

Postępowanie farmakologiczne u kobiety ciężarnej w gabinecie dentystycznym

Małgorzata Knaś

Pharmacological treatment of the pregnant woman in the dental office

Praca recenzowana

Katedra Kosmetologii, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
Kierownik: dr hab. n. med. Małgorzata Knaś

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Małgorzata Knaś
Stomatologia Dr Knaś i Wspólnicy Sp.j.
ul. Jaroszkowska 72, 15-157 Białystok
e-mail: knass@wp.pl

Streszczenie

Farmakologia to dział nauk medycznych dotyczący substancji czynnych stosowanych w produktach leczniczych. W artykule opisano, jakie leki przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwbakteryjne i środki znieczulające można zaordynować pacjentce ciężarnej w gabinecie stomatologicznym.

Abstract

Pharmacology is a branch of medical science concerning active substances used in medicinal products. This article describes what analgesics, anti-inflammatory, antibacterial and anesthetic agents can be ordered in a dental office to a pregnant patient.

Hasła indeksowe: ciąża, dentysta, farmakologia

Key words: pregnancy, dentist, pharmacology

Ciąża jest szczególnym okresem w życiu kobiety. Organizm ciężarnej przygotowuje się do stworzenia odpowiednich warunków dla rozwoju płodu. Następują zarówno zmiany fizyczne, jak i psychiczne. Troska i strach o zdrowie nienarodzonego dziecka są bardzo silne. Dlatego kobiety w ciąży obawiają się przyjmowania leków. Jednak niektóre choroby jamy ustnej i wykonywane zabiegi stomatologiczne wymagają podania substancji przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwbakteryjnych i znieczulających również kobietom ciężarnym.

Leki przeciwbólowe są stosowane w gabinetach stomatologicznych od dawna. W każdym przypadku, u każdego pacjenta, który tego wymaga, ból jest uśmierzany natychmiast. Następnie stale monitoruje się jego natężenie. Bardzo ważne jest, by u pacjentki ciężarnej zmniejszyć uczucie niepokoju, ponieważ stanowi on czynnik obniżający próg bólowy, czyli potęgujący doznanie bólu.

Drabina analgetyczna składa się z trzech stopni. Na pierwszym Światowa Organizacja Zdrowia umieściła analgetyki nieopiodowe, na drugim – słabe opioidy, na trzecim zaś – silne opioidy. W przypadku podawania leków przeciwbólowych za-

wsze stosuje się zasadę, że przy braku efektu przeciwbólowego po jednym dniu stosowania najsilniejszych dawek z niższego szeregu dodaje się leki ze stopnia wyższego. Niestety zasada ta nie dotyczy pacjentek ciężarnych, gdyż zgodnie z zaleceniami towarzystw ginekologicznych można u nich stosować tylko **analgetyki nieopiodowe w postaci paracetamolu**. Należy jednak pamiętać, że paracetamol jest pozornie bezpieczny, ogólnie dostępny i łatwy do przedawkowania. Kobieta ciężarna może przyjąć do 2 g/dobę (maksymalna dawka dobową wynosi 60 mg/kg masy ciała). Paracetamol jest najlepszą możliwą alternatywą dla znoszenia pooperacyjnych bólów zębowych. Jest to lek z wyboru dla dzieci, młodzieży i pacjentów ze zwiększonym ryzykiem gastroenteropatii po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych (NLPZ). Wszystkie inne leki z drabiny analgetycznej są niewskazane, chyba że wymaga tego dobro pacjentki. Popularne preparaty kwasu acetylosalicylowego (dawki 300 i 500 mg) nie są zalecane, gdyż mogą powodować poronienia. U pacjentek w ciąży nie ordynuje się również leków będących połączeniem paracetamolu i kodeiny lub tramadolu. W przypadku przedawkowego postępowania przeciw-

bólowego dopuszczalne jest jednorazowe podanie 1 g paracetamolu.

Odnosnie do **leków znieczulających miejscowo** istnieją dwie teorie. Pierwsza z nich głosi, że nie powinno się znieczulać pacjentek ciężarnych, gdyż preparaty znieczulenia miejscowego mogą niekorzystnie wpływać na płód. Według drugiej teorii nie ma przeciwwskazań do stosowania preparatów zawierających artykainę u kobiet ciężarnych; gorsze konsekwencje dla dziecka ma stres matki podczas leczenia stomatologicznego niż przeniknięcie do krwiobiegu minimalnych ilości adrenaliny. Jeżeli pacjentką jest kobieta karmiąca, termin wizyty u stomatologa powinien być wyznaczony zaraz po karmieniu, tak by do następnego karmienia upłynęły 2-3 godziny. Mleko matki poddanej działaniu stresu może mieć zmieniony smak.

U kobiet ciężarnych antybiotyk można podawać profilaktycznie tylko wtedy, gdy interwencja chirurgiczna wiąże się z podwyższonym lub wysokim ryzykiem zakażenia pooperacyjnego. Powinien on należeć do grupy **antybiotyków szerokowachlarzowych** i być podany jako one-shot (jeden strzał) podwójnej dawki jednorazowo przed zabiegiem. Przy dłuższej antybiotykoterapii antybiotyk musi być podawany najkrócej, jak to możliwe, i zawsze po konsultacji z ginekologiem położnikiem. Przy niewielkich zabiegach na wyrostku zębodołowym stosuje się dawki: 600 mg klindamycyny (*p.o.* 60 minut przed zabiegiem), 750 mg ampicyliny z sulbaktamem (*p.o.* 60 minut przed zabiegiem) oraz 500 mg azytromycyny (*p.o.* 60-180 minut przed zabiegiem). **Antybiotyki z grupy penicylin** są lekami I rzutu u kobiet ciężarnych i karmiących z zakażeniami zębopo-



Fot. Fotolia.com

chodnymi. Stosowane są preparaty ampicyliny (*i.v.* 500-2000 mg co 6 h; w ciężkich zakażeniach do 10 g na dobę; *i.m.* 500-1000 mg co 4-6 h), amoksycyliny (500 mg co 8 h lub 750 mg co 12 h; w zakażeniach przewlekłych, nawracających lub ciężkich – 1 g co 8 lub 12 h), amoksycylina z kwasem klawulanowym (375 mg co 8 h lub 625 mg co 12 h – stany lekkie; 1 g co 12 h – stany ciężkie). Należy pamiętać o możliwości wystąpienia u pacjentki ciężarnej **alergii na penicyliny**. Reakcja natychmiastowa występuje do 1 godziny od podania leku z grupy penicylin. Reakcja przyspieszona występuje od 1 do 72 godzin po podaniu antybiotyku, a reakcja późna po 72 godzinach i później od podania antybiotyku. Nadal nie istnieją testy, które w 100% wykluczają uczulenie na penicyliny. Jedną z najskuteczniejszych metod wykluczenia reakcji alergicznych po podaniu antybiotyków penicylinowych jest zebrany od pacjentki wywiad lekarski. Kolejną stosowaną grupą antybiotyków są **linkosamidy** (linkomycyna – *p.o.* 500 mg co 8 h, stany cięższe co 6 h; *i.m.* 10 mg/kg m.c. na dobę, stany cięższe – na 12 h;

klindamycyna – *i.v.* 4800 mg/dobę; *p.o.* 300 mg co 8 h, 600 mg co 12 h). Po amoksycylinie z kwasem klawulanowym klindamycyna jest lekiem I rzutu w antybiotykoterapii zakażeń zębopochodnych i przy występującym u pacjentki ciężarnej uczuleniu na antybiotyki penicylinowe. Zastosowanie znalazły również azytromycyna (*i.v.* 500 mg/1 x na dobę przez 2 dni; *p.o.* 500 mg/1 x na dobę przez 3 dni) oraz klarytromycyna (*i.v.* 1000 mg/dobę w 2 dawkach przez 1 h przez 2-5 dni; *p.o.* 500-1000 mg/dobę w 2 dawkach podzielonych). Przy antybiotykoterapii u kobiet ciężarnych musi być wdrożona **terapia lekami osłonowymi**. Mogą to być probiotyki, czyli wyselekcjonowane kultury bakteryjne *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium* spp., *Streptococcus thermophilus* i kultury grzybów *Saccharomyces* spp. lub prebiotyki, czyli substancje obecne lub wprowadzane do pożywienia w celu stymulacji rozwoju prawidłowej flory bakteryjnej jelit, oraz symbiotyki, czyli połączenia prebiotyku z probiotykiem. Preparaty te należy przyjmować 1 do 2 godzin przed zażyciem lub po zażyciu dawki antybiotyku.

Reasumując, kobieta ciężarna jest szczególnym pacjentem w gabinecie stomatologicznym, ale dostępne preparaty farmakologicznie pozwalają na bezbólowe i bezpieczne wykonywanie procedur dentystycznych u osób z tej grupy.

PIŚMIENICTWO

1. Kaczmarzyk T. i wsp.: Współczesna farmakoterapia w schorzeniach jamy ustnej i tkanek okolicznych. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
2. Kompendium Leków Pharmindex 2018.
3. Informacje udostępniane przez producentów poszczególnych preparatów.