tom 13, nr 4, 250–254
ISSN 1425–4956

Marta Skiba, Marta Kusa-Podkańska, Joanna Wysokińska-Miszczuk
Katedra i Zakład Periodontologii Akademii Medycznej w Lublinie

Wpływ stanu jamy ustnej na jakość życia osób w starszym wieku

The influence of the oral condition on the menthal and phisical well-beeing of elderly people

Abstract
The condition of the oral cavity significantly influences mental and physical well-being of the individual. This study presents a range of complaints in elderly patients treated in the Department and Chair of Periodontology of Medical University in Lublin. Interrelation between oral and systemic disease was studied. The relevance of complex medical and dental care in the elderly is underlined.

key words: *the oral cavity condition, burning mouth syndrome, xserostomia*

Wstęp

Starość człowieka zależy w dużej mierze od postawy i osobistego zaangażowania. Aktywność, optymizm i pogoda ducha są cechami, na które wpływa między innymi stan zdrowia. Zachowane własne uzębienie lub posiadane prawidłowe uzupełnienia protetyczne, a także brak dolegliwości ze strony zębów, tkanek przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej warunkują prawidłowe funkcje odżywiania, zapewniają estetyczny wygląd, zapobiegają zaburzeniom psychicznym — depresji czy kancerofobii oraz wpływają na jakość komunikacji międzyludzkiej. Wykazano, iż stan jamy ustnej wpływa istotnie na dobrostan psychiczny i fizyczny każdego człowieka oraz na możliwość jego pełnego uczestnictwa w życiu osobistym i społecznym. W niniejszej pracy wskazano na konieczność kompleksowej — lekarskiej i stomatologicznej — opieki nad osobami starszymi w celu zapewnienia jak najlepszej jakości ich życia.

Powikłania spowodowane utratą uzębienia oraz dolegliwości ze strony jamy ustnej powodują, że „jesień życia, która może się stać najpiękniejszą porą roku, może się stać jesienią słotną i bezowocną" [1, 2]. Dlatego istotne znaczenie mają zagadnienia medycyny starszego wieku, uwzględniające problemy z zakresu gerostomatologii.

Adres do korespondencji: asystent Marta Skiba
Katedra i Zakład Periodontologii Akademii Medycznej
ul. Karmelicka 7, 20–081 Lublin
tel.: (081) 532 44 41
e-mail: periodontologia@tlen.pl

W pracy przedstawiono dolegliwości, z jakimi pacjenci w starszym wieku zgłaszają się do Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej w Lublinie. Do najczęstszych i sprawiających największe dolegliwości chorób należą: kserostomia, zespół palących ust (BMS, *burning mouth syndrome*), kandydoza jamy ustnej, choroby niedoborowe, protetyczne zapalenia jamy ustnej i przewlekłe zapalenia tkanek przyzębia. Zwrócono uwagę na wpływ stosowanej terapii wielolekowej w kontekście wymienionych schorzeń jamy ustnej. Zauważono również związek między obecnością zaburzeń psychicznych a procesem powstawania niektórych schorzeń dotyczących jamy ustnej, a także wpływ przewlekłego bólu jamy ustnej na ogólną kondycję psychiczną i fizyczną pacjentów. Ostatni problem dotyczy szczególnie tych chorób, których etiologii nie można określić, a tym samym skutecznie leczyć.

Kserostomia

Kserostomię (*aptialismus*), nazywaną także suchością jamy ustnej, uznaje się za jeden z objawów starzenia się organizmu ludzkiego. Zmniejszenie wydzielania ślinianek może być spowodowane zmianami starczymi, a także występowaniem chorób o charakterze ogólnoustrojowym oraz terapią wielolekową. Obecnie uważa się, że kserostomia jest objawem towarzyszącym zaburzeniom o charakterze miejscowym i ogólnoustrojowym [3]. Etiologię powstania suchości jamy ustnej przedstawili Mason i Chisholm [4–6]. Wśród przyczyn miejscowych wyodrębniono głównie oddychanie ustami

oraz palenie tytoniu. Do przyczyn ogólnoustrojowych wystąpienia suchości jamy ustnej należą:

— czynniki związane z niedoborem witamin z grupy B, niedoborem Fe;
— zaburzenia wodno-elektrolitowe po znacznej utracie krwi, masywnych wymiotach i biegunkach, udarze cieplnym;
— cukrzyca niewyrównana;
— zaburzenia ze strony gruczołów ślinowych — zwyrodnienia, niedrożność przewodów wyprowadzających, stany zapalne ślinianek, urazy, radioterapia okolic głowy i szyi, zespół Sjögrena;
— choroby ośrodkowego układu nerwowego, choroby psychiczne (depresja, schizofrenia), stany emocjonalne (lęk, niepokój);
— reakcja na leki przyjmowane ogólnoustrojowo, będąca osobniczą odpowiedzią organizmu na rodzaj, dawkę, drogę podania leku;
— interakcje lekowe występujące w przypadku przyjmowania więcej niż jednego preparatu [3, 6, 7].

Wyróżnia się dwie postacie kserostomii: prawdziwą, w której występuje zmniejszenie wydzielania śliny oraz kserostomię objawową (rzekomą), w której prawidłowej funkcji ślinianek towarzyszą subiektywne objawy suchości i pieczenia jamy ustnej. Objawy kserostomii prawdziwej w postaci zmniejszenia wydzielanej śliny albo jej braku, pieczenia i palenia jamy ustnej są bardzo uciążliwe dla pacjentów i powodują trudności w mówieniu, jedzeniu i połykaniu oraz prawidłowym odczuwaniu smaku. Powoduje to brak apetytu, a w konsekwencji — niedobory żywieniowe. W jamie ustnej obserwuje się nasiloną próchnicę zębów, stany chorobowe błony śluzowej jamy ustnej (atrofię brodawek języka, kandydozę, owrzodzenia, stomatopatie protetyczne), stany zapalne tkanek przyzębia oraz obecność *fetor ex ore*. Dolegliwości wpływają niekorzystnie na stan emocjonalny osób starszych, sprzyjając obniżeniu nastroju, pojawieniu się stanów nerwicowych, depresyjnych czy kancerofobii, w konsekwencji prowadząc do spadku jakości życia [3, 6, 8].

Inną przyczyną powstania objawów suchości jamy ustnej jest negatywny wpływ leków przyjmowanych ogólnoustrojowo. Do suchości jamy ustnej może prowadzić stosowanie takich preparatów, jak: leki o działaniu moczopędnym, przeciwdepresyjnym (trójpierścieniowe), leki hipotensyjne (enalapril, kaptopril), neuroleptyki lub leki przeciw chorobie Parkinsona [7]. Istnieje około 400 leków, których stosowanie może powodować wystąpienie objawów kserostomii [4]. W tym przypadku zmiana stosowanych preparatów leczniczych zazwyczaj poprawia ilość wydzielanej śliny. Leczeniem kserostomii zajmują się stomatologowie, jednak stanowi ona również problem dla lekarzy innych specjalności.

Problem lekowy u pacjentów w starszym wieku jest złożony i wynika z kilku czynników, do których należą zmiany zachodzące z wiekiem w farmakodynamice leków (zmniejszenie wchłaniania leków, zmniejszona rezerwa wątrobowa i nerkowa), zmniejszenie tolerancji na leki, ale także wielolekowość i polipragmazja [9]. Należy również pamiętać, że niektóre leki wywołują u osób starszych objawy toksyczne, których nie obserwuje się u osób młodych.

Zespół palących ust

Zespół palących ust, obok kserostomii, jest jedną z częstszych chorób jamy ustnej występujących u osób starszych [10–13]. Charakteryzuje się wystąpieniem subiektywnych dolegliwości w postaci odczucia pieczenia, palenia lub też drętwienia błony śluzowej jamy ustnej. Pieczenie narasta w ciągu dnia, osiągając największą intensywność wieczorem, utrudniając niekiedy zaśnięcie. Na błonie śluzowej jamy ustnej nie dostrzega się za pomocą badania klinicznego żadnych patologicznych zmian. Wyróżnia się trzy typy BMS, które różnią się czasem trwania dolegliwości oraz stopniem ich nasilenia [10]. Typ I BMS charakteryzuje się: brakiem dolegliwości w nocy, pojawieniem się objawów w ciągu dnia oraz ich stopniowym narastaniem; najsilniejsze pieczenie występuje wieczorem, objawy są każdego dnia. W typie II BMS objawy pojawiają się zaraz po przebudzeniu, trwają cały dzień i występują codziennie. W typie III BMS objawy nie występują codziennie, pacjenci mówią o dniach bez pieczenia. Grushka i Zakrzewska zauważyli, iż w wypadku pojawienia się objawów BMS, należy zmienić nawyki konsumpcyjne. Pacjenci rezygnują z niektórych potraw z obawy przed pojawieniem się dolegliwości, co w niektórych przypadkach prowadzi do niedożywienia [14, 15]. Stają się nerwowi, skłonni do depresji. Mogą wystąpić objawy ogólne, takie jak: zmęczenie, niepokój, utrata łaknienia, bóle mięśni i stawów oraz objawy ze strony jamy ustnej: pieczenie, suchość, częstsze pragnienie, zaburzenia smaku (z przewagą smaku gorzkiego a także metalicznego) [10]. Etiologii zespołu BMS ostatecznie nie poznano. Zaobserwowano wiele czynników miejscowych i ogólnoustrojowych, które mogą wywołać objawy zespołu palących ust [10, 11].

Przyczynami miejscowymi są:

— alergeny kontaktowe: materiały używane do produkcji protez (matakrylan metylu, chlorek kobaltu, siarczan niklu), związki chemiczne z pokarmów oraz środków do higieny jamy ustnej (glikol pro-

pylenowy, kwas nikotynowy), kleje do protez (zawierające bis fenol A);
— niewłaściwie wykonane uzupełnienia protetyczne, mogące powodować urazy oraz zaburzenia w obrębie przestrzeni, w której porusza się język;
— infekcje *Candida albicans*, spowodowane brakiem dostatecznej higieny zarówno jamy ustnej, jak i stałych oraz ruchomych uzupełnień protetycznych oraz użytkowaniem niedopasowanych i starych protez;
— zaburzenia w stawie skroniowo-żuchwowym w następstwie wykonywania parafunkcji zwarciowych (zgrzytanie, zaciskanie zębów) oraz niezwarciowych (nagryzanie różnych przedmiotów lub języka, warg czy policzków);
— zaburzenia wydzielania śliny oraz zmiana jakości śliny po farmakoterapii, radioterapii lub paleniu tytoniu.

Przyczynami ogólnymi są:
— choroby przewodu pokarmowego, cukrzyca, zaburzenia hematologiczne;
— niedobory witamin z grupy B — B_1, B_2, B_6, B_{12};
— niedobór kwasu foliowego oraz żelaza;
— stan hormonalny w okresie przekwitania;
— zaburzenia psychiczne (kancerofobia, stany depresyjno-lękowe, inne zaburzenia psychiczne) oraz zaburzenia neurologiczne (choroba Parkinsona, neuralgia nerwu V, guzy występujące wzdłuż przebiegu nerwów);
— przewlekłe polekowe uszkodzenia (po stosowaniu atropiny, antybiotyków);
— radioterapia i chemioterapia;
— choroby dermatologiczne z objawami w jamie ustnej (liszaj płaski, pemfigoid, język geograficzny);
— zmiany zanikowo-zwyrodnieniowe [10, 11, 13].

Wykazanie czynnika sprawczego (miejscowego lub ogólnoustrojowego) wskazuje na występowanie objawów podobnych do zespołu palących ust w odróżnieniu od BMS, którego etiologia nie jest określona. Badania nad przyczynami BMS zwracają uwagę na zaburzenia w przesyłaniu informacji drogą smakową. Następuje brak odczuwania smaku gorzkiego oraz odczuwanie smaku metalicznego (tzw. „smak fantomowy") [15]. Inne badania wskazują na możliwość istnienia zaburzeń neurologicznych w odbieraniu i przekazywaniu odczucia bólu zlokalizowanego w jamie ustnej. Dotychczas nie potwierdzono hipotez mówiących o związku BMS z menopauzą. Sądzono, że stosując hormonalną terapię zastępczą, można wyleczyć BMS. Nie uzyskano jednak spodziewanego efektu leczenia. Ponadto nie istnieją dowody na jednoznaczny związek z występowaniem depresji i zespołu palących ust ze względu na trudności w określeniu, która jednostka wystąpiła jako pierwsza. Autorzy uważają, że BMS mógł wywołać zaburzenia psychiczne, a zespół palących ust — somatyczną postać lęku lub depresji. Na podstawie dostępnych badań wynika, iż u 50% osób z BMS występują objawy zaburzeń psychicznych. Wyniki badań wielu autorów potwierdzają konieczność szczególnie dokładnego badania oraz informacji pacjenta na temat istniejącej choroby. Istotne jest uświadomienie pacjentowi trudności leczenia oraz powszechności tej choroby. Brak wiedzy oraz niewłaściwa opieka lekarska powodują u pacjentów niepokój, a w konsekwencji nasilają odczuwane objawy chorobowe. Zespół palących ust stanowi trudny problem zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Wymaga doskonałej współpracy stomatologów, internistów, ginekologów, dermatologów, a także psychologów i psychiatrów oraz samego pacjenta.

Kandydoza jamy ustnej

Grzybica jamy ustnej jest zakażeniem wywołanym przez grzyb drożdżopodobny ze szczepu *Candida*. U osób w starszym wieku, które noszą uzupełnienia protetyczne, najczęściej występuje: przewlekła kandydoza zanikowa (*candidiasis chronica atrophicans*) i zapalenie kątów ust (*cheilitis angularis*), przewlekła kandydoza rzekomobłonicza (*candidiasis pseudomembranacea chronica*) oraz przewlekła kandydoza rozrostowa (*candidiasis chronica hiperplastica*).

Przewlekłą kandydozę zanikową wywołują grzyby ze szczepu *Candida*, które rozwijają się pod płytą protezy. Najczęściej występuje u kobiet w starszym wieku noszących częściowe lub całkowite uzupełnienia protetyczne, które pozostają w jamie ustnej na noc. Schorzenie to powodują także urazy związane z żuciem, szorstka, niedopasowana płyta protezy, zaleganie resztek pokarmowych pod uzupełnieniami protetycznymi oraz kwaśne, beztlenowe środowisko, jakie tworzy się pod płytą protezy. Do przyczyn ogólnoustrojowych najczęściej należą niedobory żywieniowe, brak witamin, żelaza, zaburzenia immunologiczne, choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, mocznica, niedokrwistość, choroby nerek, choroba nowotworowa) lub też leki przyjmowane ogólnoustrojowo (antybiotyki, kortykosteroidy, cytostatyki). Objawy dotyczą głównie miejsca przylegania płyty protezy. Najczęściej na podniebieniu twardym widoczny jest rozlany rumień, czasami dodatkowe złuszczanie nabłonka, a po dłuższym występowaniu choroby — przerost brodawczakowaty. Bardzo często towarzyszącym schorzeniem jest **zapalenie kątów ust (*cheilitis angularis*)**. Jest to zakażenie grzybicze oraz gronkowcowo-paciorkowcowe. Przyczynami miejscowymi są: pobruzdowanie skóry kątów

ust, wiotkość mięśni twarzy, zaniedbania higieniczne jamy ustnej, zaburzenia zgryzu, zmniejszenie wysokości zwarciowo-zgryzowej, noszenie niedopasowanych dostawek protetycznych, nadmierne ślinienie i zaleganie śliny w kątach ust lub suchość jamy ustnej. W kątach ust są widoczne symetryczne, bolesne pęknięcia z odczynem rumieniowym, strupy, brązowe i ziarninujące guzki. Pacjenci mają kłopoty z otwieraniem ust.

Przewlekła kandydoza rzekomobłonicza (*candidiasis pseudomembranacea chronica*) jest zakażeniem wywołanym przez powierzchniowy rozrost grzyba *C. albicans.* Występuje głównie u osób dorosłych, u których została zniszczona prawidłowa mikroflora po zastosowaniu antybiotyków czy steroidów, u chorych na cukrzycę, z niedoczynnością przytarczyc, cierpiących na niedobory odpornościowe lub po chemioterapii. Objawem jest biała, rozlana, gładka płytka o wyglądzie zsiadłego mleka, którą można zetrzeć, pozostawiając powierzchnię rumieniową z krwawiącymi punktami, obejmująca policzki, podniebienie miękkie oraz język. Czynnikami sprzyjającymi powstaniu **przewlekłej kandydozy rozrostowej (*candidiasis chronica hiperplastica*)** są: przewlekłe drażnienie (np. uzupełnieniami protetycznymi), kserostomia oraz zła higiena jamy ustnej. Ta postać kandydozy charakteryzuje się wystąpieniem białych lub czerwonych pól, umiejscowionych głównie na grzbiecie języka, podniebieniu lub w kątach ust, których nie można usunąć przez pocieranie. Postać tę należy różnicować z erytroplakią centkowaną, którą zalicza się do stanów przedrakowych [12, 16].

Stomatopatie protetyczne

Stomatopatie protetyczne (*stomatitis prothetica*) są to zmiany na błonie śluzowej, które wiążą się ze stosowaniem protez stomatologicznych (całkowitych lub częściowych), wykonanych z tworzywa akrylowego. Przyczynami są: uraz mechaniczny (złe przyleganie płyty protezy, nierówność, szorstkość części dośluzówkowej protezy), nieprawidłowa okluzja, infekcja grzybami drożdżopodobnymi (jako objaw wielu schorzeń ogólnych lub jako następstwo stosowania terapii ogólnoustrojowej), uraz chemiczny (wolny monomer, którego niewielkie ilości mogą pozostawać w płycie protezy akrylowej po procesie jej wytwarzania), zmiany błony śluzowej jamy ustnej powstające wraz z wiekiem (ścieczenie, zmniejszenie elastyczności i zwiększona podatność na urazy), choroby ogólnoustrojowe i zaburzenia wydzielania śliny.

Objawy kliniczne to: zmiany zapalne i obrzęk błony śluzowej oraz rozrostowe zapalenie błony śluzowej, ostro odgraniczone od sąsiadującej zdrowej tkanki, ziarniniak szczelinowaty, nadmierne rogowacenie błony śluzowej, owrzodzenia odleżynowe, bolesność podczas użytkowania protez, uczucie pieczenia i suchości, zaburzenia lub brak doznań smakowych czy też zapalenie kątów ust. Objawy te powodują trudność w użytkowaniu uzupełnień protetycznych, co w konsekwencji może prowadzić do upośledzenia mówienia, przyjmowania pokarmów oraz powstania zaburzeń sfery psychicznej pacjenta [12, 16, 17, 18].

Zapalenia zanikowe błony śluzowej

Zapalenia zanikowe błony śluzowej, występujące u osób w starszym wieku, najczęściej są wynikiem współistniejących chorób ogólnoustrojowych. Do przyczyn ogólnych zalicza się zwłaszcza choroby niedoborowe, które są spowodowane nieprawidłowym pożywieniem pod względem jakościowym i ilościowym, zaburzone wydzielanie śliny (np. zespół Sjögrena, choroba Mikulicza), zaburzenia hormonalne w menopauzie, zaburzenia czynności gruczołów wydzielniczych — cukrzyca, niedobory witamin z grupy B, witaminy PP, niedobór żelaza. Miejscowymi przyczynami są: zakażenie paciorkowcowo-gronkowcowe, grzybice, obniżenie wysokości zwarcia, zwiotczenie mięśni twarzy, alergiczne działanie protez lub stosowanie prądów elektrogalwanicznych. Objawy najczęściej dotyczą języka, gdzie zanik brodawek języka powoduje jego wygładzenie, zaczerwienienie oraz dolegliwości bólowe — pieczenie i palenie. Bardzo duże dolegliwości ze strony jamy ustnej występują u chorych na cukrzycę. Zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawa stanu błony śluzowej jamy ustnej zależą od przebiegu choroby podstawowej.

Podsumowanie

Choroby jamy ustnej są problem zdrowotnym dotyczącym całej populacji, niezależnie od wieku. Występują one szczególnie u osób starszych, u których wraz z wiekiem dochodzi do zmian w obrębie całej jamy ustnej. Zmiany te są następstwem naturalnego procesu starzenia się organizmu, a także w większości powstają w wyniku utraty tkanek twardych zębów oraz występowania wielu chorób ogólnoustrojowych, mających objawy również w jamie ustnej. Obserwuje się także negatywny wpływ terapii lekowej na stan błony śluzowej jamy ustnej. W niniejszej pracy wskazano na konieczność kompleksowej — lekarskiej i stomatologicznej — opieki nad osobami starszymi. Wieloprzyczynowość powstawania dolegliwości ze strony układu stomatognatycznego u tych osób wymaga równoległego wielospecjalistycznego leczenia stomatologicznego oraz ogólnolekarskiego.

Streszczenie

Stan jamy ustnej ma istotny wpływ na dobrostan psychiczny i fizyczny każdego człowieka. W pracy przedstawiono dolegliwości, z jakimi pacjenci w starszym wieku zgłaszają się do Katedry i Zakładu Periodontologii Akademii Medycznej w Lublinie. Badano związek zaburzeń występujących w jamie ustnej z obecnością współistniejących chorób ogólnoustrojowych. W pracy wskazuje się na konieczność kompleksowej — lekarskiej i stomatologicznej — opieki nad osobami starszymi.

słowa kluczowe: *stan jamy ustnej, zespół palących ust, kserostomia*

PIŚMIENNICTWO

1. Porzoch K., Kędziora-Kornatowska K., Polak A., Parzych M.: *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*. Gerontol. Polska 2004; 12: 165–168.
2. Kępiński A.: *Rytm życia*. Wydawnictwo literackie, Kraków 1978.
3. Pregiel B., Wrzyszcz-Kowalczyk A., Jankowska K., Bujwid-Jagielska I.: *Kserostomia jako ważny problem zdrowotny ludzi starszych*. Por. Stomat. 2005; V, 1: 48–51.
4. Knychalska-Karwan Z.: *Stomatologia geriatryczna*. *Collegium Medium* UJ, Kraków 1995; 83–109.
5. Cohen B., Thomson H.: *Dental care for the elderly*. Year Book Medical Publishes Inc. 1986: 70–78.
6. Jarząb G.: *Xerostomia-aptyalismus*. Mag. Stomat. 2002; 9 (131): 92–93.
7. Pochwalski M., Wojtowicz A.: *Suchość jamy ustnej — kserostomia — przyczyny, objawy, metody leczenia — przegląd piśmiennictwa*. Nowa Stomat. 2003; 4: 211–216.
8. Czajkowska E., Uchacz H., Gołębiewski J., Stadnicki P.: *Stan narządu żucia a poziom depresji w podeszłym wieku*. Czas. Stomat. 2002; LV, 9: 601–606.
9. Kosińska K.: *Problemy lekowe u starszych pacjentów*. Gerontol. Polska 2004; 12: 155–159.
10. Radwan-Oczko M., Ziętek M.: *Zespół pieczenia jamy ustnej BMS — frekwencja, etiologia i objawy — na podstawie piśmiennictwa*. Stomat. Współcz. 2001; 2 (8): 25–28.
11. Miller I., Kurnatowska A., Miller A., Rabe-Jabłońska J.: *Stomatodynia w świetle piśmiennictwa*. Czas. Stomat. 2003; LVI, 1: 30–34.
12. Knychalska-Karwan Z.: *Zagadnienia stomatologii geriatrycznej*. Mag. Stomat. 2000; 12 (112): 10–12.
13. Ilewicz L., Mykietów-Smalec B.: *Zespół pieczenia jamy ustnej — problemy: kliniczny i terapeutyczny*. Twój Mag Med.-Stomat. i Protet. 2002; VII, 2 (63): 44–47.
14. Zakrzewska J.: *The burning mouth syndrome remains an enigma*. Pain 1995; 62: 253–257.
15. Grushka M.: *Clinical features of burning mouth syndrome*. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987; 63: 30–35.
16. Langlais R.P., Miller C.S.: *Choroby błony śluzowej jamy ustnej*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.
17. Jarząb G.: *Pacjent w podeszłym wieku w gabinecie stomatologicznym*. Mag. Stomat. 2003; 1 (135): 60.
18. Spiechowicz E.: *Protetyka stomatologiczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.