

KAROLINA GERRETH

**Opieka stomatologiczna oraz problemy zdrowia jamy ustnej
u pacjentów w Ośrodku Rehabilitacji i Leczenia Trądu w Puri (Indie)
– doświadczenia własne***

Dental care and oral health problems in patients from the Karunalaya Leprosy Care Center in Puri
(India) – personal experience

W większości krajów rozwijających się duże trudności stanowi dostęp do opieki stomatologicznej, zarówno planowej jak i pomocy doraźnej. Spowodowane jest to przede wszystkim złą sytuacją socjalno-ekonomiczną mieszkańców, ale także brakiem lekarzy¹. Publikowane doniesienia wskazują, że w Indiach 90% lekarzy stomatologów praktykuje w miastach, podczas gdy 75% całkowitej populacji hinduskiej zamieszkuje tereny wiejskie². Sytuacja ta sprzyja występowaniu chorób jamy ustnej, w tym również próchnicy zębów, która dotyka niemal ogół populacji. Szczególnie problem braku stałego dostępu do leczenia stomatologicznego dotyczy grup izolowanych, takich jak na przykład kolonie trędowatych. Chorzy na trąd, ze względu na widoczne oszpecenia ciała, od wieków budzili ogólną niechęć współmieszkańców, co powodowało wykluczenie ich z życia ogółu społeczności.

Trędowatymi zamieszkującymi w Puri (Orissa, Indie) zajął się w 1975 roku Ojciec Marian Żelazek, SVD, polski misjonarz, który w Indiach przebywał od 1950 roku. Na terenie Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Trądu utworzył dla nich między innymi szpitalik z przychodnią oraz gabinet stomatologiczny, stanowiący miejsce pracy lekarzy stomatologów, którzy jako wolontariusze od kilkunastu lat przyjeżdżają z Polski i z Włoch.

¹ W. van Palenstein Helderman, F. Mikx, *Priorities in oral health care in non-EME countries*, „International Dental Journal” (2002) 52, s. 30-34.

² N. Shah, *Geriatric oral health issues in India*, „International Dental Journal” (2001) 51, s. 212-218.

W poniższym opracowaniu przedstawiono doświadczenia własne zebrane podczas dwóch wypraw medycznych z pomocą humanitarną, organizowanych przez Fundację Redemptoris Missio, do Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Trądu (Karunalaya Leprosy Care Center) w Puri, w 2001 i 2003 roku. Ponieważ priorytetem było przeprowadzenie zabiegów u jak największej liczby mieszkańców szczegółowe dane, dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej, obejmują jedynie część badanej i leczonej populacji. Informacje te były odnotowywane w specjalnie przygotowanych kartach, a następnie opracowywane przez autorkę.

Leczeniu stomatologicznemu poddawani byli trędowaci z wioski oraz dzieci z Beatrix School (szkoły, która powstała dla dzieci z rodzin trędowatych, dzięki inicjatywie Ojca Mariana Żelazka oraz funduszom sponsorów z Holandii), ale także osoby zamieszkujące poza kolonią. Podczas każdego z pobytów w Puri przyjęto około 350 – 400 pacjentów, u których wykonywano głównie wypełnienia ubytków próchnicowych. Uczniowie przyprowadzani byli do Ośrodka, w małych grupkach w godzinach porannych. U większości z nich przeprowadzane było leczenie zachowawcze, jednakże zdarzały się również ekstrakcje, zwłaszcza zębów mlecznych.

Podczas naszej wizyty w 2001 roku, włoski Czerwony Krzyż przekazał w formie darowizny dla Ośrodka nowy zestaw stomatologiczny. Niestety nie można było z niego korzystać ze względu na brak niezbędnego do jego pracy kompresora. Ubytki opracowywano więc wysłużoną wiertarką stomatologiczną usadawiając pacjentów na starym fotelu dentystycznym przy oświetleniu, które stanowiła żarówka umocowana na patyku. Używano także zestawu narzędzi ręcznych ART (Atraumatic Restorative Treatment), wypożyczonych przed wyjazdem z Kliniki Stomatologii Dziecięcej UM w Poznaniu. Chorych przyjmowano wtedy w pozycji leżącej na kozetce, a ubytki wypełniano cementem gładjonomerowym – Ketac Molar (przekazanym nieodpłatnie przez firmę 3M). Metoda ART, używana głównie przez dentystów na terenach gdzie nie ma dostępu do prądu elektrycznego, jest zabiegiem opartym na usunięciu zmienionych próchnicowo twardych tkanek zęba za pomocą narzędzi ręcznych i wypełnieniu ubytku materiałem adhezyjnym³. Niskie koszty leczenia, możliwość przeprowadzenia zabiegu poza gabinetem stomatologicznym oraz mała liczba narzędzi koniecznych do opracowania ubytku to niektóre z jej zalet⁴. W praktyce ten sposób leczenia został po raz pierwszy zastosowany w ramach pomocy humanitarnej w obozach uchodźców i w społeczeństwach pozbawionych opieki stomatologicznej. W połowie 1980 roku wprowadzono ją w Tanzanii, a w 1991 roku rozpoczęto szeroko zakrojone badania kliniczne w Taj-

³ K. Gerreth K, *Zastosowanie metody ART u chorych na trąd w Puri*, „Stomatologia Współczesna” (2003) 4, s. 25-29.

⁴ H. Limanowska-Shaw, B. Czarnecki, T. Kulczyk, *Skuteczność traumatycznego leczenia zachowawczego próchnicy zębów – trzyletnie obserwacje kliniczne*, „Czasopismo Stomatologiczne” (2000) 4, s. 205-209.

landii, gdzie porównywano wyniki uzyskane metodą ART z maszynowym opracowaniem ubytków wypełnianych amalgamatem⁵.

W 2001 roku, podczas pierwszej wyprawy do Indii, leczenie metodą ART przeprowadzono w 53 zębach stałych⁶. Po dwóch latach kontrola założonych wypełnień była możliwa w przypadku 26 wypełnień (49,1%). W kontrolnym badaniu klinicznym pozytywne wyniki leczenia uzyskano dla 21 wypełnień (80,8%)⁷. Dla porównania Frencken i wsp. w prowadzonych przez siebie obserwacjach, dokonanych w 24. i 36. miesięcy od momentu wypełnienia zębów, korzystając z tych samych kryteriów oceny, pomyślnie ocenili odpowiednio 92,0% i 85,3% wypełnień⁸. Podczas drugiej wyprawy okazało się, iż nowy zestaw stomatologiczny jest już sprawny. Pomimo tego metoda ART była bardzo przydatna, gdyż umożliwiła przyjęcie większej liczby pacjentów, zwłaszcza tych obawiających się stomatologa.

Z chorymi przeprowadzono także wywiad dotyczący nawyków higienicznych. Wynikało z niego, iż większość dorosłych mieszkańców kolonii myje zęby raz dziennie przy użyciu gałązki z drzewa *Azadirachta indica*, nazywanej przez Hindusów neem tree. W Indiach gałązki neem tree są ogólnodostępne. Patyczki długości około 15 centymetrów sprzedawane są przez ulicznych handlarzy, zazwyczaj ułożone w pęczkach na ziemi. Hindusi rozgryzają gałązkę na jednym z końców tak, aby rozdzielone włókna tworzyły szczoteczkę, którą oczyszcza się wszystkie powierzchnie zębów. Bezpośrednio po wykonanym zabiegu przepłukują wodą jamę ustną, często jednak nadal pozostawiając w niej patyczek. Przypuszczać należy, że stymulacja wydzielania śliny zwiększa skuteczność zabiegu. Po kilkukrotnym użyciu przybór wyrzuca się, bądź odcina zużyty koniec i ponownie rozgryza go, aby rozdzielić włókna⁹. National Research Council w Waszyngtonie w publikacji: „Neem: Tree for Solving Global Problems” przedstawia szerokie zastosowanie jakie *Azadirachta indica* może znaleźć w medycynie, dzięki właściwościom przeciwwirusowym, przeciwalergicznym, przeciw pasożytniczym, przeciwmalarycznym oraz przeciwgrzybicznym. Nie wszystkie właściwości zostały jednakże jednoznacznie potwierdzone badaniami klinicznymi¹⁰. Z ze-

⁵ Tamże.

⁶ K. Gerreth, *dz.cyt.*

⁷ K. Gerreth, *Ocena kliniczna wypełnień w zębach leczonych metodą ART w Indiach*, „Poradnik Stomatologiczny” (2005) 29(1), s. 24-27.

⁸ J.E. Frencken, F. Makoni, W.D. Sithole, E. Hackenitz, *Three-Year Survival of One-Surface ART Restorations and Glass-Ionomer Sealants in a School Oral Health Programme in Zimbabwe*, „Caries Research” (1998) 32, s. 119-126.

⁹ C.D. Wu, I.A. Darout, N. Skaug, *Chewing sticks: timeless natural toothbrushes for oral cleansing*, „Journal of Periodontal Research” (2001) 36, s. 275-284.

¹⁰ F.R. Ruskin, B. Eugene, B. Schultz i wsp. *Neem, A tree For Solving Global Problems. Report of an Ad Hoc Panel of the Board on Science and Technology for International Development National Research Council. National Academy*, Washington 1992. Pełny tekst książki dostępny na stronie: www.nap.edu/books/0309046866/html.

branych danych własnych oraz relacji mieszkańców jednej z wiosek, potwierdziło się, że szerokie zastosowanie w medycynie ludowej znajdują również liście. Kora, korzenie oraz owoce tego drzewa są wykorzystywane w leczeniu ran, zmian skórnych, chorób układu oddechowego oraz robaczyc.

Z piśmiennictwa i obserwacji własnych wiadomo także, iż duża liczba Hindusów nałogowo żuje betel. Używkę sporządza się ze świeżych liści pieprzu betelowego, wapienia, tytoniu i owoców palmy – areca nut. Często dodawane są przyprawy nadające jej specyficzny smak¹¹. Zwyczaj żucia betelu posiada ogromną rolę socjalną i kulturową. W Indiach tradycja ta jest bardzo stara i określa się, iż spotykana jest od ponad 2 tysięcy lat¹². Ten środek o lekkim działaniu halucynogennym używany jest, przez część populacji hinduskiej, po każdym posiłku i żuty niemal przez cały dzień. Substancje te o czerwonym zabarwieniu powodują przebarwienie tkanek jamy ustnej, a po wielu latach stosowania prowadzą do zmiany koloru zębów na niemal czarny. U osób starszych często spotykana jest też nasilona abrazja zębów, zmiany w obrębie błony śluzowej, a także zmiany o charakterze przednowotworowym i nowotworowym uznawane jako następstwa stosowania tej używki¹³. Można również dopatrywać się znaczenia używki w utrzymaniu higieny jamy ustnej, gdyż niemal bezustannie jej żucie w pewnym stopniu wpływa na mechaniczne oczyszczanie powierzchni zębów oraz stymulację wydzielania śliny¹⁴.

Podczas pobytu w Ośrodku przeprowadzono badania dotyczące stopnia starcia zębów u nałogowo żujących betel. Badaniami objęto 85 pacjentów, w wieku 35-95 lat, którzy zgłosili się do gabinetu stomatologicznego. Oceny stopnia starcia zębów dokonano według 7-stopniowej skali Gerasimowa¹⁵. Wśród kobiet najwyższy odsetek osób znajdował się w grupie z 3 stopniem starcia (starcie zęba z naruszeniem zębiny), natomiast u mężczyzn z 5 stopniem (starcie do poziomu połowy korony), odpowiednio 53.3% i 45.0%¹⁶. Trzeba tutaj podkreślić także, że czynnikiem przyczyniającym się do znacznej abrazji zębów może być również dieta wegetariańska. Większość spożywanych przez Hindusów pokarmów jest pochodzenia roślinnego, ze względu na niski koszt i łatwą ich dostępność. Po-

¹¹ S.A. Norton Betel, *Consumption and consequences*, „Journal of the American Academy of Dermatology” (1998) 38 (1), s. 81-88.

¹² N. Kumar, R. Tripathi, *Putative role of betel (Piper betle L.) leaf chewing in oral hygiene*, „Plant Peroxidase Newsletter” (2000), issue 15, s. 45-48.

¹³ C.D. Wu, I.A. Darout, N. Skaug, *dz.cyt.*; F.R. Ruskin, B. Eugene, B. Schultz i wsp. *Neem, dz.cyt.*

¹⁴ K. Gerreth, *Stomatologiczne nawyki higieniczne Hindusów*, „Magazyn Stomatologiczny” (2005) 160 (4), s. 74-76; C.D. Wu, I.A. Darout, N. Skaug, *dz.cyt.*

¹⁵ A. Malinowski, W. Bożiłow, *Podstawy antropometrii. Metody, techniki, normy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Łódź 1997, s. 316.

¹⁶ K. Gerreth, *Starcie zębów w wybranej populacji hinduskiej żującej betel*, „Przegląd Lekarski” (2006) 63 (10), s. 882-886.

twierdzą to wyniki badań przeprowadzonych przez Sherfudhin i wsp., którzy ocenili stan uzębienia vegetarian zamieszkujących południowo-wschodnie Indie¹⁷. Autorzy spostrzegli znacznie większe starcie powierzchni zębowych w grupie stosującej tę dietę aniżeli w grupie kontrolnej.

W badaniach własnych u chorych spostrzeżono ponadto występowanie tzw. ubytków klinowych, czyli ubytków tkanek zmineralizowanych niepróchnicowego pochodzenia, zlokalizowanych w okolicy przyszyjkowej zębów. Zmiany widoczne były w obrębie od 2 do 8 zębów, różnych grup zębowych szczęki (sieka-czy, kłów, przedtrzonowców i trzonowców). Za czynnik etiologiczny przyczyniający się do ich powstawania można uznać zarówno znaczne siły powstające w trakcie żucia, jak również urazy mechaniczne związane z oczyszczaniem zębów przy pomocy patyczka z drzewa *Azadirachta indica*.

Na podstawie uzyskanych danych z badania klinicznego stanu uzębienia przeprowadzonego wśród 248 pacjentów, w wieku 5-95, występowanie choroby próchnicowej zębów odnotowano u 58,9% ogółu badanych. Dodatkowo obliczono intensywność próchnicy, wyrażoną średnią liczbą puw-z/PUW-z, a będącą sumą zębów z próchnicą (p-z/P-z), usuniętych z powodu próchnicy (u-z/U-z) oraz wypełnionych (w-z/W-z) i uzyskano wartość wynoszącą 4,35. U pacjentów w wieku rozwojowym spostrzeżono, iż na wartość wskaźnika w głównej mierze wpływała wartość liczby zębów z próchnicą, natomiast u osób starszych zębów usuniętych. Przypuszczać można, iż liczne zęby utracone zostały zarówno na skutek choroby próchnicowej jak i chorób przyzębia. Dostępne w piśmiennictwie wyniki badań innych autorów wskazują na częstsze występowanie chorób przyzębia u osób nałogowo żujących betel niż u badanych nie korzystających z tej używki¹⁸. Stąd też można sądzić, że obecność licznych braków zębowych w badanej populacji Hindusów może być spowodowana długotrwałym stosowaniem tej używki.

W podsumowaniu można stwierdzić, iż obecnie większość populacji światowej zamieszkuje kraje rozwijające się i z tego względu w najbliższej przyszłości właśnie ta ludność powinna zostać objęta programem promocji zdrowia jamy ustnej, co potwierdzają również doniesienia Pack'a¹⁹. Jednakże problem ten w szczególności dotyczyka ludności chorującej na trąd oraz inne choroby ma-

¹⁷ H. Sherfudhin, A. Abdullah, H. Shaik, A. Johansson, *Some aspects of dental health in young adult Indian vegetarian. A pilot study*, „Acta Odontologica Scandinavica” (1996) 54, s. 44-48.

¹⁸ K. Gerreth, *Starcie zębów w wybranej populacji hinduskiej żującej betel*, dz.cyt.; H. Sherfudhin, A. Abdullah, H. Shaik, A. Johansson, *Some aspects of dental health in young adult Indian vegetarian*, dz.cyt.; V. Baelum, S. Pisuithanakan, R. Teanpaisan, W. Pithpornchaiyakul, S. Pongpaisal, P.N. Papapanou, G. Dahlén, O. Fejerskov, *Periodontal conditions among adults in Southern Thailand*, „Journal of Periodontal Research” (2003) 38, s. 156-163.

¹⁹ A.R.C. Pack, *Dental services and needs in developing countries*, „International Dental Journal” (1998) 48 (supplement 1), s. 239-247.

jące negatywny oddźwięk w społeczeństwie, gdyż zmniejsza możliwość ich dostępu do opieki stomatologicznej. Stąd też niezwykle cenne wydaje się być udzielanie usług stomatologicznych tym osobom nawet w sposób doraźny, gdyż zezwala na wyleczenie znacznej liczby pacjentów. Należy przyznać również, iż niesienie pomocy ludziom biednym, spotyka się z ogromną wdzięcznością z ich strony i zachęca do kontynuacji podjętych już działań w przyszłości.

ABSTRACT

Dental care and oral health problems in patients from the Karunalaya Leprosy Care Center in Puri (India) – personal experience

Most people in developing countries have little or no access to organized oral health care or to basic emergency dental treatment. The main reasons are lack of dentists and poor socio-economic status. Particularly access to dental health is characteristic of isolated groups such as, e.g., lepers' colonies. The author presents her own observations gathered during two medical missions organized by the Redemptoris Missio Humanitarian Aid Foundation to the Karunalaya Leprosy Care Center in Puri, in 2001 and 2003. The paper describes the problems resulting from health status, methods of dental treatment and ways of teeth cleaning. The author's experience shows that even if dental aid is rendered at irregular intervals it allows to treat successfully a relatively high number of patients. The poor appreciate any dental help, which, in turn, encourages the dentist to continue his/her efforts in the future.

Key words:

Redemptoris Missio – Humanitarian Aid Foundation, Kurunegala Leprosy Care Center, Puri, Dental Care

Słowa kluczowe:

Fundacja Redemptoris missio, Kurunegala Leprosy Care Center, Puri, Opieka dentystyczna