

OGÓLNOPOLSKI
PROGRAM
EDUKACYJNY

CHOROBY JAMY USTNEJ

– co warto o nich wiedzieć i jak je leczyć

prof. nadzw. dr hab. n. med. Sebastian Kłosek

kierownik naukowy: dr. n. med. Mariusz Gujski



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



CHOROBY JAMY USTNEJ

– co warto o nich wiedzieć i jak je leczyć

prof. nadzw. dr hab. n. med. Sebastian Kłosek

Błona śluzowa jamy ustnej często staje się miejscem manifestacji chorób ogólnych i to właśnie ona może stanowić wskaźnik zdrowia. W warunkach fizjologicznych powinna być lśniąca, gładka i różowa. Klinicznie wygląd błony śluzowej jamy ustnej jest różnicowany, a wpływają na to: rozmieszczenie powierzchniowych naczyń krwionośnych (okolice bardziej ukrwione lub w stanie zapalnym będą wykazywały zaczerwienienie), grubość nabłonka, składowe błony podśluzowej (ilość i rodzaj włókien, żółtawe zabarwienie daje obecność tkanki tłuszczowej w tylnobocznych regionach podniebienia twardego, podniebieniu miękkim oraz na policzkach), pigmentacja, obecność gruczołów (u 80% dorosłych na wardze górnej (choroba Fordyce'a) i na policzkach (choroba Delbanco) spotyka się przemieszczone gruczoły łojowe, tzw. grudki Fordyce'a), pofałdowanie powierzchni, adaptacja czynnościowa (w linii zgryzowej na błonie śluzowej policzków obserwuje się ekspresję cytokeratyn charakterystycznych dla nabłonka rogowaciejącego i nierogowaciejącego) oraz obecność wykwitów chorobowych.

Prawidłowo i wnikliwie zebrany wywiad z pacjentem uzupełnia dane z badania przedmiotowego, na podstawie którego możemy wnioskować czy stan błony śluzowej jest właściwy. Należy pamiętać, że dolegliwości, które zgłasza pacjent z zakresu jamy ustnej mogą występować z towarzyszącymi zmianami na błonie śluzowej lub bez nich, a same zmiany w podstawie swojej manifestacji jako wykwity chorobowe stanowią drogowskaz do dalszej diagnostyki różnicowej. Wykwity pierwotne (plama, grudka, guzek, guz, bąbel, pęcherzyk, pęcherz, krosta, otarcie) ulegają przemianie w wykwity wtórne (nadżerka, szczelina, rozpadlina, łuska, skrzep, owrzodzenie, blizna) w trakcie ewolucji choroby. Dane na temat wykwitów błony śluzowej jamy ustnej zebrano w **TABELI 1**.

Diagnozę zmian w jamie ustnej można uzupełnić o analizę barwy samej zmiany w stosunku do podłoża. W ten sposób wyróżnia się zmiany czerwone, białe i mieszane oraz zmiany barwnikowe, które mogą

przybierać postać skupioną, wielogniskową, rozlaną, liniową. **TABELA 2** prezentuje etiologiczny podział zmian czerwonych i białych.

Dodatkowym wskaźnikiem stanu jamy ustnej jest towarzyszący zmianom ból, u którego podłoża mogą leżeć procesy zapalne związane z zębem lub też ból dotyczy błony śluzowej jamy ustnej. Warto podkreślić jest fakt, że ból może wystąpić również bez jakichkolwiek manifestacji choroby na błonie śluzowej. Najczęstsze przyczyny bólu niezębopochodnego w jamie ustnej prezentuje **TABELA 3**.

Interesującym zjawiskiem związanym z bólem bez uchwytej przyczyny jest zespół pieczenia jamy ustnej (burning mouth syndrome, BMS). Jest to nieprzemijające wrażenie pieczenia, palenia w obrębie jamy ustnej u pacjentów z niezmienną błoną śluzową, które trwa co najmniej 3 miesiące. W roku 1994 choroba ta została uznana przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Bólem za odrębną jednostkę nozologiczną. Na BMS cierpi od 0,7 do 5% populacji, w 80% są to kobiety, najczęściej w wieku 50-70 lat. Ból jest przewlekły, obustronny, choć najczęściej dotyczy języka. Obserwuje się łagodzenie dolegliwości podczas jedzenia i picia. Często współistnieje z objawami zaburzeń psychogennych (suchość w jamie ustnej, zaburzenia smaku, bóle głowy, przewlekły ból pleców, zespół jelita wrażliwego, zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia snu). W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić stany, które w początkowych okresach nie dają zmian w jamie ustnej (parafunkcje, niedobory żelaza, witamin B i kwasu foliowego, neuropatie, cukrzyce, niedoczynność tarczycy, przyjmowanie niektórych leków), a także podłoże psychogenne. W leczeniu stosuje się unikanie czynników drażniących i nasilających ból, miejscowe środki łagodzące i znieczulające, terapię kognitywno-behawioralną i ewentualnie stosowanie ogólnych leków antydepresyjnych.

Spośród licznych chorób błony śluzowej jamy ustnej największą uwagę powinny skupić na sobie te, które przebiegają z tworzeniem pęcherzy i oddzie-

TABELA 1. WYKWITY BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ.

Wykwit	Definicja	Przykład
plama (RYC. 1)	zmiana zabarwienia na ograniczonej przestrzeni w poziomie sąsiadującej błony śluzowej	p. naczyńniowe, p. barwnikowe, p. złogowe
grudka (RYC. 2)	zmiana wyniesiona ponad powierzchnię błony śluzowej o spójnej konsystencji, znikająca bez pozostawienia blizny	liszaj płaski
guzek	wykwit wyniosły podobny do grudki, ale zlokalizowany w tkance łącznej	gruźlica toczniowa, kiła
guz (RYC. 3)	wykwit większy niż guzek i głębiej umiejscowiony	włókniak, rak
bąbel pokrzywkowy (RYC. 4)	szybko rozwijający się w wyniku obrzęku międzykomórkowego wykwit uniesiony ponad powierzchnię z towarzyszącym świądem, szybko też zanika	pokrzywka
pęcherzyk (RYC. 5)	drobny wykwit uniesiony i wypełniony płynem surowicznym	choroby wirusowe
pęcherz (RYC. 6)	wykwit większy od pęcherzyka, uniesiony i wypełniony płynem – może powstawać w warstwie podrogowej nabłonka, śródnabłonkowo lub podnabłonkowo	pęcherzyca, pemfigoid
krosta (RYC. 7)	wykwit wyniosły zawierający ropę	krosta kiłowa, pyostomatitis vegetans
otarcie	powierzchnowe uszkodzenie nabłonka niezmienionej błony śluzowej	uraz mechaniczny
nadżerka (RYC. 8)	powierzchnowy ubytek nabłonka, niekrwawiący i niepozostawiający blizny	afty opryszczkopodobne
owrzodzenie (RYC. 9)	głęboki ubytek tkanki nabłonkowej i łącznej zmienionej patologicznie, gojący się z pozostawieniem blizny	nowotwory, agranulocytoza, białaczka, kiła, gruźlica
pęknięcie (RYC. 10)	linijny ubytek błony śluzowej powstający w miejscu narażonym na rozciąganie	rozpadliny w leukoplakii niehomogennej
łuska (RYC. 11)	zmiana powstająca w wyniku niepełnego oddzielania się powierzchniowych warstw nabłonka zrogowaciałego	złuszczające zapalenie warg
strup (RYC. 12)	powstaje w wyniku zasychania wydzieliny surowiczej, ropnej lub krwawej na patologicznie zmienionej powierzchni	opryszczka, rumień wielopostaciowy wysiękowy
blizna (RYC. 13)	nowo wytworzona tkanka łączna w miejscu ubytku błony śluzowej	blizny po głębokich owrzodzeniach, gruźlica rozplywna



RYC. 1. PLAMA BARWNIKOWA NA WARDZE GÓRNEJ



RYC. 2. GRUDKI NA WARDZE DOLNEJ W PRZEBIEGU REAKCJI LICHENOIDALNEJ



RYC. 3. WŁÓKNIAK POLICZKA



RYC. 4. BĄBLE POKRZYWKOWE NA SKÓRZE UD



RYC. 5. PĘCHERZYKI NA SKÓRZE W PRZEBIEGU PÓŁPAŚCA



RYC. 6. PĘCHERZE SKÓRNE W PRZEBIEGU PEMFIGOIDU



RYC. 7. KROSTY W PRZEBIEGU PYOSTOMATITIS VEGETANS



RYC. 8. PŁYTKIE UBYTKI BŁONY ŚLIZOWEJ O CHARAKTERZE AFT



RYC. 9. OWRZODZENIA W PRZEBIEGU PĘCHERZYCY



RYC. 10. LINIJNE PĘKNIĘCIA WOKÓŁ UST



RYC. 11. OGNISKA HIPERKERATOZY NA JĘZYKU



RYC. 12. STRUPY NA WARGACH W PRZEBIEGU ZESPOŁU STEVENS-JOHNSONA



RYC. 13. BLIZNA PO PÓŁPAŚCU

TABELA 2. PODZIAŁ ZMIAN CZERWONYCH I BIAŁYCH W ZALEŻNOŚCI OD PRZYCZYN.

Zmiany czerwone	Zmiany białe
<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany zapalne (w wyniku infekcji lub reakcji immunologicznej, po naświetlaniu obszaru głowy i szyi) • Nadżerki i owrzodzenia powstałe w przebiegu chorób skórno-śluzówkowych (liszaj płaski, rumień wysiękowy wielopostaciowy, choroby pęcherzowe) • Zmiany zanikowe (liszaj płaski zanikowy, erytroplakia, złuszczające zapalenie dziąseł, niedobory witaminowe lub żelaza) • Plamice • Anomalie naczyniowe (żylakowatość, naczyńniaki, teleangiektazje) • Nowotwory (rak kolczystokomórkowy, mięsak Kaposiego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany wywołane zakażeniami (kandydoza rzekomobłoniasta, leukoplakia włochata, plamki Koplika, brodawczaki, plamy kiłowe) • Zmiany nie wywołane zakażeniami (leukoplakia, toczeń rumieniowaty) • Zmiany wrodzone (grudki Fordyce’a, znamię białe gąbczaste, leukoedema) • Zmiany urazowe (linia biała, przygryzienia, blizny)

TABELA 3. NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY BÓLU BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ

Czynniki miejscowe	Czynniki ogólnoustrojowe
<ul style="list-style-type: none"> • Alergeny kontaktowe / pokarmowe • Urazy • Infekcje • Parafunkcje • Suchość w jamie ustnej • Obniżenie wysokości zwarcia 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedobory: witamin z grupy B, czynników krwiotwórczych, kwasu foliowego • Leki (np. ACE, p-cukrzycowe) • Cukrzyca • Niedoczynność tarczycy • Choroba refluksowa • Menopauza • Czynniki psychogenne: depresja, stany lękowe • Neuropatie – mikrouszkodzenia nerwów obwodowych • Zaburzenie wydzielania śliny o podłożu ogólnoustrojowym • Choroby śluzówkowo-skórne: liszaj płaski, toczeń układowy, choroby pęcherzowe, rumienie • Język geograficzny

laniem nabłonka (pęcherzyca, pemfigoid) z uwagi na sugestię procesu autoimmunologicznego oraz te, w których powstają owrzodzenia. Zwłaszcza pojedyncze owrzodzenie z nacieczonymi i wałowatymi brzegami, które nie goi się pomimo włączenia wstępnego leczenia przyczynowego musi być rozważane w kontekście zmiany nowotworowej i po 7-14 dniach powinno być usunięte i zbadane mikroskopowo (RYC. 14). W jego diagnostyce różnicowej należy uwzględnić mięsaka, chłoniaka, raka, owrzodzenia w przebiegu zapaleń swoistych (objaw pierwotny w kile) oraz afty duże Suttona.



RYC. 14. OWRZODZENIE NOWOTWOROWE



RYC. 15. OWRZODZENIE URAZOWE



RYC. 16. OWRZODZENIA W PRZEBIEGU ZESPOŁU STEVENS-JOHNSONA

TABELA 4. LEKI NAJCZĘŚCIEJ ZWIĄZANE Z WYSTĄPIENIEM ZESPOŁU STEVENS-JOHNSONA

Wykaz leków	Nazwa leku
antybiotyki	penicyliny, cefalosporyny, minocyklina, ciprofloksacyna, doksycyklina, terbinafina, sulfonamidy
przeciwgrzybicze	pochodne imidazolu
przeciwwirusowe	newirapina
inhibitor oksydazy ksantynowej	allopuryinol
NLPZ	naproksen, ibuprofen
przeciwdrgawkowe	lamotrygina, karbamazepina, fenytoina, fenobarbital, kwas walproinowy
przeciwdepresyjne	sertralina

Najczęstsze przyczyny miejscowe owrzodzeń w jamie ustnej to urazy mechaniczne, termiczne i chemiczne. Przygryzienia lub powtarzające się tarcie ostrymi krawędziami zęba lub protezy powodują powstawanie zmian z komponentą hiperkeratozy, które doskonale dopasowują się swoim kształtem do czynnika sprawczego (RYC. 15). Leczenie polega na złagodzeniu ostrych krawędzi zębów, protez i aparatów ortodontycznych. Dodatkowo wskazana jest farmakoterapia miejscowa w postaci leków przeciwzapalnych, antyseptycznych oraz preparatów powlekających, umożliwiających izolację wykwitów od środowiska jamy ustnej i uśmierzających doznania bólowe. Postępowanie to przyspiesza gojenie, ogranicza ich rozwój oraz w znaczny sposób poprawia komfort życia.

Pojedyncze lub mnogie owrzodzenia mogą być związane z przyjmowaniem niektórych leków, które niekoniecznie musiały być włączone do terapii u pacjenta w ostatnim czasie. Takie działania niepożą-

dane obserwuje się w przypadku leczenia metotrekstatem, niektórymi lekami biologicznymi, a także szeregiem związków może być związanych z reakcjami polekowymi o charakterze zespołu Stevens-Johnsona (RYC. 16, TABELA 4). O rozpoznaniu decydują dane z wywiadu i reakcja na odstawienie leku.

Powszechnie występującymi owrzodzeniami w praktyce lekarskiej są afty nawracające dotyczące nawet ok 30% populacji z częstszym występowaniem u kobiet. Charakterystyczną cechą aft jest cykliczne pojawianie się w jamie ustnej z różną częstotliwością i natężeniem objawów klinicznych oraz wygląd pojedynczych lub mnogich owrzodzeń na błonie śluzowej jamy ustnej, które są okrągłe lub owalne, czasem o nieregularnym zarysie, otoczone rąbkim zapalnym i pokryte włóknikowatym nalotem (RYC. 17). Najczęstszym typem aft, stanowiącym do 80% przypadków, są afty małe (afty Mikulicza) (TABELA 5). Są to małe występujące zwykle pojedynczo bolesne owrzodzenia, które goją się samoistnie bez pozo-

TABELA 5. CHARAKTERYSTYKA AFT NAWRACAJĄCYCH

	Afty Mikulicza	Afty Suttona	Afty opryszczkopodobne
Wielkość	Do 1 cm	Powyżej 1 cm	1-3 mm
Czas trwania	7-10 dni	Do 6 tygodni	10-14 dni
Gojenie	Bez pozostawienia blizny	Może pozostawić bliznę	Bez pozostawienia blizny
Towarzyszący ból	Silny	Bardzo silny	Silny

stawienia blizny w czasie do około dwóch tygodni. Afty duże (afty Suttona) pojawiają się pojedynczo, są rozległe i bardzo bolesne, a ich gojenie przebiega z wytworzeniem blizny. Natomiast afty opryszczkopodobne występują bardzo licznie i mogą obejmować zarówno nierogowaczącą jak i rogowaczącą błonę śluzową, a ich gojenie przebiega bez wytworzenia blizny. Owrzodzenia, które wyglądają jak afty i występują w przebiegu chorób ogólnych określa się mianem owrzodzeń aftopodobnych. We wszystkich typach aft objawy kliniczne mogą być poprzedzone subiektywnymi objawami prodromalnymi. Obejmują one świąd, mrowienie oraz pieczenie i występują w czasie od 24 do 48 godzin przed pojawieniem się pierwszych objawów klinicznych na błonie śluzowej jamy ustnej. Silny ból utrudniający lub uniemożliwiający przyjmowanie pokarmów, płynów oraz mówienie jest jednym z głównych skarg chorego zgłaszającego się do lekarza.

W etiologii postuluje się znaczenie zaburzeń immunologicznych o różnym podłożu i nasileniu. Podkreśla się działanie modyfikowanych immunologicznie limfocytów T cytotoksycznych i innych subpopulacji limfocytów T na nabłonek jamy ustnej. Wskazuje się również na odkładanie kompleksów immunologicznych w nabłonku jamy ustnej spowodowane wielokrotnymi reakcjami immunologicznymi. Także sugeruje się związek pomiędzy zaawansowaniem i nasileniem objawów aft nawracających, a nieprawidłowymi proporcjami komórek CD4+ i CD8+ i podwyższonym poziomem IL-2, INF-gamma i TNF. Zaburzenia immunologiczne sprzyjają występowaniu aft, dlatego w leczeniu uwzględnia się poza działaniem miejscowym leki immunomodulujące, immunosupresyjne, a także współpracę z immunologami klinicznymi. Wśród czynników, które sprzyjają wystąpieniu aft i zmian o charakterze aft wymienia się te ujęte w TABELI 6.

W kontekście aft należy wspomnieć o jednym z zespołów gorączek nawracających - zespole PFAPA



RYC. 17. AFTA NAWRACAJĄCA

(Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, Adenitis). Jest to jednostka chorobowa występująca głównie u niemowląt i małych dzieci w wieku do 5 lat. Pierwsze objawy choroby są najczęściej obserwowane w wieku około 5 lat. Dotychczas nie opisano rodzinnego występowania choroby. Charakterystyczne jest okresowe występowanie gorączki, aft na błonie śluzowej jamy ustnej, zapalenie gardła oraz powiększenie węzłów chłonnych szyjnych. W zespole PFAPA obserwuje się wysokie pomiary ciepłoty ciała pacjentów zwykle wynoszące od 40,0°C do 40,6°C powtarzające się co 2 do 8 tygodni. Stan ten utrzymuje się około 4 dni, a następnie samoistnie ustępuje. Gorączce towarzyszą zmiany w jamie ustnej pod postacią owrzodzeń, które w przeciwieństwie to aft występujących u dorosłych pacjentów są niebolesne. W okresie intermisji pacjenci są zdrowi i nie prezentują żadnych objawów. Leczenie opiera się na jedno lub dwukrotnym podaniu małych dawek prednizolonu (1 mg/kg mc) oraz tonsillektomii.

Owrzodzenia mnogie, często z towarzyszącymi objawami ogólnymi występują w jamie ustnej również w przebiegu infekcji i chorób ogólnoustrojowych. Najczęstsze infekcje spowodowane są wirusami HSV1 u dzieci i młodych dorosłych przebiegające jako opryszczkowe zapalenie dziąseł i jamy ustnej z pojawianiem się drobnych pęcherzyków na błonie śluzo-

TABELA 6. CZYNNIKI PREDYSPONUJĄCE DO WYSTĄPIENIA AFT I OWRZODZEŃ AFTOPODOBNYCH

Miejscowe drażnienie	<ul style="list-style-type: none"> • Uzupełnienia protetyczne • Ostre brzegi zębów i wypełnień • Parafunkcje • Iniekcje • Nieprawidłowe szczotkowanie zębów • Twarde pokarmy • Zaburzenia wydzielania śliny
Patogeny bakteryjne i wirusowe	<ul style="list-style-type: none"> • Streptococci spp. • Helicobacter pylori • Herpes Varicella Zoster • Cytomegalowirus • HIV
Zaburzenia ogólnoustrojowe	<ul style="list-style-type: none"> • Choroba Behçeta • PFAPA • Zespół Sweeta • Choroba Leśniowskiego-Crohna • Wrzodziejące zapalenie jelita grubego • Cykliczna neutropenia • Przewlekły stres psychiczny • Zaburzenia cyklu menstruacyjnego • Glutenozależna enteropatia / Celiakia • Niedobory: żelaza, kwasu foliowego, cynku, witamin B1, B2, B6 i B12
Czynniki genetyczne	Haplotypy: HLA-A2, HLA-B5, HLA-B12, HLA-B44, HLA-B51, HLA-B52, HLA-DR2, HLA-DR7, HLA-DQ
Zaburzenia immunologiczne / nietolerancje	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalne działanie limfocytów T cytotoksycznych • Dysregulacja CD4:CD8 • Dysregulacja poziomów cytokin • Zmniejszenie poziomów prostaglandyny E w ślinie • Nadwrażliwość na laurylosiarczan sodu • Nadwrażliwości pokarmowe (czekolada, kawa, orzechy, truskawki, cytrusy, ser, pomidory, brokuły, oierzyny oraz zboża w tym mąka pszenna)
Inne	NLPZ, beta-blokery

wej pokrytej nabłonkiem rogowaciejącym. Pęcherzyki z czasem ulegają pęknięciu i tworzą się małe owrzodzenia z tendencją do zlewania się. W początkowej fazie choroby, poza łagodzącymi działaniami miejscowymi należy włączyć lek ogólny (acyklowir), zwłaszcza gdy towarzyszą objawy ogólne, natomiast w trakcie trwania choroby od kilku dni można rozważyć podanie kompleksów inozyny poprawiających odporność komórkową organizmu. Łagodniejsze zakażenia wewnątrzustne spowodowane są przez wirusy z grupy Coxsackie i przebiegają jako herpangina Zahorskiego lub choroba rąk, stóp i jamy ustnej z manifestacją głównie w okolicy podniebienia

miękkiego i łuków podniebiennych. Ten typ infekcji wymaga przede wszystkim działania miejscowego i zachowawczego. Zakażenia te trzeba różnicować z mononuleozą zakaźną oraz anginą paciorkowcową.

Wśród przyczyn ogólnoustrojowych dużą część stanowią choroby śluzówkowo-skinne (liszaj płaski nadżerkowy (RYC. 18), choroby pęcherzowe, przewlekłe wrzodziejące zapalenie jamy ustnej, rumień wielopostaciowy wysiękowy). Zmiany w jamie ustnej niekiedy mogą być jedyną manifestacją tych chorób bez zajęcia skóry. W zaburzeniach hematologicznych można dodatkowo obserwować plamice, krwawienie z dziąseł, rozrosty, powiększenie węzłów chłonnych

oraz cechy infekcji grzybiczej, wirusowej czy bakteryjnej. W chorobach żołądka i refluksie żołądkowo-przełykowym zmianom w jamie ustnej będzie towarzyszyło uczucie pieczenia języka i gardła. Ponadto, w chorobie trzewnej i nieswoistych zapaleniach jelit mogą występować zmiany o typie aft z cechami niedoborów hematologicznych. W chorobie Leśniowskiego-Crohna dodatkowo błona śluzowa może przybierać obraz kostki brukowej, a wargi ust ulegać zapaleniu ziarniniakowemu, co w 10% przypadków na kilka miesięcy może wyprzedzać rozpoznanie tej choroby. Również choroby reumatyczne, takie jak: toczeń rumieniowaty, zespół Sweeta, zespół Reitera, a także zapalenia naczyń, takie jak: zespół Behçeta, guzkowe zapalenie tętnic, zapalenie naczyń Wegenera i olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic mogą prezentować owrzodzenia w jamie ustnej.

Postępowanie z owrzodzeniami w jamie ustnej zależy przede wszystkim od zdiagnozowanej przyczyny. W terapii miejscowej należy uwzględnić działania zebrane w **TABELI 7**.

Farmakoterapia miejscowa preparatami powlekającymi/osłaniającymi, umożliwi izolację wykwitów od środowiska jamy ustnej i uśmierza doznania bólowe. Postępowanie to nie ma co prawda wpływu na częstość pojawiania się nowych wykwitów, ale przyspiesza gojenie, ogranicza ich rozwój oraz w znaczny sposób poprawia komfort życia.

Nie bez znaczenia jest konsystencja preparatu i jego zdolność do utrzymywania się na zmienionej tkance. Składniki takie jak poliwinylpirolidon (PVP) czy kwas hialuronowy mają zdolność szybkiego tworzenia stabilnej warstwy (filmu) na powierzchni tkanki, pełniąc rolę bariery mechanicznej. Przylegając do uszkodzonej śluzówki jamy ustnej, długotrwale zmniejszają dyskomfort związany z bólem wywołanym częstym podrażnieniem odstąpiętych zakończeń nerwowych. Warstwa utworzona z PVP może zawierać różne związki o działaniu sprzyjającym gojeniu się błony śluzowej jamy ustnej (w tym substancje roślinne i kwas hialuronowy – związki wspomagające naturalny proces gojenia uszkodzonych tkanek). Obecność śliny w jamie ustnej oraz ruchy języka stanowią duże utrudnienie dla utrzymania się preparatów na zmienionej chorobowo błonie śluzowej, dlatego bardzo ważna jest odpowiednia konsystencja preparatu i jego zdolności adhezyjne do błony śluzowej jamy ustnej.



RYC. 18. LISZAJ PŁASKI NADŻERKOWY

TABELA 7. MIEJSCOWE LECZENIE OWRZODZEŃ W JAMIE USTNEJ

Miejscowe leczenie owrzodzeń w jamie ustnej
<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie przyczynowe!!! • Eliminacja miejscowych czynników drażniących • Dieta łagodna • Eliminacja środków do higieny jamy ustnej z laurylosiarczanem sodu • Preparaty przeciwzapalne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze • Płukanki / żele / spraye osłaniające (poliwinylpirolidon, kwas hialuronowy, wyciągi i słuzy roślinne) • Płukanki stosowane po terapiach przeciwnowotworowych – przesycony roztwór fosforanów i wapnia • Środki znieczulające (lidokaina, anestezyna, beznokaina) • Niesteroidowe leki przeciwzapalne NLPZ (np. diklofenak, deksketoprofen) • Preparaty odkażające (chlorheksydyna, triklosan) • Środki przyspieszające gojenie • Laseroterapia, terapia fotodynamiczna • Usunięcie chirurgiczne

Warto dobrać odpowiednią formę preparatu do rodzaju i umiejscowienia zmiany oraz wieku pacjenta. Najbardziej praktyczną formą preparatu działającego miejscowo wydaje się żel. Idealnie sprawdza się w leczeniu pojedynczych, ograniczonych zmian w jamie ustnej. W trudno dostępnych miejscach w obrębie jamy ustnej, na tylnej ścianie gardła, dobrym wyborem będzie forma sprayu. Umożliwi ona

aplikację bez zbędnego narażania dziecka na wywołanie odruchu wymiotnego. Gdy zmiany są rozlane – warto wybrać formę płynu, która najłatwiej pokryje zmienione chorobowo miejsca w jamie ustnej.

Ważne jest, aby preparat stosowany u dzieci miał akceptowalny smak, był wygodny i szybki w aplikacji, zarówno w łatwo dostępnych częściach jamy ustnej (narażonych na uraz mechaniczny – wargi, podniebienie twarde, dziąsła, język, policzki), jak i w miejscach trudno dostępnych (podniebienie miękkie, tylna ściana gardła, łuki podniebienne), oraz nie miał działania drażniącego.

Należy mieć na uwadze, że preparaty steroidowe oraz zawierające witaminę A można stosować tylko

i wyłącznie pod ścisłą kontrolą lekarza, a te, które w swoim składzie mają alkohol lub pochodne kwasu acetylosalicylowego wręcz utrudniają gojenie się wykwitów nadżerkowo-wrzodziejących w jamie ustnej. U dzieci powinno się unikać regularnego stosowania preparatów zawierających pochodne kwasu p-hydroksybenzoesowego, jak również pochodnych acetanilidu. Wiele preparatów na afty i uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej dostępnych na rynku nie jest zarejestrowanych do stosowania u dzieci. Inne mają liczne ograniczenia dotyczące wieku dziecka oraz częstości dawkowania, o czym również należy pamiętać.

Piśmiennictwo:

1. Cowan G.M., Lockey R.F.: Oral manifestations of allergic, infectious, and immune-mediated disease, *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2014, 2(6), 686-96.
2. Górka R.: Diagnostyka i leczenie chorób błony śluzowej jamy ustnej, *Med Tour Press International*, Otwock 2011.
3. Knychalska-Karwan Z.: Fizjologia i patologia błony śluzowej jamy ustnej, *Wydawnictwo Czelej*, Lublin 2009.
4. Scully C.: Choroby jamy ustnej – diagnostyka i leczenie, red. Górka R., Urban & Partner, Wrocław 2004.
5. Szymczak-Paluch M., Sieńko E., Kłosek S.: Afty nawracające w praktyce lekarskiej, *Derm. Dopl.* 2017, 2, 13-19.
6. Nowak M.: Afty i inne uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej u dzieci, *Świat Medycyny i Farmacji* 2017; 3(190), 3-9.