

## DZIECKO Z WADĄ SERCA U DENTYSTY

Na pytania Fundacji Najdroższa Blizna odpowiedzieli: **SŁAWOMIR GORTYCH** (Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Stomatologicznej przy Katedrze Chirurgii Stomatologicznej UM Wrocław) oraz **lek. dent. ARTUR PITUŁAJ** (Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej UM Wrocław).

### 1. KIEDY STOSOWAĆ PROFILAKTYKĘ INFEKCYJNEGO ZAPALENIA WSIERDZIA (IZW) U DZIECI Z WADAMI SERCA - CZY TYLKO PRZY STOMATOLOGICZNYCH ZABIEGACH CHIRURGICZNYCH TYPU WYRYWANIE ZĘBA, CZY TAKŻE PRZY LECZENIU KANAŁOWYM, PLOMBOWANIU CZY USUWANIU KAMIENIA?

Przede wszystkim to, czy konieczne jest zastosowanie profilaktyki powinno być uzależnione od dwóch czynników – po pierwsze: z jaką wadą mamy do czynienia u danego dziecka, a po drugie: jaki zabieg stomatologiczny ma być wykonany. Przede wszystkim, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków z 2019 roku profilaktyka antybiotykowa **nie jest** wskazana w przypadku każdej wady serca. Jej stosowanie uzasadnione jest tylko u czterech grup pacjentów z najwyższym ryzykiem wystąpienia IZW:

- pacjentów z wrodzoną wadą siniczą serca
- pacjentów po operacji naprawczej wady wrodzonej serca z zastosowaniem sztucznego materiału (wszczepionego zarówno podczas zabiegu chirurgicznego, jak i z użyciem technik przeszskórnych) do 6 miesięcy po zabiegu (okres niezbędny do endotelializacji sztucznego materiału) lub przez całe życie, jeśli pozostał rezydualny przeciek lub niedomykalność zastawki
- pacjenci po przebyłym epizodzie IZW
- pacjentów ze sztuczną zastawką serca (w tym wszczepioną przeszskórnie) lub pacjentów, u których do naprawy zastawki użyto sztucznego materiału

W każdym innym przypadku stosowanie profilaktyki antybiotykowej celem przeciwdziałania IZW nie jest potrzebne. Jeżeli więc rozpatrzyliśmy już pierwszy warunek (u których pacjentów myśleć w ogóle o antybiotyku), przechodzimy do drugiej kwestii – oceny, czy zabieg stomatologiczny, który ma zostać przeprowadzony, wiąże się z ryzykiem przedostania się bakterii jamy ustnej do krwi krążącej.

Profilaktyka wskazana jest przy wszystkich zabiegach, które wiążą się z przerwaniem ciągłości błony śluzowej jamy ustnej, gdy istnieje ryzyko powstania rany i krwawienia. Dlatego też nie jest ona konieczna np. przy wykonywaniu zdjęć RTG, zabiegach ortodontycznych czy protetycznych (wyciski, dopasowywanie protez/aparatów), zakładaniu wypełnień (potocznie zwane: plombowaniem) w ubytkach, które bezpośrednio nie kontaktują się z dziąsłem (np. w centrum powierzchni żującej zęba), usuwaniu szwów, po wypadnięciu zębów mlecznych lub po urazie warg czy błony śluzowej jamy ustnej.

Jest natomiast niezbędna w wszystkich innych zabiegach – jak poddziąsłowe usuwanie kamienia (skaling poddziąsłowy), opracowywanie ubytku i zakładanie wypełnienia zlokalizowanego na granicy z dziąsłem, leczenie kanałowe, ekstrakcje zębów, podcięcie wędzidełka etc.

### 2. KIEDY PODAWAĆ ANTYBIOTYK? TYLKO PRZED CZY PRZED I PO ZABIEGU?

Jeśli spełnione są dwa warunki, o których wspomniano powyżej, lekarz stomatolog winien zastosować profilaktykę antybiotykową IZW. Jej istotą jest podanie antybiotyku **przed** wizytą tak, aby w momencie rozpoczęcia i trwania zabiegu stomatologicznego antybiotyk osiągnął we krwi optymalne stężenie. To bakterie jamy ustnej przedostające się do krążenia ogólnego w czasie procedury stomatologicznej mogą infekować chorobowo zmienione tkanki serca lub sztuczne zastawki – stąd obecność antybiotyku we krwi w chwili ich pojawienia się w niej pozwala na ich natychmiastową inaktywację i eliminację.

Stosujemy schemat określany mianem „one-shot”, to znaczy podajemy doustnie jedną dawkę antybiotyku na godzinę przed zabiegiem. W świetle obecnej wiedzy, nie ma potrzeby kontynuowania profilaktyki po prostym zabiegu stomatologicznym.

Antybiotykiem z wyboru u dzieci jest amoksycylina (z grupy penicylin). Jeśli dziecko jest na nią uczulone, można zastosować lek alternatywny, najczęściej klindamycynę (z grupy linkozamidów).

Dalsze przyjmowanie antybiotyku po zabiegu nie jest konieczne, chyba, że były ku temu dodatkowe, inne wskazania. Na przykład: duża rozległość i przedłużający się zabieg, aktywna infekcja miejsca operowanego, występowanie ogólnoustrojowych objawów infekcji związanej z problemem stomatologicznym (np. gorączka przy utrudnionym wyrzynaniu zęba mądrości), przyjmowanie przez pacjenta dodatkowo leków immunosupresyjnych etc. Lekarz może podać antybiotyk dziecku w gabinecie przed wizytą lub wcześniej wystawić receptę na wybrany antybiotyk i pouczyć rodziców, żeby ci podali dziecku wymaganą dawkę odpowiednio wcześniej.

### **3. DLACZEGO DBANIE O ZDROWE ZĘBY JEST TAK WAŻNE U DZIECI Z WADAMI SERCA? CZY DLATEGO, ŻE KAŻDE OGNISKO ZAPALNE MOŻE POWODOWAĆ WIĘKSZE RYZYKO IZW I INNYCH POWIKŁAŃ UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO, W TYM ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH?**

Dokładnie, każde takie ognisko może być przyczyną rozwoju IZW, które jest nawet fachowo określane mianem „choroby odogniskowej”. Przez pojęcie „ognisko” rozumiemy zmianę zapalną w organizmie, najczęściej o przewlekłym przebiegu. Może być nią zapalenie przyzębia (potocznie zwane paradontozą), głęboka próchnica, polipy miazgi zęba, ropień i przetoka przy martwym zębie itp. Z tych to ognisk do krwioobiegu mogą wysiewać się bakterie. Ząb, wbrew temu, co niektórym się wydaje, jest bardzo mocno ukrwiony – w jego wnętrzu znajduje się tak zwana komora zęba wypełniona miazgą. Proszę sobie wyobrazić, że przepływ krwi przez miazgę komory zęba jest tak wysoki jak przez np. tkankę mózgową. Najlepiej świadczy to więc o fakcie, jak łatwo różne toksyny i bakterie z zniszczonego próchnicą głęboką zęba mogą przedostawać się do krwi. Zaś z krwioobiegami mogą w przeciągu kilku minut trafić do tak naprawdę wszystkich miejsc w organizmie i spowodować tam różnorakie uszkodzenia, stając się przyczyną wspomnianych chorób odogniskowych. Mogą więc być przyczyną wystąpienia IZW lub wielu innych poważnych schorzeń. Utrudniają także kontrolę glikemii u pacjentów chorujących na cukrzycę – związek ten jest wyjątkowo silny w świetle licznych badań naukowych. Dodatkowo obecność takich ognisk zwiększa ryzyko wystąpienia u matki przedwczesnego porodu/niskiej masy urodzeniowej. Wiele ze skutków funkcjonowania pacjenta z ogniskami chorobowymi w jamie ustnej wciąż nie jest poznanych lub są dopiero w fazie badań. Z każdym rokiem pojawiają się jednak nowe doniesienia, które stanowią kolejne dowody potwierdzające fakt, że dbanie o zdrowie zębów to nie tylko kwestia estetyki, ale zdrowia i w skrajnych przypadkach nawet życia!

Warto też tutaj wspomnieć fakt zachodzenia praktycznie ciągłego wysiewu bakterii jamy ustnej do krwioobiegu. Bakteriemia pojawia się bowiem nawet w trakcie żucia czy nawet mycia zębów. Stąd absolutnie najważniejszą rzeczą jaka dotyczy nie tylko dzieci, ale wszystkich osób zmagających się z podwyższonym ryzykiem IZW jest jak największe ograniczenie obciążenia bakteryjnego jamy ustnej poprzez utrzymywanie doskonałej higieny jamy ustnej i przeprowadzeniu sanacji jamy ustnej (leczenie ubytków próchnicowych, lakowanie zębów, regularna fluoryzacja, itd.).

### **4. CZY DZIECKU Z WADĄ SERCA MOŻNA PODAĆ ZNIECZULENIE MIEJSCOWE? CZY KAŻDY RODZAJ ZNIECZULENIA I SEDACJI JEST BEZPIECZNY? JAKICH PREPARATÓW UNIKAĆ?**

Wada serca sama w sobie nie jest dyskwalifikacją do znieczulenia miejscowego. Natomiast wybór najwłaściwszego środka znieczulającego jest nieustannie przedmiotem dyskusji wśród autorytetów świata medycyny i zdania w tym zakresie są podzielone. Nie podlega dyskusji, że do 4 roku życia jedynym polecanym środkiem do znieczuleń miejscowych jest czysta lidokaina. Wada serca nie stanowi przeciwwskazania do jej zastosowania. Niestety, lidokaina jest środkiem słabym. Znieczulenie to nie zawsze jest dostatecznie skuteczne aby przeprowadzić zabieg w pełni bezboleśnie, a więc komfortowo dla pacjenta. Stąd lekarze stomatolodzy chętnie sięgają po najpopularniejszy i skuteczniejszy niż lidokaina środek, czyli artykainę z dodatkiem adrenaliny w stężeniu 1:200 000. Adrenalina jest dodawana w kilku celach: aby zwiększyć siłę działania (skuteczność) znieczulenia, aby wydłużyć czas trwania działania jednej dawki (a więc zmniejszyć kolejność kolejnego „dostrzykiwania” leku), aby zmniejszyć wchłanianie leku do krwi (a więc zmniejszyć jego toksyczność) i zmniejszyć krwawienie podczas zabiegu. Z racji, iż adrenalina wpływa na układ krążenia, nie powinna być stosowana u dziecka z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca związaną ze współistniejącą wadą, czy w przypadku innych wyraźnych zaburzeń funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego. W innych przypadkach może być ona zastosowana. Ilość adrenaliny w takim znieczuleniu jest naprawdę niewielka (są to rozcieńczenia rzędu 1:200 000) i nie powinna wywołać ona realnego, negatywnego wpływu na pacjenta. Dodatkowo należy pamiętać, że adrenalina jest hormonem, który uwalnia się w naszym ciele z nadnerczy między innymi w momencie stresu, na przykład spowodowanego bólem. Wielu lekarzy jest zdania, że ilość adrenaliny, którą

pacjent jest w stanie sam „wyprodukować” podczas zabiegu z powodu stresu i bólu przez nieskuteczne znieczulenie jest większa niż ilość adrenaliny, jaką podaje się w znieczuleniu artykainą. Stąd takie rozumowanie uzasadnia, dlaczego warto zastosować znieczulenie artykainą z adrenaliną, nawet u dziecka z wadą serca. Istnieją też znieczulenia, w których zamiast adrenaliny dodawana jest noradrenalina – takie znieczulenia nie są rekomendowane u dzieci z wadami serca ze względu na znacznie silniejszy efekt kliniczny dotyczący obciążenia mięśnia sercowego.

## **5. NAJCZĘŚCIEJ ANESTEZJOLODZY ZALECAJĄ, BY PRZED ZABIEGAMI ZWIĄZANYMI Z INTUBACJĄ, CZY SZERZEJ NARKOZĄ, USUNĄĆ RUSZAJĄCE SIĘ ZĘBY, CO NIE BUDZI WĄTPLIWOŚCI. CZY NALEŻY TAKŻE WYLECZYĆ UBYTKI, NAWET TE W ZĘBACH MLECZNYCH?**

Oczywiście, nie tylko ze względów anestezjologicznych należy zawsze leczyć ubytki w zębach, także, a może nawet **zwłaszcza** w zębach mlecznych. Wynika to z kilku powodów. Po pierwsze – nieleczona próchnica jest ogniskiem zapalnym, a o jego negatywnym wpływie na organizm opowiadałem już w jednym z poprzednich pytań. Po drugie – pozostawienie takich ubytków sprzyja rozprzestrzenianiu się bakterii próchnicotwórczych na inne zęby. (Często tłumaczymy to dzieciom w taki sposób: w ząbku jest „dziura” w której zamieszkały złe robaki, które zjadają ząb. Jeśli wiertelkiem nie wykurzymy robaków i nie „zalepimy dziurki plasteliną” robaczki zaczną wędrować i zjadać kolejne zęby. Może ta „stomatologiczna bajka” przemówi niektórym rodzicom najlepiej do wyobraźni). Po trzecie, nieleczona próchnica może doprowadzić do nagłych, groźnych powikłań – trzeba pamiętać, że u dzieci próchnica zęba i procesy zapalne wokół zęba z próchnicą mają znacznie szybszy i drastyczniejszy przebieg niż u dorosłych. Może dojść do rozwoju ropni śródkostnych, a następnie podśluzówkowych, czyli zbiorowisk ropy pod błoną śluzową jamy ustnej. Należy pamiętać, że ropa w swoim składzie zawiera przede wszystkim bakterie! Nie dość, że jest to dla dzieci przyczyna bardzo silnego bólu, nierzadko też gorączki czy szczękoscisku, to taki ropień może powiększać się, szerzyć w tkankach miękkich i doprowadzać do zagrażających życiu powikłań jak na przykład ropowica dna jamy ustnej, gdzie rosnący obrzęk może doprowadzić do uniesienia języka i uduszenia. Poza tym nie zapominajmy o bliskości zębów w stosunku do tak ważnych struktur jak oko czy mózg – proces zapalny z zniszczonego zęba może szerzyć się w tym kierunku i być przyczyną bardzo groźnych, nieodwracalnych powikłań, z ślepotą włącznie. Dlaczego jeszcze należy leczyć ubytki? Dlatego, żeby dziecko nie straciło zęba przedwcześnie, przed naturalnym czasem, w którym dany ząb powinien „wypaść”. Wiele osób uważa, że „to nie problem, przecież w tym miejscu pojawi się wkrótce stały ząb”. Problem jednak jest. Po pierwsze dlatego, że bakterie z próchnicy zęba mlecznego mogą przenikać do kości i uszkadzać rozwijający się w niej związek zęba stałego, tak, że potem dzieciom wyrzynają się zęby stałe, ale są zdeformowane albo przebarwione. Po drugie, jeśli dziecko utraci mleczaka przedwcześnie, dziąsło w tym miejscu ulega silnemu zwłóknieniu, sąsiednie zęby przesuwają się w „puste miejsce” w sposób niekontrolowany i potem może być to przyczyną albo niewyrznięcia się zęba stałego. Konieczne staje się potem chirurgiczne odsłanianie zęba i sprowadzanie go do jamy ustnej z pomocą aparatu ortodontycznego. Słowem: dużo powikłań, konieczność prowadzenia trudnego i dość kosztownego leczenia – a wystarczyłoby w odpowiednim momencie wyleczyć próchnicę zęba i można byłoby tego wszystkiego uniknąć. Ostatnia uwaga o „nieleczeniu” zębów mlecznych, gdyż – jak wynika z mojej praktyki – jest to wciąż straszny problem wśród współczesnych rodziców. Naprawdę często trafiają na fotel pacjenci, których dzieciaki mają zaledwie trzy latka (czyli są w momencie, w którym dopiero powinno pokazać się w jamie ustnej wszystkie 20 mleczaków) i ich zęby w większości są zniszczone przez próchnicę do granicy dziąsła. Takie „pozostałości” zębów są dla dzieciaków przyczyną silnego bólu, uniemożliwiają jedzenie, powodują powstawanie ropni, przetok, gorączki... Niestety, stomatolog w takim momencie musi takowe zęby usunąć z powodu wspomnianych powikłań. Okazuje się potem, że dziecko w wieku trzech-czterech lat przez nieodpowiedzialność i bezmyślność swoich rodziców musi zostać zapisane do protetyka celem wykonania wyjmowanej, akrylowej protezy zębów – takiej jak u starszych osób. Bo nie ma już na przykład żadnych własnych górnych zębów! Jest to dla mnie osobiście straszny widok – trzylatek, który musi uczyć się nosić protezę jak emeryt. Nie wspominając o tym, że przez kolejne kilka lat będzie to dla niego powodem dyskomfortu, bo w takiej protezie nie można sobie pozwolić na jedzenie i żucie tak komfortowe, jak przy posiadaniu własnych zębów. Trzeba taką protezę dość często zmieniać na nową, bo dziecko rośnie i zwyczajnie przestaje mu ta proteza pasować – jak ubrania. Wymaga to licznych wizyt i zaangażowania dziecka, znalezienia odpowiedniego lekarza (niewielu stomatologów zajmuje się wykonywaniem protez dziecięcych). Stąd mój apel do wszystkich rodziców – dbajcie o zęby własnych pociech.

## **6. CZY DZIECI Z WADAMI SERCA MOGĄ MIEĆ ZĘBY LECZONE KANAŁOWO, CZY PODWYŻSZONE RYZYKO ZAKAŻENIA DO KRWI DYSKWALIFIKUJE JE Z TAKIEJ PROCEDURY (BO ZDANIA SĄ RACZEJ PODZIELONE...)**

Przed wszystkim nawet u w pełni zdrowych dzieci niezmiernie rzadkie jest leczenie kanałowe zębów

mlecznych. Jeśli natomiast myślimy o leczeniu kanałowym zębów stałych u dzieciaków z wadami serca, stomatolog musi wziąć pod uwagę kilka czynników. Po pierwsze – jaka to wada, czy i w jaki sposób była operowana. U dzieci z grup najwyższego ryzyka IZW (tych, które wymieniono w pierwszym pytaniu) leczenie kanałowe zęba stałego jest przeciwwskazane, gdyż może być on w przyszłości ogniskiem, stanowiącym punkt wyjścia IZW. Jeśli dziecko nie klasyfikuje się do żadnej z czterech wspomnianych grup, należy rozważyć, czy ma jakieś dodatkowe obciążenia przemawiające przeciwko leczeniu kanałowym (na przykład przyjmowane leczenie immunosupresyjne). Jeśli i tutaj nie znajdziemy przeciwwskazań, można pomyśleć o leczeniu kanałowym zęba stałego u takiego dziecka. Ważne jednak, żeby przy takim leczeniu spełnione były trzy założenia: po pierwsze, nienaganna higiena u dziecka, aby mieć przekonanie, że leczenie kanałowe ma tu jakikolwiek sens. Po drugie, musi być to wyjątkowo dokładne leczenie kanałowe – a więc najlepiej przeprowadzone pod mikroskopem. Po trzecie – tak jak u w pełni zdrowych pacjentów – konieczne są regularne wizyty kontrolne i okresowo wykonanie zdjęcia rtg leczonego kanałowo zęba, żeby upewnić się, że nie dzieje się z nim nic niepokojącego. Jeśli te warunki mogłyby zostać spełnione, oczywiście można rozważyć leczenie kanałowe. Chyba, że nie zgodzi się na to lekarz kardiolog – nierzadko bywa tak, że lekarz prowadzący dziecko stawia konkretne wytyczne dla stomatologa – na przykład, że prawidłowo przeleczone kanałowo zęby „mogą zostać”, albo że muszą być przed zabiegiem usunięte, nawet jeśli są dobrze wyleczone. Stąd warto, żeby rodzic wziął też pod uwagę opinię lekarza kardiologa.

## **7. CZY DZIECI, KTÓRE BIORĄ LEKI WYTRĄCAJĄCE WIT. K Z WĄTROBY (WARFARYNĘ, ACENOKUMAROL) CZY LEKI PRZECIWPŁYTKOWE (TYPU ACESAN, ACARD) POWINNY W SPOSÓB SZCZEGÓLNY PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO WIZYTY U DENTYSTY? NP. ODSZTAWIĆ LEK W CELU UNIKNIĘCIA NADMIERNEGO KRZAWIENIA W PRZYPADKU NP. USUWANIA ZĘBA? OBNIŻYĆ POZIOM INR (W PRZYPADKU PRZYJMOWANIA WARFARYNY, A WŁĄCZYĆ CLEXAN LUB INNY LEK)?**

Nigdy nie należy odstawiać żadnego leku przepisanego przez lekarza na własną rękę – wiąże się to z dużym ryzykiem poważnych powikłań zatorowo-zakrzepowych. Sposób postępowania u dzieci przyjmujących takie leki zależy od tego, jaki zabieg będzie prowadzony i jakie leki przyjmuje dziecko.

Jeśli mamy do czynienia z zabiegami, które nie wiążą się z ryzykiem krwawienia – na przykład fluoryzacja, lakowanie, leczenie próchnicy w obszarze zęba niekontaktującym się z dziąsłem – nie ma konieczności jakiegokolwiek modyfikacji leczenia przeciwzakrzepowego, niezależnie od jego rodzaju.

Przy innych zabiegach musimy wziąć pod uwagę najpierw ryzyko krwawienia.

Do zabiegów o małym ryzyku krwawienia zalicza się: znieczulenia, skaling naddziąsłowy i piaskowanie zębów, leczenie próchnicy, niepowikłana ekstrakcja jednego zęba lub zębów rozchwianych, leczenie kanałowe, szlifowanie zęba pod koronę protetyczną, wszczepienie pojedynczych implantów, usunięcie niewielkiej zmiany na błonie śluzowej laserem.

Do zabiegów o pośrednim ryzyku zaliczymy skaling poddziąsłowy, chirurgiczne usuwanie zębów, zabiegi w obrębie wędzidełek, wyłuszczenie małej torbieli, guza, usunięcie zmiany z błony śluzowej z pomocą klasycznego skalpela.

Do zabiegów o dużym ryzyku zaliczymy rozległe zabiegi z zakresu chirurgii onkologicznej, ortognatycznej czy szczękowo-twarzowej.

Kiedy już określimy ryzyko krwawienia, oceniamy, jakie leki przyjmuje dziecko.

Jeśli dziecko przyjmuje antagonistów wit. K (acenokumarol, warfaryna) i planowany jest zabieg o małym lub pośrednim ryzyku krwawienia przyjmuje się, że przy INR oznaczonym na 24 h przed zabiegiem mieszczącym się w granicy 2,0 zabieg jest bezpieczny. Niemniej warto uzyskać zgodę lekarza prowadzącego na przeprowadzenie takiego zabiegu stomatologicznego w warunkach ambulatoryjnych. Przy zabiegach o dużym ryzyku krwawienia bezwzględnie konieczna jest konsultacja z lekarzem prowadzącym i jego decyzja o tym, czy zabieg może odbyć się w warunkach ambulatoryjnych, a jeśli tak, to jak należy zmodyfikować leczenie przeciwkrzepliwe. Modyfikacja może polegać na przykład na tzw. terapii pomostowej, czyli stopniowym przejściu z leku jak warfaryna na heparynę drobnocząsteczkową (np. Clexane) w odpowiednim czasie przed zabiegiem stomatologicznym. Nigdy jednak stomatolog nie powinien zlecać takich modyfikacji na własną rękę! Leży to w gestii lekarza kardiologa/lekarza, który prowadzi chorobę podstawową/który zaordynował leki przeciwkrzepliwe. Stąd stomatolog planujący rozległy zabieg u pacjenta, który przyjmuje leki przeciwkrzepliwe powinien odesłać pacjenta na konsultację do lekarza prowadzącego, informując o planowanym zabiegu, ryzyku krwawienia z nim związanym i ewentualnie sugerując, jaką modyfikację leczenia przeciwkrzepliwego oczekuje

(np. przejścia na Clexane). Ostatecznie jednak decyzję w tym zakresie zawsze podejmuje lekarz – to on informuje pacjenta, jak ma zmodyfikować dawkowanie przyjmowanych leków czy też wystawia receptę na clexane, zleca dodatkowe badania krwi etc.

W przypadku pacjentów przyjmujących leki przeciwkrzepliwe nie istnieje możliwość „kontroli” tego, jak wpływają na krzepnięcie – bowiem u takich pacjentów wartości INR czy APTT pozostają w normie. Stąd zawsze warto poprosić o konsultację lekarza prowadzącego chorobę podstawową, aby uzyskać jego zgodę na zabieg.

## **8. JAK WYBRAĆ DOBREGO STOMATOLOGA DLA DZIECKA Z WADĄ SERCA?**

Przede wszystkim warto wybrać takiego stomatologa, z którym dziecko nawiąże nić porozumienia i któremu zaufa, z którym się „zaprzyjaźni”. Najlepiej wybrać, może nawet metodą prób i błędów, jednego stomatologa, u którego dzieciak będzie leczyl się regularnie – zwiększa to szansę na efektywną współpracę z obu stron, kiedy mały pacjent będzie już przyzwyczajony do jednego lekarza i z każdą kolejną wizytą u tego samego lekarza będzie zmniejszał się u niego niepotrzebny stres. Bardzo ważne jest odpowiednio wczesne rozpoczęcie współpracy z takim wybranym stomatologiem. Wielu rodziców popełnia błąd, przyprowadzając swoje pociechy do dentysty dopiero wtedy, gdy dziecko ma już kilka lat i zaczyna boleć je ząb. Wtedy już i tak zestresowane bólem dziecko dostaje kolejne stresowe bodźce – gabinet, nowy lekarz, procedury takie jak znieczulenie, które same w sobie bywają nieco bolesne... W takich momentach nawiązanie współpracy z dzieckiem bywa niezwykle trudne. A gdyby taki mały pacjent był już przez tak zwane „wizyty adaptacyjne” oswojony z stomatologiem i gabinetem – bo na przykład regularnie pojawiały się z rodzicami na przeglądach czy fluoryzacji – dużo łatwiej byłoby wdrożyć u niego leczenie, gdy zaszłaby taka potrzeba.

Ważne jest, żeby rodzice nie zniechęcali się początkową niechęcią, płaczem czy protestami dziecka. Miałem raz do czynienia z kilkuletnim chłopczykiem z autyzmem, który był niesamowicie zrażony do stomatologów. Z opowieści mamy wynikało, że nierzadko szarpał się z nią w gabinecie, biegał, uciekał, krzyczał, nie chciał usiąść na fotel. Spróbowaliśmy zatem dłuższej adaptacji – początkowo na moich wizytach mały siadał na fotelu na kolanach mamy, odbywaliśmy spokojne rozmowy, dawałem dotknąć mu narzędzi, pobawić się dmuchawką, lusterkiem czy ssakiem, opowiadałem, co będziemy robić. Początkowo były to mało inwazyjne procedury („ogłądanie ząbków”, „smarowanie ich lekarstwem przeciw robaczkom”, „czyszczenie szczoteczką”). Z czasem sprawiło to, że chłopiec zaczął sam siadać na fotelu i bez problemu zgadzał się na podanie sobie znieczulenia czy wyleczenie zęba. Wszystko jest do wypracowania – ale wymaga odpowiedzialności rodziców i sumienności w odbywaniu regularnych wizyt u stomatologa, odpowiedniego „przygotowania” dziecka w domu przez rozmowę i jeszcze – a może przede wszystkim – nie straszenia dzieci („nie będziesz myć zębów to pójdziemy do dentysty i zobaczysz!”). Bo takie straszenie obróci się kiedyś przeciwko rodzicom, gdy naprawdę pilnie trzeba będzie pójść z dzieckiem do stomatologa, a ono wtedy już będzie nastawione bardzo negatywnie.

## **9. JAKIE SĄ OPCJE LECZENIA ZĘBÓW U "NIEWSPÓŁPRACUJĄCYCH" DZIECI Z WADAMI SERCA? WG MNIE SEDACJA WZIEWNA N2O/O2 LUB EWENTUALNIE PEŁNA NARKOZA - CZY POMINĘŁAM JESZCZE JAKIEŚ INNE OPCJE, KTÓRE DZIECKA, RODZICA I STOMATOLOGA NERWOWO NIE WYKOŃCZĄ?**

Tak, u dzieci niewspółpracujących można przeprowadzić zabiegi w sedacji wziewnej z użyciem podtlenku azotu – jest to rozwiązanie, które nie wymaga zaawansowanego przygotowania pacjenta ani obecności anestezjologa. Istnieje też możliwość leczenia w pełnej narkozie po znieczuleniu dożylnym – tu jednak wymagany jest ośrodek dysponujący odpowiednią salą zabiegową i zespół, w którym poza lekarzem stomatologiem znajdować się będzie lekarz anestezjolog, który będzie indukował narkozę i czuwał nad pacjentem w jej trakcie.

**Na pytania Fundacji Najdroższa Blizna odpowiedzieli: Sławomir Gortych (Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Stomatologicznej przy Katedrze Chirurgii Stomatologicznej UM Wrocław) oraz lek. dent. Artur Pitulaj (Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej UM Wrocław). Dziękujemy!**