivito atsiradimą, periodonto destrukcijos progresavimą bei alveolitų išsivystymą [7, 35]. Kiti teigia, kad šiuo metu rinkoje esantys kontraceptikai turi nedidelį hormonų kiekį (estrogeno 30 µg/d ir/arba progestino 1,5 mg/d), todėl jų poveikis periodontui minimalus [1, 36].

Vėžiui gydyti skirti medikamentai. Šie vaistai gali sukelti kaulų čiulpų nepakankamumą. Vaistų sukeltas kaulų čiulpų nepakankamumas yra vienas sunkiausių ir grėsmingiausių šalutinių vaistų poveikių. Tai gali sąlygoti aplastinę anemiją, agranuliocitozę, trombocitopeniją, paveikti periodonto audinius bei burnos gleivinę [3, 23]. Kliniškai greitai progresuoja periodonto destrukcija dėl leukocitų kiekio ir aktyvumo sumažėjimo, paburksta dantenos, padidėja kraujavimas po zondavimo ir dėl trombocitopenijos pailgėja kraujavimo laikas. Burnos gleivinėje gali atsirasti opų ir padidėja oportunistinių infekcijų (*Herpes, Candida*) rizika [1]. Norint išvengti ar sumažinti šalutinį šių vaistų poveikį periodontui, pacientui rekomenduojamas kruopštus periodontologinis ištyrimas ir gydymas prieš chemoterapiją.

Vaistai, mažinantys periodonto ligų pasireiškimą

Atlikti moksliniai tyrimai rodo, kad medikamentai gali mažinti periodonto ligų pasireiškimą [1]. Šiai vaistų grupei priskiriami imunosupresantai (1), kortikosteroidai (2), nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU) (3), pakaitinė hormonų terapija (4), antibiotikai (5) bei probiotikai (6).

Imunosupresantai. Mokslinių tyrimų duomenimis, sisteminių imunosupresantų vartojimas po organų transplantacijos mažina periodonto audinių uždegiminį atsaką į bakterinį apnašą [2]. Atsiradus selektyvesniems imunosupresantams (ciklosporinas, takrolimuzas), teigiamas poveikis periodontui tapo minimalus. Be to, ciklosporinui būdingas anksčiau aprašytas šalutinis poveikis dantenoms [50].

> Vaistų sukeltas dantenų išvešėjimas – labiausiai paplitęs šalutinis sisteminių medikamentų poveikis periodontui

Kortikosteroidai (KKS) – tai viena dažniausiai vartojamų vaistų grupių klinikinėje praktikoje dėl uždegimą slopinančių ir imunosupresinių savybių. Tačiau ilgalaikis KKS vartojimas gali sąlygoti osteoporozę, kuri laikoma periodonto ligų rizikos faktoriumi. Apibendrinti apžvalginių straipsnių duomenys nurodo, jog ilgalaikis sisteminis KKS vartojimas neturi įtakos periodonto ligų progresavimui [31]. Todėl, nepaisant uždegimą slopinančio poveikio, ši vaistų grupė netaikoma periodonto ligoms gydyti [2, 50].

Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU). Selektyvūs ciklooksigenazės 2 (COX-2) inhibitoriai (etorikoksibas) pasižymi mažesniu šalutiniu poveikiu nei neselektyvūs inhibitoriai, todėl lėtiniu periodontitu sergantiems pacientams buvo pasiūlyti kaip papildoma priemonė po profesionalios burnos higienos [50]. Tyrimai parodė, kad naudojant selektyvius COX-2 inhibitorius dantenų vagelėje randami mažesni prostaglandinų (PGE2 ir PGF2) kiekiai [9]. Salvi ir Lang (2005) nurodė, jog NVNU gali mažinti alveolinio kaulo rezorbciją [46]. Tačiau, apžvalginių tyrimų duomenimis, sisteminių NVNU poveikis stabdant periodonto patologiją yra neįrodytas [31, 43, 46]. Baiminantis šių preparatų sukeliamo kraujavimo į virškinamąjį traktą, periodonto ligoms gydyti jie netaikomi.

Pakaitinė hormonų terapija. Ilgalaikių tyrimų metu įrodyta, kad osteoporozė, atsiradusi dėl estrogenų sumažėjimo moters organizme menopauzės metu, turi įtakos alveolinio kaulo lygiui ir tankumui. Netaikant pakaitinės hormonų terapijos, pomenopauziniu periodu nustatomas alveolinio kaulo tankumo sumažėjimas ir padidėjusi dantų netekimo rizika [10].

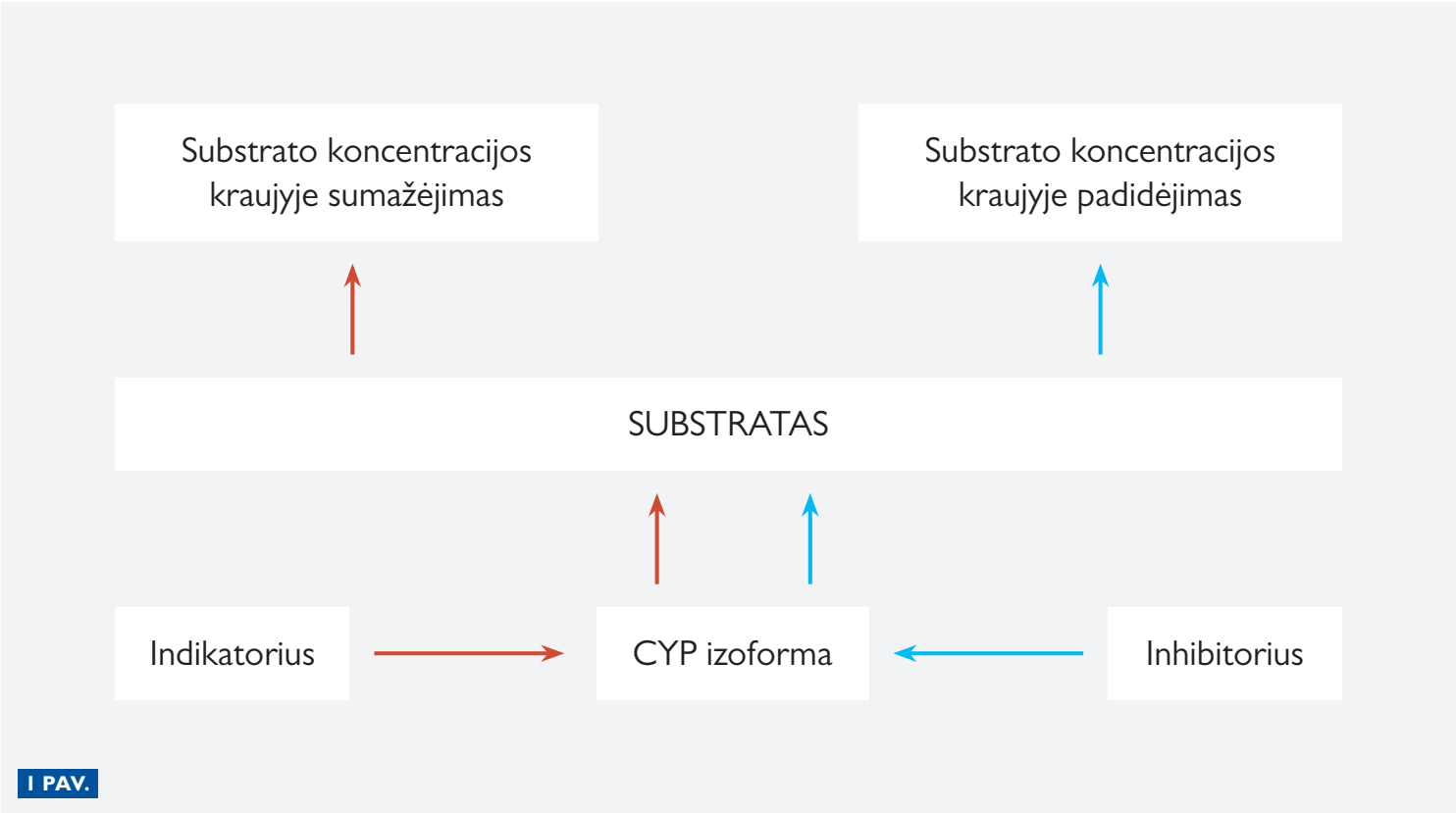
Antibakteriniai preparatai (AB). Antibakteriniai preparatai nėra pirmo pasirinkimo vaistai, gydant periodonto ligas. Tačiau papildomas AB vartojimas po profesionalios burnos higienos gali pagerinti konservatyvaus periodonto ligų gydymo rezultatus ir sumažinti chirurginio gydymo poreikį [11]. Doksiciklinas, vartojamas mažomis dozėmis (*Periostat*), veikia ne antimikrobiškai, bet slopina polimorfonuklearinių leukocitų išskiriamos kolagenazės aktyvumą, todėl mažina periodonto audinių destrukciją ir gali būti vartojamas lėtiniam ir agresyviam periodontitui gydyti. Vartojant šį preparatą, neatsiranda bakterijų atsparumo ir nesutrikdoma žarnyno mikroflora. Nustatyta, kad pacientų, vartojusių mažas doksiciklino dozes 3–9 mėn. kartu su konservatyviu periodonto gydymu, periodonto gijimo rezultatai buvo geresni [12, 13]. Be to, nustatyta, kad papildomai skyrus antimikrobinių preparatų yra gaunamas 0,2–0,6 mm didesnis periodonto kišenių gylio sumažėjimas ir 0,1–0,2 mm didesnis periodonto audinių prisitvirtinimo lygio atkūrimas, lyginant tik su konkremetų šalinimu ir šaknų nulyginimu [48]. Geriausiai dokumentuotas sisteminių antibakterinių medikamentų protokolas yra amoksocilino ir metronidazolo kombinacija (250–500 mg *Amoxicillini* + 250–400 mg *Metronidazoli* x 3 k./ d. x 7–14 d.) [46, 49].

Probiotokai (PB). Tai medicininės paskirties maisto papildai, kuriuose yra saprofitinių bakterijų, gerinančių žmogaus mikroorganizmų pusiausvyrą [3]. Odontologinėje praktikoje PB skiriama vartoti vietiškai. Manoma, kad dėl savo sugebėjimo sutrikdyti patogeninių bakterijų adheziją, dauginimąsi ir integraciją į bioplėvelę probiotikai galėtų būti vartojami periodonto ligoms gydyti, tačiau šiuo metu dar nenustatytos veiksmingiausios probiotikų rūšys periodonto sveikatai palaikyti [14, 15]. Pastarųjų metų mokslinių publikacijų duomenimis, *Lactobacillus reuteri* turi teigiamą poveikį, taikant kartu su konservatyviu periodontologiniu gydymu [47].

Vaistai, galintys sustiprinti arba mažinti periodonto ligų pasireiškimą

Tai vaistai, kurie mokslinėje literatūroje aprašomi kaip veikiantys periodonto ligų pasireiškimą ne vienu mechanizmu: bisfosfonatai (1) ir antitrombocitiniai medikamentai (2).

Bisfosfonatai. Ši nehormoninių vaistų grupė yra pirofosfato analogai ir inhibuoja osteoklastų aktyvumą, dėl to pasireiškia jų stiprus antirezorbcinis efektas. Vaistų skiriama gydyti osteoprozei, Pedžeto (angl. Paget's) ligai, hiperkalcemijai ir kaulų metastazėms, susijusioms su mieloma ir krūties vėžiu [31]. Šiai vaistų grupei priklauso aledrono, ibandrono, pamidrono, rizedrono, zoledrono rūgštys ar jų druskos. Atlikti gyvūnų bei trumpos trukmės klinikiniai tyrimai pagrindė bisfosfonatų teigiamą poveikį, sergant periodontitu [39, 40]. Kita vertus, bisfosfonatų sukelta žandikaulių osteonekrozė yra sudėtinga komplikacija, kuri dažnai apima ir periodonto audinius. Dėl šios priežasties sisteminiai bisfosonatai neretai vertinami kaip rizikos veiksnys. Įsidėmėtina, jog kauliniame audinyje bisfosfonatai išlieka ilgiau nei metus net gydymą nutraukus, dalies jų pusinės eliminacijos trukmė siekia iki 8–10 metų. ▶▶



I PAV.

Citochromo P450 (CYP–450) sistema

◂◂ *Antitrombocitiniai medikamentai.* Acetilsalicilo rūgštis (aspirinas) ir klopidogrelis – tai dažniausiai vartojami preparatai nuo tromboembolinių komplikacijų. Neretai šių medikamentų yra skiriama kartu. Aspirinas inhibuoja ciklooksigenazę ir blokuoja tromboksano A_2 sintezę, o klopidogrelis blokuoja trombocitų membranoje esančius ADP receptorius [31]. Viena vertus, šie medikamentai inaktyvuodami trombocitus sumažina jų išskiriamų uždegimą skatinančių citokinų kiekį ir slopina periodontito progresavimą, todėl jų poveikis panašus į NVNU [42–44]. Antra vertus, kliniškai tokiems pacientams nustatomas padidėjęs kraujavimas po zondavimo dėl vaistų gebėjimo mažinti trombocitų agregaciją [22]. Vertinant dantenų kraujavimą po zondavimo klinikinio ištyrimo metu, svarbu išsiaiškinti, ar pacientas nevartoja antitrombocitinių medikamentų. Be to, šie vaistai didina pooperacinio kraujavimo riziką, ypač jei skiriami kartu. Publikuotas atvejis apie sudėtingą ir gyvybei pavojingą kraujavimą iš dantenų po konservatyvaus periodontologinio gydymo, kai pacientas vartojo 75 mg/ d. klopidogrelio ir 100 mg/ d. aspirino [41].

Paciento vartojamų vaistų sąveika su odontologijoje naudojamais medikamentais

Keli kartu vartojami vaistai gali veikti atskirai arba sąveikauti, t. y. stiprinti ar silpninti vienas kito poveikį, sukelti šalutinių ar toksinių poveikių [23]. Kuo daugiau vaistų vartojama, tuo didesnė jų nesuderinamumo galimybė, taip pat labai padidėja šalutinio poveikio pavojus. Kartu vartojamų vaistų veikimas, kai organizmo funkcijos kinta ta pačia linkme, vadinamas sinerginiu. Kartais dėl sinergizmo gali išryškėti toksinis vaisto veikimas. Sąveika, kai vieni vaistai sumažina kitų aktyvumą, vadinama antagonizmu [3]. Farmakodinaminis vaistų antagonizmas, kai vaistai tiesiogiai veikia tas pačias ląsteles arba receptorius, susilpnindami ar nuslopindami vienas kito veikimą. Farmakokinetinis vaistų nesuderinamumas, arba antagonizmas, – tai vaistų sąveika, kai vienas vaistas pakeičia kito rezorbciją, jungimąsi su kraujo plazmos baltymais, biotransformaciją ir ekskreciją [3].

Vaisto rezorbcija gali sutrikti, kai sąveikauja du vaistai arba vaistas su maistu [23]. Pavyzdžiui, ketokonazolas geriausiai rezorbuojamas, kai yra didelis skrandžio rūgštingumas, todėl, pavartojus antacidinių vaistų, sumažėja ketokonazolo rezorbcija.

Jungimasis su kraujo plazmos baltymais. Šiam procesui labai svarbus kraujo plazmos baltymas albuminas, kuris sujungia ir perneša biologiškai aktyvias medžiagas bei medžiagų apykaitos produktus. Įvairūs vaistai su kraujo plazmos baltymais susijungia labai nevienodai – nuo 1 proc. iki 99 proc. Vaisto terapiniam efektui gauti reikia prisijungti tam tikrą procentą baltymų. Yra vaistų grupės, kurių terapinis poveikis galimas tik maksimaliai prisijungus kraujo plazmos baltymus. Du kartu pavartoti medikamentai konkuruoja dėl absorbcijos albumino paviršiuje. Vienas vaistas gali išstumti kitą iš prisijungimo vietų, sąlygodamas padidėjusią išstumtojo preparato koncentraciją kraujo plazmoje ir didesnį terapinį poveikį [3, 23]. Pavyzdys galėtų būti varfarino ir NVNU sąveika. Abiem medikamentams būdingas 99 proc. baltymų prisijungimas. Varfarinas įprastai prisijungia 99 proc. baltymų ir tik 1 proc. cirkuliuoja kraujyje. NVNU (pvz., ibuprofenas) pakeičia varfarino baltymų prisijungimą iki 97 proc. ir nesusijungusios vaisto frakcijos koncentracija kraujyje padidėja tris kartus. Dėl to kyla kraujavimo pavojus [16].

Biotransformacija. Nustatyta, kad organizme yra fermentų sistema, atsakinga už vaistų (substrato) metabolizmą. Citochromo P450 (CYP–450) sistema – tai grupė fermentų, įsiterpusių į hepatocitų ar enterocitų endoplazminio tinklo lipidinį sluoksnį. Ši sistema skirstoma į izoformas. CYP3A4 yra pagrindinė izoforma, atsakinga už daugumos vaistų metabolizmą ir sąveiką [16, 53]. Įvairūs medikamentai gali padidinti ar sumažinti CYP–450 fermentų aktyvumą, sąlygodami vaistų koncentracijos kraujyje pakitimus. Pagal poveikį CYP–450 izofermentams, vaistai gali būti induktoriai ar inhibitoriai. Jei vaistas veikia kaip induktorius, suaktyvina CYP fermentus, kitas vaistas (substratas) suskaidomas greičiau ir pastarojo koncentracija kraujyje mažėja. Jei veikia kaip inhibitorius, CYP aktyvumas mažėja ir substrato koncentracija kraujyje didėja (1 pav).

Odontologijoje dažniausiai naudojamos šios vaistų grupės:

- Vietiniai anestetikai (VA) su vazokonstriktoriais ar be jų.
- Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU).
- Antibakteriniai preparatai (AB).
- Preparatai nuo grybelio.
- Gliukokortikoidai (GKK).

Vietinių anestetikų sąveika su paciento vartojamais vaistais. VA priklauso centrinę nervų sistemą (CNS) veikiančių vaistų grupei. Šiuolaikinėje odontologijoje dažniausiai naudojami amidų grupės vietiniai anestetikai (lidokainas, artikainas, mepivakainas), kurių tinkamas dozavimas sukelia nedaug šalutinių poveikių [16, 23]. Dažniausiai jų kyla dėl vazokonstriktorių poveikio. Epinefrinas (adrenalinas) yra vienas plačiausiai naudojamų vazokonstriktorių pasaulyje. Jis pasižymi α^1 adrenoreceptorių veikimu, sukeldamas odos ir gleivinių vazokonstrikciją, ir β^2 adrenoreceptorių veikimu, sąlygodamas skeleto raumenų vazodilataciją [3].

β adrenoblokatoriai, naudojami pacientams, sergantiems širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (hipertenzija, krūtinės angina, širdies aritmija) gydyti, skirstomi į neselektyvius (propranololis) ir selektyvius (atenololis). Vieno klinikinio tyrimo metu nustatyta, kad pacientams, vartojantiems

neselektyvius β adrenoblokatorius, suleidus 0,016–0,032 mg epinefrino (atitinka dvi karpules anestetiko su 1:100000 epinefrino), sistolinis ir diastolinis kraujospūdis padidėjo 15–33 mm Hg. Tačiau pacientams, vartojusiems kardioselektyvius β adrenoblokatorius, analogiškas kiekis epinefrino sukėlė tik 5–11 mm Hg sistolinio kraujospūdžio padidėjimą, o diastolinio kraujospūdžio pakitimų nebuvo nustatyta [26]. Taigi pacientams, vartojantiems neselektyvius β adrenoblokatorius, geriau naudoti anestetikus be vazokonstriktoriaus, o nesant tokios galimybės, iš pradžių rekomenduojama suleisti tik pusę karpulės VA su vazokonstriktorium ir stebėti krausjopūdį [51]. Likusią anestetiko dalį suleisti vėliau. Vieno vizito metu nereikėtų viršyti 0,04 mg epinefrino dozės (2,5 karpulės VA su 1:100000 epinefrino).

Depresijai gydyti dažniausiai skiriama monoamino oksidazės (MAO) ir selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) bei tricikliai antidepresantai (TA). Vartojami kartu su vazokonstriktoriais jie gali pailginti QTc intervalą, dėl to padidėja skilvelinių širdies ritmo sutrikimų rizika, ypač skilvelinės tachikardijos, galinčios pereiti į skilvelių virpėjimą [27]. TA (amitriptilino) sąveika su epinefrinu nulemia žymų sistolinio ir diastolinio kraujospūdžio padidėjimą, todėl epinefrino dozė VA neturi viršyti 0,054 mg (3 karpulių 1:100000), o esant galimybei geriau rinktis VA be vazokonstriktoriaus [16].

Kokainui būdingas TA aktyvumas, vazokonstriktoriai kontraindikuotini 48 valandas po kokaino vartojimo [53]. Amfetaminas ir į jį panašūs junginiai taip pat turi panašų poveikį – rekomenduotina neviršyti 3 karpulių VA (1:100000) [53]. Tolkaponas ir entakaponas (taikomi Parkinsono ligai gydyti) slopina fermentus inaktyvuojančius vazokonstriktorius. Rekomenduotina neviršyti 1 karpulės (1:100000) ir būtina sekti paciento kraujospūdį ir pulsą [53].

Vazokonstriktoriai su širdį veikiančiais glikozidais (digoksinas) didina disritmogeninio poveikio riziką.

Psicholeptikas alprazolamas (*Xanax*) sąveikaudamas su epinefrinu stiprina sedaciją, tačiau ši sąveika dar išsamiai neištirta. Haloperidolis su epinefrinu gali sukelti QTc intervalo pailgėjimą.

Paciento vartojami diuretikai kartu su epinefrinu sunkiais atvejais gali sukelti hipokalemiją, sąlygojančią baltymo atsiradimą šlapime ir inkstų funkcijos nepakankamumą.

Epinefrinas didina gliukozės kiekį kraujyje, gali sukelti hiperglikemiją. Tai svarbu cukriniu diabetu sergantiems pacientams, jei procedūros metu skirtas didesnis anestetiko su vazokonstriktoriumi kiekis.

Nesteroidinių vaistų nuo uždegimo sąveika su paciento vartojamais vaistais. Kasdieninėje odontologinėje praktikoje analgetikai labai paplitę, tačiau nepageidaujama vaistų sąveika nėra dažna. Tai paaiškinama trumpalaikiu šių vaistų vartojimu ir mažų terapinių dozių skyrimu. NVNU skirstomi į selektyvius ciklooksigenazės pirmosios (COX-1) inhibitorius (acetilsalicilo rūgštis – aspirinas), neselektyvius ciklooksigenazės antrosios (COX-2) inhibitorius (ibuprofenas, ketoprofenas, acetaminofenas, diklofenakas), pusiau selektyvius COX-2 inhibitorius (nimesulidas) ir selektyvius COX-2 inhibitorius (etorikoksibas) [3, 16, 23].

Nustatyta, kad neselektyvūs COX-2 inhibitoriai gali sumažinti antihipertenzinį angiotenziną konvertuojančių fermentų inhibitorių (AKFI) poveikį, blokuodami prostagladinų sintezę inkstuose. Tačiau tokiai sąveikai išsivystyti reikia ilgesnio kaip 5 dienų NVNU vartojimo [53]. NVNU gali silpninti diuretikų (pvz., furozemido) ir kitų antihipertenzinių vaistinių preparatų (AKFI, angiotenzino II antagonistų) poveikį, taip pat kartu didėja nefrotoksiškumas [52]. KKB ir selektyvių COX-2 inhibitorių vartojimas didina pastarųjų koncentraciją kraujyje.

> Dėl poveikio inkstų prostaglandinams NVNU gali didinti toksinį ciklosporinų poveikį. Kartu su ciklosporinu galima vartoti mažas geriamųjų NVNU dozes.

Metotreksatas priklauso imunosupresinių vaistų grupei. Naudojamas reumatoidinio artrito ir odos ligoms (pvz., psoriazei) gydyti. Nustatyta, kad NVNU vartojimas sutrikdo metoreksato eksreciją per inkstus [52]. Padidėjusi vaisto koncentracija kraujyje gali sukelti toksiškumą: trombocitopeniją, neutropeniją, ūmų inkstų nepakankamumą [16].

Dėl poveikio inkstų prostaglandinams NVNU gali didinti toksinį ciklosporinų poveikį. Kartu su ciklosporinu galima vartoti mažas geriamųjų NVNU dozes. Nustatyta, kad ciklosporinas, vartojamas kartu su diklofenaku, reikšmingai padidina šio vaistinio preparato biologinį prieinamumą, todėl gali laikinai sutrikti inkstų veikla.

NVNU skyrimas pacientams, vartojantiems selektyvius serotonino reabsorbcijos inhibitorius (SSRI) depresijai gydyti, gali padidinti pooperacinio kraujavimo riziką burnoje. Tai paaiškinama dviem mechanizmais [16]:

1. Trombocitai turi serotonino reabsorbcijos pompas ir receptorius. Kadangi trombocitai nesintezuoja serotonino, jo deponavimui trombocituose būtina šio mediatoriaus reabsorbcija iš kraujo. SSRI blokuoja šį procesą ir sutrikdo trombocitų funkciją, padidindami kraujavimo riziką.
2. SSRI yra kepenų izofermento inhibitoriai, o NVNU yra šio izofermento substratai, todėl SSRI gali sutrikdyti NVNU metabolizmą ir padidinti jų koncentraciją kraujyje, o tai vėlgi gali sąlygoti pooperacinį kraujavimą.

Be to, tiek NVNU, tiek SSRI vartojimas didina kraujavimo iš virškinamojo trakto riziką [52]. SSRI vartojimas sukelia 3 kartus didesnę kraujavimo iš virškinamojo trakto riziką, lyginant su bendra populiacija. Vartojant vien tik NVNU kraujavimo rizika didėja 3,7–4,5 karto. Vartojant šiuos vaistus kartu, tikimybės santykis (OR) padidėja iki 15,6–16,7 [24].

Ličio preparatų skiriama sergant bipoliniu sutrikimu, maniakine depresija. Pastebėta, kad NVNU mažina ličio ekskreciją inkstuose, todėl didėja jo koncentracija plazmoje bei sukeliamas toksinis poveikis. Kadangi ličio preparatų terapinis indeksas žemas, net ir nedidelis jo koncentracijos padidėjimas gali toksiškai veikti centrinę nervų sistemą ir inkstus [3, 23, 51]. Jei NVNU skiriama ličio vartojančiam pacientui, reikia atidžiai sekti pastarojo preparato koncentraciją kraujyje.

Mažos aspirino dozės vartojamos tromboembolijos profilaktikai po miokardo infarkto, širdies kraujagyslių stentavimo operacijų. Dėl savo sugebėjimo negrįžtamai acetilinti trombocituose esančią COX-1, aspirinas laikomas širdį apsaugančiu vaistu. Kitaip nei aspirinas, neselektyvūs COX inhibitoriai (pvz., ibuprofenas) grįžtamai blokuoja COX-1. Pavartoti kartu šie vaistai konkuruoja dėl jungimosi prie COX-1 trombocituose. Kadangi ibuprofenas laikinai blokuoja COX-1, o prie COX-1 neprisijungęs aspirinas greit virsta salicilo rūgštimi, kuri kaip ir ibuprofenas yra laikinas COX-1 inhibitorius, šių dviejų vaistų sąveika mažina aspirino poveikį trombocitams [52]. Tyrimų duomenimis, pavartojus 400 mg ibuprofeno 2 val. prieš aspirino vartojimą 6 dienas, nustatytas žymus antikoaguliacinio poveikio sumažėjimas (nuo 98–99 proc. iki 50 proc.). Kai vaistai buvo vartojami atvirkštine tvarka, aspirino poveikis išliko didesnis nei 98 proc. [25]. Prieita prie išvados, kad aspiriną reikia vartoti prieš ibuprofeną. Nustatyta, kad acetaminofeno (paracetamolio) vartojimas nesumažina aspirino antitrombozinio poveikio [16]. Aspirinas ir ketorolokas didina vienas kito toksiškumą dėl farmakodinaminio sinergizmo. Aspirinas ir nimesulidas ar etorikoksibas didina kraujavimo riziką ir virškinamojo trakto pažeidimo galimybę.

Aspirinas gali sukelti hipoglikemiją – pacientams, sergantiems cukriniu diabetu, galbūt reikės keisti vaisto dozę.

Vartojant varfariną ir NVNU didėja antikoaguliacinis poveikis, atsiranda kraujavimo rizika.

Pacientams, gydomiems vaistais nuo traukulių (karbamazepinu), skausmo ir uždegimo kontrolei geriau skirti neselektyvius inhibitorius (ibuprofeną, ketoprofeną, acetaminofeną, diklofenaką), ar pusiau selektyvius COX-2 inhibitorius (nimesulidą), nes karbamazepinas mažina selektyviųjų COX-2 inhibitorių poveikį, indukuodamas kepenų fermentus. Tačiau pacientams, vartojantiems diuretikus, neselektyvūs COX-2 inhibitoriai mažina prostaglandinų sintezę inkstuose ir gali sukelti hiperkalemiją, nulemiančią širdies ritmo sutrikimus. Selektyvių COX-2 inhibitorių ir diuretikų sąveika daug silpnesnė.

Nimesulidas slopina CYP2C9. Jei tuo pačiu metu vartojama preparatų, kuriuos skaido šis fermentas, jų koncentracija plazmoje gali padidėti.

Etanolis sąveikauja su visais NVNU, tačiau kiek skirtingai. Nimesulidas su etanoliu kontraindikuotinas dėl hepatotoksiškumo (ypač alkoholikams). Acetaminofeno (paracetamolio) maksimali dozė alkoholikams 2g/ d. [53], tačiau rekomenduotina skirti atsargiai. Toksiškumas virškinamajam traktui didėja vartojant NVNU kartu su 3 ir daugiau gėrimų per dieną. Tarp etanolio ir aspirino vartojimo rekomenduojamas bent 12 valandų intervalas [53].

Viena svarbiausių NVNU sąveikų yra su vaistiniais preparatais, galinčiais didinti išopėjimo ar kraujavimo riziką: kortikosteroidais, antikoaguliantais (varfarinu), selektyviaisiais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI) ir antitrombocitiniais vaistiniais preparatais (aspirinu, klopidogreliu). Pacientus, vartojančius šių medikamentų, gydyti NVNU reikia atsargiai. ▶▶

Antibakterinių ir preparatų nuo grybelio sąveika su paciento vartojamais vaistais. Šių antimikrobinių vaistų, išskyrus infekcinio endokardito ir sąnarių endoprotezų profilaktiką, gydymo kursas yra gana ilgas, palyginti su kitais odontologijoje naudojamais vaistais. Dėl to yra didesnė nepageidaujamos vaistų sąveikos tikimybė. Be to, dažniausiai odontologijoje naudojami antimikrobiniai preparatai – makrolidai (klaritromicinas, eritromicinas), fluorchinolonai (ciprofloksacinas), metronidazolas bei flukonazolas – yra CYP-450 inhibitoriai, vadinasi, didina kitų vaistų (substrato) koncentraciją kraujyje. Eritromicinas ir ciprofloksacinas yra CYP1A2 izofermento inhibitoriai; metronidazolas ir flukonazolas – CYP2C9; eritromicinas, klaritromicinas ir azolo žiedą turintys preparatai nuo grybelio (flukonazolas, ketokonazolas) – CYP3A4.

Psicholeptiko alprazolamo (*Xanax*) sąveika su ketokonazolu ir itrakonazolu yra kontraindikuotina, su zolpidemu (*Stilnox*) – vartoti atsargiai. Alprazolamo sąveika su flukonazolu ar makrolidais, nulemia sedacijos pailgėjimą, kvėpavimo takų obstrukciją, todėl taip pat privalu vartoti atsargiai. Flukonazolo galima skirti pacientams, vartojantiems zolpidemą, nes sąveika mažai reikšminga. Makrolidai, fluorchinolonai ir azolo žiedą turintys preparatai vartojami kartu su haloperidoliu ilgina QTc intervalą ir didina skilvelinės aritmijos riziką. Metronidazolas didina ličio preparatų koncentraciją.

Kalcio kanalų blokatoriai (diltiazemas) ir angiotenzino II receptorių blokatoriai sąveikaudami su flukonazolu, ketokonazolu ir metronidazolu sukelia hipotenziją (sustiprėja antihipertenzinis efektas) ir edemą.

Aspirinas ir amoksicilinas didina vienas kito koncentraciją kraujyje, konkuruodami dėl prisijungimo prie plazmos baltymų. Didėja vaistų terapinis poveikis.

Varfarino ir metronidazolo, ketokonazolo bei flukanazolo vartojimas didina kraujavimo riziką [51, 53]. Be to, penicilinų grupės ir kiti antibiotikai didina varfarino efektyvumą, nes slopina vitaminą K sintezuojančią žarnyno mikroflorą.

Vaistai nuo epilepsijos (karbamazepinas, fenitoinas) ir metronidazolas, flukonazolas bei kiti azolo žiedą turintys preparatai nuo grybelio sukelia ataksiją, galvos svaigimą, miegiustumą, sumišimą. Vartoti atsargiai, stebėti pacientą. Makrolidai didina karbamazepino koncentraciją, geriau rinktis alternatyvius preparatus.

Antidepresantai SSRI (fluvoksaminas) pavartoti kartu su eritromicinu, ciprofloksacinu bei azolo žiedą turinčiais preparatais gali sukelti kserostomiją, vidurių užkietėjimą, tachikardiją, ortostatinę hipotenziją, QTc intervalo pailgėjimą, sąlygojantį skilvelinę aritmiją.

Fluorchinolonai (*Ciprofloxacin, Ofloxin*) stiprina vaistų nuo diabeto biguanidų (metformino) ir insulino poveikį. Galima hipo- ar hiperglikemijos rizika.

Imunosupresantai (ciklosporinas) kartu su makrolidais, metronidazolu ir azolo žiedą turinčiais preparatais padidina imunosupresiją ir nefrotoksikozę. Sąveika reikšminga, būtina stebėti pacientą.

Geriamieji kontraceptikai. Literatūroje aprašyta kontracepcijos nesėkmė vartojant tetraciklinų, penicilinų, makrolidų, cefalosporinų bei metronidazolo [53]. Tikėtinas mechanizmas – estrogeno enterohepatinės recirkuliacijos inhibicija, sukeliama daugumos antibiotikų.

Etanolis kontraindikuotinas vartojant metronidazolą. Metronidazolas inhibuoja acetalaldehido dehidrogenazę, todėl etanolis fermentuojamas tik iki tarpinio metabolito (acetaldehido). Ši medžiaga lieka kraujotakoje ilgiau nei įprasta ir sukelia šalutinį poveikį. Alkoholio patariama nevartoti viso metronidazolo kurso metu ir 3 dienas po jo [53].

Digoksinu gydomiems pacientams kontraindikuotini makrolidų grupės antibiotikai (eritro/ klaritro/ azitromicinai). Esant sąveikai, padidėja digoksino koncentracija kraujyje ir pasireiškia toksinis poveikis širdžiai [53].

Flukonazolo negalima vartoti kartu su medikamentais, kurie ilgina QT intervalą ir kuriuos metabolizuoja CYP3A4. Iš šių visų vaistų šiandien taikomi bei Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje (VVKT) registruoti tik eritromicinas ir amiodaronas. Flukonazolas yra stiprus CYP2C9 ir vidutinio stiprumo CYP3A4 inhibitorius, taip pat ir CYP2C19 inhibitorius. Todėl didėja daugumos medikamentų, fermentuojamų šios sistemos, koncentracijos kraujo serume ir didėja jų šalutinio poveikio rizika. VVKT pateiktose flukonazolo preparatų charakteristikų santraukose aprašytos kitos sąveikos su medikamentais, kurių yra daugiau nei su 30 skirtingų vaistų ar jų grupių. Dėl šios priežasties, planuojant skirti ilgalaikį sisteminį gydymą flukonazolu, kai pacientas vartoja kitus medikamentus, tikslinga įsitikinti dėl galimos vaistų sąveikos.

Gliukokortikoidų (GKK) sąveika su paciento vartojamais vaistais. GKK pasižymi uždegimą mažinančiu, imunosupresiniu ir antialerginiu poveikiu. GKK yra potencialūs CYP3A4 izofermentų induktoriai, vadinasi mažina kitų vaistų (substrato) koncentraciją kraujyje. Odontologijoje naudojami pooperacinei edemai mažinti, burnos patologijai gydyti [28]. Labiausiai paplitę preparatai yra deksametazonas ir triamcinolonas (*Kenalog*).

Vaistiniai preparatai, kurie sužadina citochromo P450 3A4 (CYP3A4) fermentų aktyvumą (pvz., vaistai nuo epilepsijos: barbitūratai, fenitoinas, karbamazepinas; rifampicinas (antituberkuliozinis)), gali stiprinti kortikosteroidų metabolizmą – mažina GKK koncentraciją, indukuodami kepenų izofermentus. Geriau vengti šios vaistų sąveikos. Vaistiniai preparatai, kurie slopina CYP3A4 (pvz.: ketokonazolas, makrolidų grupės antibiotikai), gali didinti kortikosteroidų koncentraciją plazmoje. Deksametazono CYP3A4 sužadinantis poveikis yra vidutinio stiprumo. Kartu vartojamų kitų vaistinių preparatų, kurie metabolizuojami dalyvaujant CYP3A4 (pvz., psicholeptikų (alprazolamo)), klirensas gali padidėti, todėl koncentracija plazmoje sumažėti. Mažėja pastarųjų vaistų poveikis. Pacientą būtina stebėti.

GKK ir aspirinas didina vieni kitų toksiškumą dėl farmakologinio sinergizmo. Gliukokortikoidai didina salicilatų inkstinį klirensą, todėl kartais sunkiau susidaro gydomoji salicilatų koncentracija.

GKK vartojant kartu su NVNU ar aspirinu ilgesnį laiką, padidėja virškinamojo trakto išopėjimo ir kraujavimo iš jo rizika [52]. Būtina stebėti pacientą.

GKK mažina varfarino antikoaguliacinį poveikį. Be to, GKK gali pažeisti kraujagyslių vientisumą, todėl kyla kraujavimo pavojus. Svarbu sekti krešėjimo rodiklius.

Kartu su ciklosporinu rekomenduojama vartoti mažas geriamųjų kortikosteroidų dozes.

GKK dėl farmakodinaminio antagonizmo silpnina vaistų nuo diabeto biguanidų ir insulino poveikį. GKK didina gliukozės kiekį kraujyje ir taip mažina vaistinių preparatų nuo diabeto (pvz.: insulino, sulfonilkarbamidų ir metformino) veiksmingumą. Gali pasireikšti hiperglikemija ir diabetinė ketoacidozė. Dėl šios priežasties gydymo pradžioje cukriniu diabetu sergantys pacientai turi dažniau atlikti kraujo ir šlapimo testus.

Vartojant kartu su geriamaisiais kontraceptikais, gali sustiprėti GKK biologinis poveikis, padaugėti šalutinių poveikių.

Šiame straipsnyje nagrinėtos tik dažniausiai odontologijoje pasitaikančios vaistų sąveikos. Jų apibendrinimas pateiktas 2 lentelėje. Kiekvienas gydytojas odontologas ar odontologas specialistas vaistų tarpusavio sąveiką gali pasitikrinti internete adresu www.medscape.com ar vaistų žinyne. Oficialias Lietuvoje reigstruotų preparatų charakteristikų santraukas galima rasti Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos (VVKT) tinklapyje www.vvkt.lt, pasirinkus grafą „Gydytojams ir vaistininkams“ ir toliau „Lietuvos Respublikos vaistinių preparatų registras“ patenkama į paieškos sistemą.

Išvados

Paciento vartojami medikamentai gali turėti įtakos periodonto ligų gydymui, t. y neigiamai veikti periodonto audinius, sustiprinti periodonto ligų pasireiškimą arba mažinti periodonto patologijos progresavimą. Odontologai turėtų būti budrūs, norėdami apsaugoti savo pacientus nuo nepageidaujamos vaistų sąveikos ir gydymo komplikacijų. Kruopštus anamnezės surinkimas turėtų tapti vienu svarbiausių gydymo etapų.

Pagrindinės praktinės gairės dėl vaistų sąveikos odontologijoje

- Vietinius anestetikus rekomenduotina naudoti be vazokonstriktoriaus arba su mažu jo kiekiu ir mažiausią efektyvų kiekį, jei pacientas vartoja neselektyvius β adrenoblokatorius (propranololį), vaistus depresijai gydyti, narkotinius preparatus.
- Prieš skiriant medikamentų, būtina atkreipti ypatingą dėmesį, jei pacientas vartoja:
  - **antikoaguliantus (varfarino tipo)** – dažnai stiprėja antikoaguliacinis efektas;
  - **metotreksatą, ciklosporiną** – dažnai didėja toksinio poveikio rizika;
  - **SSRI, ličio preparatus** – dažnai didėja šalutinio ir toksinio poveikio rizika;
  - **vaistus nuo epilepsijos, raminamuosius preparatus** – stiprėja arba silpnėja šių vaistų poveikis;
  - **vaistus nuo diabeto** – galimi gliukozės koncentracijos kraujyje pokyčiai.
- Flukonazolas sąveikauja su daugiau kaip 30 vaistų ar jų grupių. Skiriant šį vaistą, sąveiką būtina tikrinti individualiai kiekvienam pacientui.
- Viena svarbiausių NVNU sąveikų yra su vaistais, galinčiais didinti išopėjimo ar kraujavimo riziką: kortikosteroidais, antikoaguliantais, SSRI, antitrombocitiniais vaistiniais preparatais.

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas

Galimos paciento vartojamų medikamentų ir odontologijoje naudojamų medikamentų sąveikos

Odontologijoje taikomi vaistai / Paciento vartojami vaistai	Vazokonstriktoriai (vietiniuose anestetikuose)	Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo	Antibakteriniai preparatai	Preparatai nuo grybelio	Neigiamas poveikis
Širdies ir kraujagyslių sistemą veikiantys vaistai	Neselektyvūs beta adrenoblokatoriai veikia sinergiškai. Didėja gyvybei pavojingos hipertenzijos ir bradikardijos rizika.	Neselektyvūs COX-2 inhibitoriai gali sumažinti antihipertenzinį poveikį.	Metronidazolas stiprina antihipertenzinių poveikį (galima hipotenzija).	Kontraindikacija: amiodaronas.	
		KKB didina selektyvių COX-2 inhibitorių koncentraciją kraujyje.	Makrolidai didina digoksino toksinį poveikį.	Stiprina antihipertenzinių vaistų poveikį (galima hipotenzija).	
Antitrombocitiniai vaistai (aspirinas, klopidogrelis)		Didėja kraujavimo ir virškinamojo trakto pažeidimo rizika.	Aspirinas ir amoksicilinas didina vienas kito koncentaciją kraujyje.		Vartojami su aspirinu didina vieni kitų toksiškumą dėl sinergizmo. Virškinamojo trakto pažeidimo rizika.
		Ibuprofenas mažina aspirino poveikį.			
Varfarino tipo antikoaguliantai		Didėja kraujavimo ir virškinamojo trakto pažeidimo rizika.	Metronidazolas ir penicilinai didina kraujavimo riziką.	Didina kraujavimo ir virškinamojo trakto pažeidimo rizika.	Didėja kraujavimo ir virškinamojo trakto pažeidimo rizika.
Vaistai nuo diabeto	Epinefrinas gali sukelti hiperglikemiją.	Aspirinas gali skatinti hipoglikemiją	Fluorchinolonai skatina hipoglikemiją.		GKK skatina hiperglikemiją.
Psicholeptikai (alprazolamas, haloperidolis)	Alprazolamas, diazepamas su epinefrinu stiprina sedaciją.		Alprazolamo sąveika su makrolidais nulemia sedacijos pailgėjimą.	Gali sukelti sedacijos pagilėjimą ar širdies ritmo sutrikimus.	Mažėja alprazolamo koncentracija.
	Dėl haloperidolio vartojimo ilgėja QTc intervalas.		Makrolidai, fluorchinolonai su haloperidoliu ilgina QTc intervalą. Aritmijos rizika.		
Ličio preparatai		Didėja ličio koncentracija ir toksinio poveikio rizika.	Metronidazolas didina ličio koncentraciją ir toksinio poveikio riziką.	Aprašytas šalutinis poveikis nėra išsamiai ištirtas.	
Antidepresantai (monoamino oksidazės, selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai, tricikliai antidepresantai)	Didėja širdies ritmo sutrikimų rizika, ilgėja QTc intervalas, hipertenzija.	SSRI su NVNU didina kraujavimo į virškinamąjį traktą riziką.	SSRI su eritromicinu, ciprofloksacinu didina šalutinio poveikio riziką (aritmija).	SSRI su flukonazolu didina šalutinio poveikio riziką (aritmija).	Su SSRI didėja kraujavimo iš virškinamojo trakto rizika.
Vaistai nuo epilepsijos		Mažina selektyvių COX-2 inhibitorių koncentraciją. Geriau skirti neselektyvius ar pusiau selektyvius.	Makrolidai, metronidazolas didina šių vaistų koncentraciją ir šalutinio poveikio riziką.		Mažina GKK koncentraciją
Imunosupresantai (ciklosporinas, metotreksatas)		Didėja imunosupresantų toksinio poveikio rizika.	Makrolidai ir metronidazolas didina toksinio poveikio riziką.	Didėja imunosupresantų toksinio poveikio rizika.	Didėja imunosupresantų toksinio poveikio rizika.

2 LENTELĖ

AKTUALI INFORMACIJA

Lėtinis periodontitas bei jo gydymas

Dr. Alma Pranckevičienė, LSMU Dantų ir burnos ligų klinika
Darbo vadovė: **prof. Vita Mačiulskienė,** LSMU Dantų ir burnos ligų klinika
Konsultantai: **doc. Jolanta Siudikienė,** LSMU Dantų ir burnos ligų klinika ir **dr. Rytas Ostrauskas,** LSMU Endokrinologijos institutas

Vis daugiau žmonių visame pasaulyje kasmet suserga cukriniu diabetu ir periodontitu – lėtinėmis neužkrečiamomis ligomis, turinčiomis neigiamą poveikį jomis sergančių asmenų sveikatos būklei bei gyvenimo kokybei. Periodontitas – tai lėtinis bakterijų sukeltas uždegiminis procesas, pasireiškiantis dantenų kraujavimu, klinikinio dantenų prisitvirtinimo praradimu, patologinių kišenių formavimusi, dantį supančio kaulo nykimu [16]. Dažniausios periodonto patologijos formos yra lengvas periodontitas ir gingivitas, o sunkių periodonto pažeidimų pasitaiko rečiau [45, 153]. Apie periodontito paplitimą tarp Lietuvos gyventojų duomenų nėra daug. 2001 metais atlikto tyrimo duomenimis, periodontito (kuomet bent viename tarpdantyje buvo zonduojama periodonto kišenė ≥ 6 mm) paplitimas tarp 35–44 metų amžiaus asmenų siekė 47 proc., o tarp 65–74 metų asmenų – 75 proc. [152].

Periodonto ligų diagnostikos kriterijai

Periodontito diagnozė paprastai nustatoma remiantis dantenų kraujavimu po zondavimo, periodonto kišenių gylio, klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimo matavimu ir rentgenologiškai matomu žandikaulio kaulo netekimu [43, 119]. Papildomi veiksniai, diagnozuojant periodonto audinių pažeidimo sunkumą ir išplitimą, gali būti dantenų recesijos, dantų paslankumas, skausmas ar išopėjimai burnos gleivinėje bei mikrobinis apnašas [5, 97]. Periodonto kišenių gylis ir klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimo lygis matuojami naudojant periodontologinį zondą, pažymėtą kas 1 mm [119]. Periodonto kišenės gylis – atstumas nuo dantenų krašto iki dantenų vagelės ar periodonto kišenės dugno, o klinikinis dantenų prisitvirtinimas – atstumas nuo cemento ir emalio jungties iki dantenų vagelės ar kišenės dugno [97]. Klinikinio dantenų prisitvirtinimo lygis yra laikomas auksiniu standartu diagnozuojant lėtinį periodontitą ir rodo anksčiau buvusį ligos aktyvumą [5, 65]. Nors šis parametras yra tikslesnis nei periodonto kišenių gylis, jo matavimas sudėtingas ir užima daugiau laiko. Todėl klinikinio dantenų prisitvirtinimo lygio matavimas dažniausiai naudojamas moksliniuose, epidemiologiniuose tyrimuose [119]. Dantenų recesijos gali

sergant 1 ir 2 tipo cukriniu diabetu

apsunkinti tikslų periodonto kišenių bei klinikinio dantenų prisitvirtinimo lygio matavimą, nes klinikinio dantenų prisitvirtinimo lygis priklauso nuo periodonto kišenių ir / arba dantenų recesijų formavimosi [119]. Sergant kai kuriomis lėtinio periodontito formomis, klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas pasireiškia dantenų recesijomis, o ne periodonto kišenių formavimusi [124]. Kartais dantenų recesijų atsiranda buvusių periodonto kišenių vietose, bet, nepaisant to, vien tik periodonto kišenių gylio matavimas neparodo tikslaus periodontito sunkumo ir išplitimo [119]. Rentgenologinis periodonto audinių tyrimas papildo klinikinę apžiūrą ir tam tikslui pakanka ortopantomogramos [124]. Tačiau rentgenologinis periodontito sunkumo vertinimas yra netikslus, nes rentgeno nuotraukoje pakitimai matomi tik netekus 30–50 proc. žandikaulio kaulo, o lengvesnio laipsnio pažeidimai nepastebimi [73]. Sunkus lėtinis periodontitas diagnozuojamas, kai periodonto kišenių gylis ir klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas dviejuose ar daugiau tarpdančiuose yra ≥ 5 mm [119].

Kiti periodontito rizikos veiksniai

Mokslinėje literatūroje išskiriama keletas veiksnių, galinčių padidinti lėtinio periodontito išsivystymo riziką, tai cukrinis diabetas, rūkymas, stresas, genetinis paveldimumas, apsauginių organizmo savybių susilpnėjimas, osteoporozė, kai kurios įgimtos ligos (Higaši, Dauno, Papilon-Lefevro sindromai), vyresnis amžius, vyriškoji lytis [29, 40, 45, 60, 100, 112, 123, 145, 155, 172].

Lėtinis periodontitas sergant cukriniu diabetu

Cukrinio diabeto ir periodontito tarpusavio sąveika gana plačiai nagrinėta mokslinėje literatūroje, tačiau ši tema išlieka aktuali. Atlikti moksliniai tyrimai gana skirtingi (skiriasi tiriamų grupių amžius, ligos trukmė, tiriamųjų skaičius, periodonto audinių pažeidimo sunkumas ir kt.), todėl rezultatai yra prieštaringi [104]. Be to, skiriasi 1 ir 2 tipo cukrinio diabeto patogenezė. Pirmo tipo cukrinis diabetas yra autoimuninė, paprastai iki 30 metų pasireiškianti liga, dėl kurios visiškai išnyksta kasos salelių β ląstelės ir nutrūksta insulino gamyba. Antro tipo cukrinis diabetas dažniausiai diagnozuojamas 30 metų ir vyresniems asmenims bei yra siejamas su nutukimu, nepakankamu fiziniu aktyvumu bei netaisyklinga mityba. Esant 2 tipo cukriniam diabetui insulino gamyba visiškai nenutrūksta, bet kūno audinių receptoriai įgauna atsparumą kasos išskiriamam insulinui [8]. Pagrindinis cukrinio diabeto simptomas yra padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje (hiperglikemija) [105]. Moksliniuose tyrimuose dažniausiai naudojamas glikozilinto hemoglobino (HbA1c) tyrimas, kuris tiksliai parodo vidutinį gliukozės kiekį kraujyje per paskutinius tris mėnesius [141]. Sergant cukriniu diabetu rekomenduojama HbA1c tyrimą atlikti bent du kartus per metus arba kas tris mėnesius, jei glikemijos kontrolė yra bloga [105]. Normalus suaugusio asmens HbA1c kiekis kraujyje yra < 6 proc., o sergant cukriniu diabetu – < 7 proc. [7].

> Papildomi veiksniai, diagnozuojant periodonto audinių pažeidimo sunkumą ir išplitimą, gali būti dantenų recesijos, dantų paslankumas, skausmas ar išopėjimai burnos gleivinėje bei mikrobinis apnašas

Sergant cukriniu diabetu, periodonto audinių pažeidimo sunkumą gali lemti keletas veiksnių: ilgalaikis glikemijos kontrolės lygis, cukrinio diabeto trukmė ir paciento amžius, pirmą kartą nustačius šios ligos diagnozę, kitos (ne burnoje) esančios cukrinio diabeto komplikacijos [134].

Daugumos tyrėjų duomenimis, bakterinio apnašo sudėtis sergančių ir nesergančių cukriniu diabetu bei lėtiniu periodontitu pacientų yra vienoda [162]. Nustatyta, kad nesiskiria šių pacientų ne tik mikroorganizmų rūšys, bet ir kraujo serumo antikūnų kiekis [91]. Todėl galima daryti išvadą, kad sergant cukriniu diabetu pasikeičia organizmo apsauginės reakcijos, veikiančios prieš tos pačios sudėties ir kiekio mikroorganizmų bendruomenes. Padidėjęs uždegiminis audinių aktyvumas sergant cukriniu diabetu yra aiškinamas išankstinių glikacijos pabaigos produktų poveikiu. Išankstinės glikacijos produktų receptorių turi uždegiminiuose procesuose dalyvaujančios kraujo ląstelės, todėl sergantiems cukriniu diabetu pacientams sutrinka neutrofilinių leukocitų atsakas, o monocitai į bakterinius antigenus reaguoja per daug audringai, į dantenų vagelės skystį išskirdami didesnius uždegiminių faktorių kiekius [132]. Tyrimai parodė, kad uždegiminė organizmo reakcija sergant cukriniu diabetu gali priklausyti nuo glikemijos kontrolės lygio [76]. Remiantis eksperimentiniais tyrimais, dėl cukrinio diabeto padidėja kraujagyslių pralaidumas bei pablogėja neutrofilų chemotaksis [59, 148]. Be to, periodonto audiniuose sumažėja kolageno skaidulų kiekis, nes pablogėja kolageno sintezė ir pagreitėja jo irimas [143]. Randama duomenų, kad pakitusi kolageno apykaita, sergant cukriniu diabetu, yra vienas mechanizmų, lemiančių greitesnį lėtinio periodontito progresavimą [36]. Periodonto audinių pažeidimą apsunkina ir greitesnė kaulinių ląstelių apoptozė, dėl to pagreitėja žandikaulio kaulo rezorbcija bei pablogėja jo atsinaujinimas po gydymo [61]. Didelė gliukozės koncentracija kraujyje pablogina periodonto raiščio kamieninių ląstelių virtimą osteoblastais, tai irgi pablogina žandikaulio kaulo atsinaujinimą [79].

Daugumos klinikinių tyrimų duomenimis, sergant 2 tipo cukriniu diabetu, periodonto audinių pažeidimas būna reikšmingai sunkesnis nei nesergant cukriniu diabetu, tačiau 1 tipo cukrinio diabeto poveikis lėtinio periodontito vystymuisi nėra iki galo ištirtas [31, 82].

Periodontito gydymo būdai ir jų efektyvumas sergant cukriniu diabetu

Svarbiausias periodontito gydymo tikslas yra mikrobinio apnašo pašalinimas, kuris atliekamas mechaniškai nuvalant pažeisto danties šaknį virš dantenų ir po jomis [64]. Podanteniniai konkrementai formuojasi dantenų kišenėse. Jei kišenė yra gili (> 5 mm), gali būti atliekama chirurginė procedūra: atkeliamas dantenų-antkaulio lopas, nuvaloma danties šaknis bei pašalinami uždegimo pažeisti epitelis ir jungiamasis audinys nuo vidinio lopo paviršiaus [63, 64]. Palyginus konservatyvaus bei chirurginio sunkaus lėtinio periodontito (kai periodonto kišenės gylis > 6 mm) gydymo rezultatus, paaiškėjo, kad, taikant chirurginį gydymą, klinikinis dantenų prisitvirtinimas reikšmingai daugiau padidėja bei periodonto kišenės reikšmingai daugiau sumažėja [63]. Gydymo efektyvumą padidina teigiami paciento dantų valymosi pokyčiai bei metimas rūkyti [93]. Instrumentinis periodontito gydymas gali būti papildomas geriamaisiais arba vietiškai veikiančiais antibiotikais [93]. Vietiškai veikiantys antibiotikai ar dezinfekuojamieji preparatai naudojami giliausiose dantenų kišenėse. Dažniausiai pasirenkami tetraciklinų grupės antibiotikai bei chlorheksidinas [64]. Geriamieji antibiotikai patenka į dantenų vagelės skystį, kuris veikia kaip transudatas ir taip gali pasiekti bakterinius patogenus, esančius giliausiose dantenų kišenės vietose, kurių nepasiekia vietiškai veikiantys antibakteriniai preparatai [64]. Teigiama, kad sistemiškai veikiantys geriamieji antibiotikai veikia bakterijas, esančias ir ant liežuvio bei kitose burnos vietose, taip sumažindami bakterijų rekolonizacijos tikimybę [64]. Tačiau reikia paminėti, jog papildomas sisteminių antibiotikų skyrimas gydant lėtinį periodontitą cukriniu diabetu sergantiems pacientams mokslinėje literatūroje vertinamas prieštaringai. Kai kurie tyrėjai neįžvelgė papildomo teigiamo geriamųjų antibiotikų poveikio sergančiųjų cukriniu diabetu periodonto būklei bei glikemijos kontrolei [117, 125].

Daugelio klinikinių tyrimų duomenimis, periodontito gydymas yra vienodai efektyvus tiek sergant, tiek nesergant cukriniu diabetu: matuojami periodonto klinikiniai parametrai reikšmingai sumažėja visiems tiriamiesiems, nustatomi mažesni patogeninių bakterijų kiekiai [34, 37, 96]. Tačiau yra duomenų, kad blogai gliukozės kiekį kontroliuojančių cukriniu diabetu sergančių asmenų periodonto audiniai gyja blogiau nei nesergančių cukriniu diabetu [80]. ▶▶

◂◂ Periodontito ryšys su cukrinio diabeto eiga ir gliukozės kiekiu kraujyje

Pastaruosius kelis dešimtmečius pasaulio mokslininkus domina, kaip periodontitas veikia sisteminį uždegiminį procesą. Teigiama, kad bakterijų ir jų išskiriamų produktų bei pažeistuose periodonto audiniuose pasigaminusių uždegiminių faktorių patekimas į bendrąją kraujotaką per pažeistą periodonto kišenės epitelį sukelia uždegimines reakcijas kituose audiniuose [81]. Labiausiai ištirtas uždegiminių kraujo faktorių ryšys su 2 tipo cukrinio diabeto vystymusi [89, 162]. Dėl infekcinės kilmės periodonto audinių pažeidimo į bendrąją kraujotaką išsiskiriantys citokinai skatina audinių receptorių atsparumą kasos išskiriamam insulinui. Be to, padidėjęs uždegiminių kraujo faktorių kiekis gali paveikti ir pačias kasos β ląsteles bei jų funkciją [25]. Daugėja duomenų, kad uždegiminiai citokinai dalyvauja ir vystantis 1 tipo cukriniam diabetui [19].

Pirmuoju tyrėju, patvirtinusiu hipotezę, kad sunkus periodontitas gali pabloginti gliukozės kiekio kraujyje kontrolę, sergant cukriniu diabetu, laikomas George W. Taylor. Jis nustatė, kad ne tik cukrinis diabetas padidina riziką susirgti periodontitu, bet ir sunkūs periodonto audinių pažeidimai gali neigiamai paveikti cukrinio diabeto eigą, pablogindami gliukozės kiekio kraujyje kontroliavimą [160].

Daug mokslininkų teigia, kad sunkus periodontitas gali turėti įtakos didesniam gliukozės kiekiui kraujyje, uždegiminių kraujo serumo rodiklių pokyčiams ir audinių atsparumui insulinui, net ir nesergant cukriniu diabetu [33, 55, 130].

> Daug mokslininkų teigia, kad sunkus periodontitas gali turėti įtakos didesniam gliukozės kiekiui kraujyje, uždegiminių kraujo serumo rodiklių pokyčiams ir audinių atsparumui insulinui, net ir nesergant cukriniu diabetu.

Periodontito gydymo ryšys su glikemijos kontrole sergant cukriniu diabetu

G. W. Taylorui 1996 metais nustačius, kad sunkūs periodonto pažeidimai gali neigiamai veikti gliukozės kiekio kraujyje kontrolę cukriniu diabetu sergantiems pacientams, pasaulio mokslininkus ėmė dominti galimas teigiamas uždegimo periodonto audiniuose sumažėjimo poveikis cukrinio diabeto eigai. Skirtingų klinikinių tyrimų duomenys yra nevienodi. Dauguma jų yra atlikti su 2 tipo cukriniu diabetu sergančiais pacientais. Glikemijos kontrolė, matuojama HbA1c kiekiu kraujyje, po periodontito gydymo arba reikšmingai sumažėjo, arba ne [24, 37, 48, 51, 72, 80, 166]. Kai kurių atliktų tyrimų duomenimis, periodontito gydymas neturėjo teigiamo poveikio glikemijos kontrolei, tačiau tikimybė, kad HbA1c sumažės nors 0,5 proc., buvo 1,67 karto didesnė po periodontito gydymo [74].

Glikemijos kontrolės pokyčiai yra aiškinami dėl pagerėjusios periodonto audinių būklės sumažėjusiu uždegiminių kraujo faktorių, sukeliančių audinių rezistentiškumą insulinui, kiekiu. Tyrimų rezutatai parodė, kad po periodontito gydymo sumažėjusi TNF-α koncentracija kraujo serume, 2 tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams koreliavo su pagerėjusia glikemijos kontrole [69]. Sergant 1 tipo cukriniu diabetu, periodontito gydymas gali sumažinti TNF-α, C reaktyviojo baltymo ir E selektino kiekius kraujyje [92].

Tyrimų duomenimis, statistiškai reikšmingas HbA1c sumažėjimas po periodontito gydymo yra nedidelis, tačiau to nuvertinti nereikėtų. Teigiama, kad kiekvienas procentinis HbA1c kiekio kraujyje sumažėjimas, sergant cukriniu diabetu, mikrokraujagyslinių komplikacijų riziką sumažina 35 proc. [156]. Šį teiginį papildo kiti duomenys, teigiantys, kad HbA1c sumažėjimas 0,2 proc. yra siejamas su mirtingumo sumažėjimu 10 proc. [83].

Periodontito gydymas sergant cukriniu diabetu neabejotinai teigiamai veikia pacientų sveikatą ir gyvenimo kokybę, tačiau kai kuriems tyrėjams lieka klausimų, ar tas poveikis yra tik 2 tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams (kadangi daugumoje tyrimų dalyvavo 2 tipo cukriniu diabetu sergantys tiriamieji) ir ar tas poveikis nėra pasiekiamas šalinant uždegimą ne tik periodontito gydymu, bet ir kitais būdais (šalinant nebepagydomus dantis, gydant viršūninius periodontitus) [93].

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) Dantų ir burnos ligų klinikoje buvo atliktas klinikinis perspektyvusis porinio dizaino tyrimas.

Tikslas

Ištirti 1 ir 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų lėtinio periodontito ir cukrinio diabeto ryšį bei chirurginio periodontito gydymo įtaką šių ligų eigai.

Uždaviniai:

1) ištirti bei palyginti 1 ir 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų periodonto audinių būklę;
2) įvertinti ryšį tarp periodonto ligos ir cukrinio diabeto rodiklių (cukrinio diabeto trukmės, cukrinio diabeto kompensacijos bei tipo), priklausomai nuo pacientų amžiaus;
3) įvertinti prognostinę cukrinio diabeto bei periodonto ligos rodiklių reikšmę sunkaus periodontito išsivystymui;
4) įvertinti ilgalaikį (iki dvylikos mėnesių) chirurginio periodontito gydymo poveikį cukriniu diabetu sergančių pacientų periodontito eigai bei palyginti su sveikais asmenimis;
5) įvertinti diabetu sergančių pacientų chirurginio periodontito gydymo ilgalaikę (iki dvylikos mėnesių) įtaką glikemijos kontrolei.

Tyrimo metodai ir priemonės

Dalyvauti tyrime buvo kviečiami Kauno miesto gyventojai nuo 18 iki 70 metų amžiaus, ne mažiau kaip vienerius metus sergantys 1 arba 2 tipo cukriniu diabetu, išskyrus bedančius asmenis ir nėščias moteris. Pacientai buvo kviečiami vadovaujantis Kauno miesto suaugusiųjų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu, registru (pradėtu 1991 m.) bei LSMU Endokrinologijos klinikos pacientų ligos istorijomis.

Iš viso pirmame tyrimo etape buvo ištirti 266 asmenys. Tyrime dalyvaujantys pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes: 1) 179 sergantys 1 tipo cukriniu diabetu; 2) 87 sergantys 2 tipo cukriniu diabetu.

Ištirti tyrimo reikalavimus atitikę pacientai buvo kviečiami chirurginiu būdu gydyti periodontitą bei stebėti periodonto būklę ir gliukozės kiekio kraujyje kontrolės lygį vienerius metus po atlikto chirurginio gydymo.

Iš viso antrame tyrimo etape dalyvauti sutiko ir reikalavimus atitiko 30 pacientų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu (tyrimą pabaigė 23), bei 15 pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu (tyrimą pabaigė 10). Dažniausiai pacientai tyrimą nutraukdavo dėl pablogėjusios sveikatos ir atsiradusių cukrinio diabeto komplikacijų. Antrame tyrimo etape kiekvienam cukriniu diabetu sergančiam tiriamajam pagal gimimo datą ir lytį buvo parenkamas cukriniu diabetu nesergantis (kontrolinis) porininkas. Pagrindiniai reikalavimai kontroliniams tiriamiesiems buvo tokie patys kaip ir sergantiems cukriniu diabetu, išskyrus cukrinio diabeto diagnozę. Kontroliniai tiriamieji anksčiau buvo kreipęsi dėl periodonto ligų į LSMU Dantų ir burnos ligų kliniką ir sutiko dalyvauti tyrime. Taigi, iš viso tyrime dalyvavo 23 pacientų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu, porininkai bei 10 pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, porininkų.

Tiriamųjų atrankos ir atmetimo kriterijai

Atrankos kriterijai:

1) amžius nuo 18 iki 70 metų,
2) cukrinio diabeto trukmė ne mažiau kaip vieneri metai,
3) neserga sunkiomis cukrinio diabeto komplikacijomis (ketoacidozė, diabetinė pėda, miokardo infarktas, insultas, inkstų nepakankamumas),
4) turi bent 6 nuolatinius dantis ir klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimą ≥ 6 mm bent dviejuose matuojamuose tarpdantiniuose paviršiuose.

Atmetimo kriterijai:

1) rūkymas,
2) periodontito gydymas, atliktas per paskutinius vienerius metus,
3) štampuoti vainikėliai ant periodonto patologiją turinčių dantų,
4) antibiotikų ar kitų uždegimą slopinančių vaistų vartojimas per pastaruosius šešis mėnesius,
5) sisteminės ligos, galinčios turėti įtakos tyrimo rezultatams,
6) kitos kilmės burnos gleivinės uždegimai,
7) dantų šaknų viršūnių periodontitai.

Periodonto ištyrimas prieš gydymą ir 3, 6, 12 mėnesį po jo

Visiems pacientams buvo matuota:

1) supaprastintas dantų apnašų indeksas (DI-S) pagal Greene-Vermilion, rodantis minkštųjų apnašų kiekį bei asmeninės burnos higienos lygį [56],

2) zonduojamų periodonto kišenių gylis,
3) dantenų recesijos,
4) klinikinis dantenų prisitvirtinimo netekimas,
5) dantenų kraujavimas po zondavimo,
6) netektų dantų skaičius.

Periodontito gydymo protokolas

Pradžioje visi tyrime dalyvavę pacientai buvo mokomi individualios burnos higienos (paaiškinta, kaip valytis dantis ir tarpdančius), po to buvo atliekama profesionali burnos higiena ir chirurginės procedūros (periodonto lopo operacijos), šalinant gydyti nebetinkamus dantis ir šaknis. Po procedūros buvo skiriama skalavimų chlorheksidino tirpalu (0,12 proc. 2 kartus per dieną 10 dienų) bei geriamųjų antibiotikų (1000 mg amoksicilino po 1 tabletę 2 kartus per dieną, 6 dienas). Praėjus 3 ir 6 mėnesiams po chirurginio periodontito gydymo buvo kartojama profesionali burnos higiena.

Gliukozės kiekio kraujyje matavimai

Gliukozės kiekio kraujyje kontrolės lygis buvo skaičiuojamas matuojant HbA1c kiekį kraujyje. Dėl to LSMU Endokrinologijos klinikoje visiems cukriniu diabetu sergantiems tiriamiesiems prieš periodontito gydymą ir praėjus 3, 6 ir 12 mėnesių po gydymo buvo imamas kraujas iš venos ir analizuojamas naudojant skysčių chromatografijos metodiką.

Rezultatai

Cukriniu diabetu sergančių pacientų amžiaus ir bendrosios sveikatos rodikliai

2 tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai buvo reikšmingai ($p < 0,05$) vyresni už sergančius 1 tipo cukriniu diabetu. 1 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų buvo reikšmingai ($p < 0,05$) ilgesnė cukrinio diabeto trukmė ir didesnis HbA1c vidutinis kiekis kraujyje. Be to, šie pacientai reikšmingai ($p < 0,05$) dažniau nei sergantys 2 tipo cukriniu diabetu rūkė.

Cukriniu diabetu sergančių pacientų periodonto audinių būklė

Visų tirtų periodonto būklės rodiklių reikšmės buvo nustatytos statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) didesnės 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų. Tai rodo, kad šių tiriamųjų periodonto audinių pažeidimas buvo sunkesnis nei 1 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų.

Tiriamųjų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu, periodonto būklė. Tiriamųjų, sergančių 1 tipo cukriniu diabetu, kurių amžius > 45 metai, visi tirti periodonto rodikliai buvo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) didesni negu jaunesnių nei 45 metai. Ilgiau (> 12 metų) cukriniu diabetu sergančių pacientų periodonto kišenes buvo gilesnės, buvo didesnis klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas bei didesnis netektų dantų skaičius ($p < 0,05$). Bloga burnos higiena (DI-S > 1) buvo siejama su gilesnėmis periodonto kišenėmis, didesniu klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimu, kraujavimu po zondavimo bei netektų dantų skaičiumi ($p < 0,05$). Ryšio tarp periodonto audinių pažeidimo sunkumo, glikemijos kontrolės lygio bei rūkymo nebuvo nustatyta ($p > 0,05$).

Tiriamųjų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, periodonto būklė. Vyresniems (> 45 metai) pacientams, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu, buvo nustatytos statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) gilesnės periodonto kišenės, didesnis klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas, jie daugiau kraujavo po zondavimo ir buvo daugiau dantenų recesijų. Taip pat buvo nustatyta, kad bloga burnos higiena (DI-S > 1) turėjo reikšmingos ($p < 0,05$) įtakos gilesnėms periodonto kišenėms, didesniam klinikiniam dantenų prisitvirtinimo netekimui ir kraujavimui po zondavimo atsirasti. 2 tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams cukrinio diabeto trukmė, glikemijos kontrolės lygis ir rūkymas įtakos periodonto audinių pažeidimo sunkumui neturėjo ($p > 0,05$). Nerūkantiems pacientams diagnozuotas reikšmingai ($p < 0,05$) didesnis klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas ir kraujavimas po zondavimo.

> Periodonto audinių būklė, sergant cukriniu diabetu, blogėjo didėjant pacientų amžiui, ilgėjant cukrinio diabeto trukmei bei didėjant minkštojo dantų apnašo kiekiui.

Sunkaus lėtinio periodontito išsivystymo prognozė sergant cukriniu diabetu

Sergant 2 tipo cukriniu diabetu tikimybė susirgti sunkiu lėtiniu periodontitu buvo du kartus didesnė nei sergant 1 tipo cukriniu diabetu ($p < 0,05$). Ilgesnė (> 12 metų) cukrinio diabeto trukmė tikimybę susirgti sunkiu lėtiniu periodontitu padidino beveik du kartus, o bloga burnos higiena (DI-S > 1), matuojama minkštųjų apnašų kiekiu, bei didesnis kraujavimas po zondavimo (> 50 proc.) tikimybę atsirasti sunkiam periodonto audinių pažeidimui padidino tris kartus ($p < 0,05$). Bloga glikemijos kontrolė (> 7 proc.), matuojama HbA1c kiekiu kraujyje, nesąlygojo sunkaus lėtinio periodontito atsiradimo ($p > 0,05$).

Tiriamųjų, sergančių cukriniu diabetu, periodonto audinių pokyčiai po periodontito gydymo

Visi matuoti periodonto būklės rodikliai tyrimo metu reikšmingai ($p < 0,05$) pagerėjo tiek sergančių 1, tiek 2 tipo cukriniu diabetu pacientų grupėse. Burnos higienos būklė abiejų tipų cukriniu diabetu sergančių pacientų po periodontito gydymo reikšmingai ($p < 0,05$) pagerėjo ir tokia išliko viso tyrimo metu.

Cukriniu diabetu sergančių pacientų glikozilinto hemoglobino pokyčiai po periodontito gydymo

Vidutinis 1 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų HbA1c kiekis kraujyje tyrimo pradžioje buvo 8,3 (SN 0,8). Po periodontito gydymo nustatytas rodiklio sumažėjimas buvo nereikšmingas ($p > 0,05$) ir vėliau nebesikeitė: 8,1 (SN 0,8) po 3 mėnesių, 8,1 (SN 0,8) po 6 mėnesių ir 8,1 (SN 0,9) po 12 mėnesių.

Pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, glikemijos kontrolė, matuojama HbA1c kiekiu kraujyje, po periodontito gydymo reikšmingai ($p < 0,05$) pagerėjo ir liko tokia viso tyrimo metu. Tyrimo pradžioje šių pacientų HbA1c buvo 7,6 (SN 0,9), po 3 mėnesių – 6,8 (SN 0,9), po 6 mėnesių – 6,9 (SN 0,9) ir po 12 mėnesių – 6,7 (SN 0,8); $p < 0,05$.

Nustatėme statistiškai reikšmingą ($p < 0,05$) pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, vidutinio HbA1c kiekio ir klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimo sumažėjimo koreliaciją, gautą palyginus šių parametrų reikšmes prieš periodontito gydymą ir 12 mėnesių po jo. Tai rodo ryšį tarp periodonto audinių būklės ir glikemijos kontrolės lygio, matuojamo HbA1c kiekiu kraujyje.

Sergančių ir nesergančių cukriniu diabetu pacientų periodonto audinių būklės tyrimo metu lyginamoji analizė

Prieš periodontito gydymą visų tiriamųjų periodonto būklė reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$), išskyrus klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimo dydį tarp 1 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų bei jų kontrolinių porininkų (sergantys 1 tipo cukriniu diabetu turėjo reikšmingai ($p < 0,05$) didesnį klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimą).

Poriniai skirtumai tarp 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų ir jų kontrolinių porininkų viso tyrimo metu buvo nereikšmingi ($p > 0,05$) (matuojant periodonto kišenių gylį, klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimą bei kraujavimą po zondavimo).

1 tipo cukriniu diabetu sergančių kontrolinių porininkų buvo reikšmingai ($p < 0,05$) mažesnis vidutinis klinikinio dantenų prisitvirtinimo netekimas ($p < 0,05$).

Išvados

1. Periodonto audinių būklė, remiantis kliniki-niais rodikliais (minkštojo dantų apnašo kiekis, kraujavimas po zondavimo, periodonto kišenių gylis, dantenų recesijų dydis bei klinikinis dantenų prisitvirtinimo netekimas), buvo reikšmingai blogesnė 2 tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų, palyginti su sergančiais 1 tipo cukriniu diabetu.
2. Periodonto audinių būklė, sergant cukriniu diabetu, blogėjo didėjant pacientų amžiui, ilgėjant cukrinio diabeto trukmei bei didėjant minkštojo dantų apnašo kiekiui.
3. Didžiausią prognostinę reikšmę sunkiam periodontitui išsivystyti cukriniu diabetu sergantiems pacientams turėjo blogi burnos higienos rodikliai, palaikantys uždegiminį procesą audiniuose (minkštojo dantų apnašo kiekis ir kraujavimas po zondavimo).
4. Chirurginis lėtinio periodontito gydymas turėjo reikšmingai teigiamą ilgalaikį poveikį tiek cukriniu diabetu sergančių, tiek nesergančių pacientų periodonto audinių būklei.
5. Chirurginis lėtinio periodontito gydymas turėjo teigiamos įtakos tyrime dalyvavusių pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, glikemijos kontrolei. Pacientams, sergantiems 1 tipo cukriniu diabetu, chirurginis lėtinio periodontito gydymas reikšmingos įtakos HbA1c kiekiui kraujyje neturėjo.

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas

PRASIDĖJO REGISTRACIJA Į **KONFERENCIJĄ**

BALTIC **DENTAL** DAYS

RUGSĖJO 22-23, 2017
VILNIUS, LIETUVA

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai **2017 m. rugsėjo 22-23 dienomis** Vilniuje, Lietuvos parodų ir kongresų centre „Litexpo" (Laisvės pr. 5, Vilnius) organizuoja tarptautinę mokslinę konferenciją „Baltijos jūros regiono šalių odontologų dienos" („BALTIC DENTAL DAYS"). Numatoma konferencijos tema „Geroji Baltijos jūros regiono šalių odontologijos praktika". Joje bus pristatomi moksliniai pranešimai, **skirti gydytojams odontologams ir gydytojams odontologams specialistams Tobulinimosi valandų skaičius - 22 val.** (1 val. būtinosios pagalbos, 1 val. infekcijos kontrolės, 1 val. profesinės etikos, 1 val. burnos ligų profilaktikos).

Šio renginio metu organizuojama atvira vieša diskusija su politikais, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos ir kt. burnos sveikatos priežiūros sistemos atstovais, Pasaulinės odontologų organizacijos (FDI) Europos regiono (ERO) prezidente, Europos odontologų tarybos (CED) prezidentu, Vokietijos odontologų asociacijos prezidentu bei kitais Baltijos jūros regiono odontologų asociacijų lyderiais. Apskritojo stalo diskusijos tema „Neįgaliųjų ir asmenų su specialiaisiais poreikiais burnos sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje". Diskusijoje bus nagrinėjama savanorystė odontologijoje, burnos sveikatos priežiūros ne gydymo įstaigoje teisiniai aspektai, mobilioji odontologija, odontologija kaip laisvoji profesija.

Kviečiame į konferenciją registruotis internetu:
http://odontologurumai.lt/lt/renginiai/item/baltic-dental-days-3867.

Registracijos metu prašome būtinai nurodyti e. pašto adresą, kuriuo gausite registracijos patvirtinimą ir e.bilietą.