

Parodontitida – jak ji poznat a léčit

Ivo Dřížal¹, Květa Prouzová¹, Jarmila Úlehlová²

¹Stomatologická klinika LF a FN UK Hradec Králové

²Privátní stomatologická praxe, Písek

Autoři shrnují základní příznaky parodontitidy a poznatky o možnosti a způsobu vedení léčby. Podtrhují, že základní příznaky přítomné již od počátku onemocnění jsou tři: a) krvácení gingivy, b) přítomnost parodontálních chobotů, c) resorpce alveolární kosti. Stanovení diagnózy se opírá o klinické potvrzení zánětu gingivy, sondáž parodontálních chobotů hlubších než 3,5 mm a resorpci alveolární kosti na rtg snímcích. Léčba se zaměřuje na: a) důsledné odstraňování dentálního plaku, b) sledování ústupu krvácivosti dásní, c) odstraňování zubního kamene a závadných výplní, případně korunek, d) hodnocení ústupu hloubky parodontálních chobotů. Pacient by měl svého ošetřujícího upozornit na krvácející dásně, protože by měl být řádně klinicky rentgenologicky vyšetřen a následně ošetřen.

Klíčová slova: parodontitida = nepřesně parodontóza, diagnostika parodontitidy, dentální plak, parodontální chobot, resorpce alveolární kosti.

Periodontitis – how to recognize and treat

The authors summarize the basic symptoms of periodontitis and knowledge about options and methods of treatment. They emphasize the three basic symptoms present since the beginning of the disease: a) gingival bleeding, b) presence of periodontal pocket, c) alveolar bone resorption. The diagnosis relies on clinical gingival inflammation confirmation, probing of periodontal pockets deeper than 3.5 mm and resorption of alveolar bone on X-ray image. Treatment is focused on: a) consistent removal of dental plaque, b) monitoring of bleeding gums retreat, c) removal of tartar and harmful fillings or jacket crowns, d) evaluation of the retreat depth of periodontal pockets. Patient should notify the doctor about bleeding gums because he should be properly examined clinically and roentgenologically and subsequently treated.

Key words: periodontitis = inaccurately parodontosis, diagnosis of periodontitis, dental plaque, periodontal pockets, alveolar bone resorption.

Prakt. lékař. 2012; 8(4): 164–166

Úvod

Parodontitida (parodontitis) je onemocnění velmi časté. V celé populaci je frekvence 15–20 % procent. Ve věkové kategorii 30–50 let se dostává frekvence tohoto onemocnění na vyšší hodnoty, které dosahují u nás a nověji i v USA na 50 % (1, 2). Mortalita zubů (příčina extrakcí) tvoří u této diagnózy asi 40–50 % ve Střední Evropě (3). Druhou nejčastější příčinou extrakcí zubů je zubní kaz. Péči o prevenci i ošetření kazu je věnována daleko větší pozornost než péči o parodont.

Problematika parodontitidy

Parodontitida je onemocnění, které ve své podstatě je možno označit jako infekční. Má i vztah k některým celkovým onemocněním (4, 5). Jde o zánětlivý destruktivní proces vyvolaný mikroorganismy dentálního zubního plaku (6). Z této skutečnosti vyplývá i cesta, jak onemocnění léčit, ale také, jak mu předcházet. Abychom mohli pacienta léčit, musíme o chorobě vědět, tedy co nejdříve ji diagnostikovat. Proto je nezbytné po onemocnění pátrat, respektive po příznacích umožňujících stanovení a tedy i rozpoznání tohoto onemocnění. Parodontitida má 3 základní příznaky, které jsou přítomny od začátku onemocnění a umožňují včasnou a bezpečnou diagnostiku (7). Jde o jas-

ně definovatelné symptomy, snadno rozpoznatelné a všeobecná známé, ale nejsou vždy brány zcela vážně ze strany ošetřujících, ale i pacientů, v úvahu. To je důvod, proč mnoho pacientů přichází pozdě na léčbu. Je mnoho co napravovat na straně ošetřujících, ale i zlepšovat informovanost naší veřejnosti.

Diagnostika parodontitidy se opírá o triádu tvořenou:

1. zánětlivými změnami parodontu
2. nálezem pravých parodontálních chobotů
3. potvrzením resorpce alveolární kosti

Jsou-li přítomny tyto 3 symptomy, je možno definitivně stanovit diagnózu parodontitidy.

1. Zánětlivé změny

Demonstrují se velmi časně. Upozorněním je krvácivost dásní. Pacient ji zjišťuje při čištění chrupu, při jídle, při drobném poranění, někdy i spontánně přes noc, kdy dochází i ke zbarvení např. polštářů. Mění se i barva dásní, která již není růžová, ale červenavá někdy až lividní. Zubní papily ztrácejí svůj ostrý trojúhelníkovitý tvar, jsou zaoblené, mizí jemně dolíčkovaný povrch vzhledu pomerančové kůry. Mění se na lesklý. Dáseň většinou nebolí, bývá lehce citlivější. Tyto změny může pozorovat a zjistit i pacient, lehce je nalezne zubní lékař i dentální

hygienistka. Zjistí je při vyšetření gingivy tupou sondou (WHO nebo parodontologickou). Obě mají zaoblený hrot. Vyšetření sondou odhalí po iritaci sondou krvácení dásní. Stupeň krvácení se většinou hodnotí indexem PBI (index krvácející papily) nebo jiným, např. dle Kovalové KOD (8). Indexy vyjadřují číselně, jaký je stupeň krvácení. Lze tedy snadno sledovat, zda se stav zlepšuje, či zhoršuje.

Krvácející dásně by vždy měly vzbudit pozornost. Důvodem je skutečnost, že tento stav není normální, nejčastější příčinou je nesprávně prováděná hygiena dutiny ústní. Signalizuje, že již probíhá zánět doprovázející parodontitidu nebo gingivitidu. Gingivitida se ve vysokém procentu mění v parodontitidu, která je závažným onemocněním. Pro potvrzení parodontitidy je třeba provést další vyšetření, která upřesní diagnózu.

Je třeba potvrdit či vyloučit přítomnost parodontálních chobotů a resorpci alveolární kosti.

2. Vyšetření parodontálních chobotů

Kalibrovanou sondou se měří hloubka parodontálního chobotu, tj. jak hluboko proniká zaoblený konec sondy pod dáseň. Tlak sondy musí být přiměřený, síla používaná je asi taková, jako když tlačíme zaobleným koncem sondy

mezi nehet a kůži, aby ještě nevznikala bolest. Toto vyšetřování se provádí buď orientačně indexem CPI, nebo přesně tak, že se vyšetří všechny zuby nejméně na 4 aproximálních ploškách mediálně i distálně, vestibulárně a orálně a hodnoty se zapisují. Přesnější je vyšetření na proximálních ploškách jak vestibulárně a orálně, celkem tedy na 6 místech. Jako normální hodnota se uvádí hodnota 3,5 mm. Vycházíme z hodnoty CPI, kde norma je 3,5 mm (9). Toto vyšetření provádí zubní lékař nebo dentální hygienistka.

Protože rozlišujeme choboty pravé (ty jsou součástí příznaků parodontitidy) a nepravé způsobené jen zvětšením objemu gingivy např. po podání léků, těhotenské gingivitidě, výraznějším zánětu, které nejsou součástí parodontitidy, je třeba tyto stavy odlišit.

3. Rtg vyšetření parodontu

Rtg vyšetření prokazuje, zda jde o pravé či nepravé choboty. Zjistíme-li na rtg, že je přítomna resorpce kosti, jde o chobot pravý, parodontitida je potvrzena. Nemá-li resorpce přítomna, jde o chobot nepravý. Diagnóza parodontitidy tedy nebyla potvrzena. Stupně resorpce alveolární kosti jsou různé. Nejmenším stupněm je resorpce lamina dura, tedy kostní kompakty na vrcholu interdentálního septa (obrázek 1). Pokročilejší je stav, kde došlo k resorpci interdentálního septa. U mladých jedinců se doporučuje rtg vyšetření skusovými snímky, kde je dobře zachycena i počínající resorpce lamina dura. U pokročilejších stavů se provádí paro status, který zachycuje stav alveolární kosti v horní i dolní čelisti. Není výhodný v případech, kdy potřebujeme znát zobrazení i periapikální krajiny. Rtg status intraorálních snímků zobrazuje stav alveolární kosti, tzn. i krajinu periapikální. Je potřeba větší počet rtg snímků. Toto vyšetření patří do rukou lékaře.

Souhrn z první části

Z uvedeného postupu vyšetření je patrné, že i pacient může sehrát aktivní roli v řešení problému parodontitidy, když sám upozorní na svůj problém. Má-li krvácení z dásní, měl by být náležitě vyšetřen. Z uvedeného textu také vyplývá, že viklavost nepatří do časných příznaků parodontitidy, ale do pozdních. Jinými slovy **diagnóza ve stadiu viklavosti zubů je diagnóza pozdní (7, 10, 11)**, diagnóza měla být stanovena dříve. Pro úspěšnou léčbu je třeba co nejčasnější stanovení diagnózy, kdy je terapie relativně snadná, rychlá a levná. Pacienti by si měli uvědomit, že parodontitida neboli,

ale přesto existuje. Není chybou upozornit, že mám krvácející dásně, aby se ověřilo, jak závažně je parodont postižen a jaký bude postup léčby, který povede k úpravě stavu. **Hlavním cílem je zastavit proces, začít léčit včas.**

Příčina vzniku parodontitidy

V etiologii parodontitidy dominuje dentální plak, který svými produkty vyvolává zánětlivou reakci gingivy. Je opakovaně prokázáno, že zánět vzniklý nahromaděným plakem se nechá léčit jeho systematickým odstraňováním (8, 12). Proto zavedení správné hygieny je nejpodstatnějším článkem v léčbě. Je třeba si uvědomit, že asi polovina gingivitid se postupně přemění v parodontitidu. Nesmíme tedy opomíjet léčit i gingivitidy, protože víme, že přibližně každá druhá se postupně promění v parodontitidu. Zatím nejsme schopni vysvětlit, proč některá gingivitida se mění v parodontitidu poměrně pozdě, jiná časněji. Jedině je prokázáno, že čím více plaku se hromadí, tím více je pravděpodobná proměna gingivitidy v parodontitidu.

Toto je jedno nebezpečí gingivitidy. Je zde ještě další? Ano, je. Nelze provádět lege artis kvalitní ošetření výplněmi při krvácejících zubních papilách. Rovněž ponechání neošetřeného parodontu je velkým rizikem pro zaváděné implantáty, kde hrozí častější poškození implantátů, tzv. periimplantitidy. Gingivitida je nepřijatelný stav i pro ortodontickou léčbu, protože zatěžování zubů se zanícenou gingivou způsobuje urychlenou resorpci alveolární kosti. Rovněž zhotovené můstky u zanícených (krvácejících) dásní mají zkrácenou trvanlivost.

Závěr k této části práce

Parodontitida je časté onemocnění. Je charakterizované od počátku krvácením dásní, vznikem postupně se prohlubujících parodontálních chobotů a na rtg prokazatelnou resorpcí alveolární kosti. Je třeba je časně diagnostikovat na základě krvácení dásní, průkazu parodontálních chobotů hlubších než 3,5 mm a resorpce alveolární kosti. Při diagnostice mohou hrát důležitou roli i pacienti, kteří upozorní na krvácející dásně. Na základě tohoto údaje by měl ošetřující vyšetřit stupeň krvácivosti, změřit hloubku parodontálních chobotů a provést rtg vyšetření BTW, parostatus nebo rtg status.

Nekrvácející dásně jsou podmínkou pro kvalitní ošetření konzervační, protetické, implantologické a ortodontické. Nekrvácející dásně jsou nejlepší prevencí vzniku parodontitidy.

Obrázek 1. Zcela zdravý parodont, nejsou známky zánětu, gingiva je růžová, nekrvácí při čištění



Obrázek 2. Pacient se špatnou hygienou, zbytnělá dásně. Příčinou je malhygiena



Obrázek 3. Zanedbaný chrup, zánět dásní, pokročilé kazy



Obrázek 4. Výrazná malhygiena, vysoké nánosy dentálního plaku, často zápach z úst



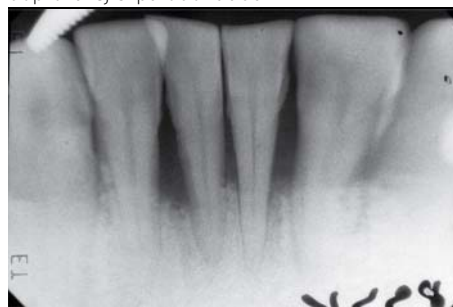
Obrázek 5. Obraz parodontitidy, kde byla částečně upravena hygiena, nejsou nánosy nedásňového dentálního plaku, ale nebyl odstraněn subgingivální zubní kámen



Obrázek 6. Pacient z obrázku 5 po odstranění poddásňového zubního kamene. Výrazné zlepšení stavu dolních řezáků, kde ustoupil zánět. Gingiva již nabírá růžovou barvu



Obrázek 7. Rentgenový snímek od téhož pacienta, kde je zřetelný úbytek kosti u dolních řezáků doprovázející parodontitidu



Jaký je postup po stanovení diagnózy parodontitidy?

Provést počáteční (iniciální) fázi terapie (2, 6, 7, 8, 12), což zahrnuje zavedení správné ústní hygieny a umožnění jejího správného provádění:

- Pacient musí být poučen, proč dásně krvácejí, že krvácení nezpůsobuje kartáček, ale zánět dásní vyvolaný předchozím nedokonalým čištěním. O významné úloze pacienta, která je v léčbě zánětu dásní rozhodující.
- Instruktaž je nutné **provádět přímo v ústech pacienta**, a to tak, že po instruktaži má vyčištěný celý chrup, protože **každá část chrupu má vlastní techniku čištění a jiné sklonky kartáčku (2, 5, 7, 12)**.
- Vytvoření podmínek pro umožnění řádné ústní hygieny (odstranění ZK, převislých výplní, vadných korunek, zvažení ortodontické léčby). Včasné výměny kartáčků – vhodná je výměna již **po 3 až 4 týdnech užívání. Kartáček potom velmi rychle ztrácí schopnost chrup správně vyčistit.** Osvědčují se **kartáčky středně tvrdé, rozhodně ne ultraměkké a měkké.**
- Instruktaž a motivace je nezbytné opakovat v **průměru ve 3 i více návštěvách**, ale musí se to **projevit na poklesu krvácivosti (PBI) nebo plak indexu. Nelepš-li se hygiena (pacient nespolupracuje), zvažme další setrvávání pacienta v léčbě!**

Pacient by měl vědět, že iniciální fáze, je-li řádně prováděna ze strany pacienta a ošetřujícího nebo dentální hygienistky, může vyřešit 70–80 % onemocnění parodontu. Jen asi 20 % pacientů s parodontitidou potřebuje chirurgické ošetření parodontálních chobotů. Jsou to stavy, kdy byl zastižen již velmi pokročilý stav parodontitidy nebo se jednalo o agresivní parodontitidu s rychlým postupem destrukce závažného aparátu. Agresivní parodontitidy jsou vzácnější formou.

Včasnou léčbou parodontitidy se ale neléčí jen místní následky zánětlivého destruktivního procesu, ale také se předchází možným celkovým komplikacím jako diabetes melitus, ateroskleróza, infarkt myokardu, které mají určitou vazbu na parodontitidu (5).

Zavedení řádné ústní hygieny odvisí od kvality a včasnosti diagnózy a jak kvalitně byl pacient informován a instruován, ale také na jeho schopnosti vše pochopit a dlouhodobě realizovat. Iniciální fáze se provádí v průběhu 6 týdnů až několika měsíců. Časová náročnost se odvíjí dle závažnosti postižení (6, 9).

e) Může to být jediný způsob ošetření parodontitidy (2, 6, 8, 12), jestliže po iniciální léčbě (fázi) je nález hloubky parodontálních chobotů ≤ 4 mm. Na tuto fázi může nasedat pokračování léčby v případech:

- Po iniciální fázi se zjistí parodontální choboty hlubší ≥ 5 mm s nálezem pozitivního BOP
- Pacient potřebuje nahradit ztracené zuby proteticky nebo např. implantátem – jde ale o léčbu protetickou
- Ortodontická terapie je indikována v případech nepravidelného uspořádání chrupu, které je nutno a možno upravit

Závěr

Parodontitida je onemocnění snadno diagnostikovatelné. Diagnózu potvrdí nález zánětlivých změn na gingivě, prohloubené parodontální choboty a resorpce kosti na rtg. Tato vyšetření může provést každý zubní lékař a dentální hygienistka.

Základní a nejdůležitější částí léčby je iniciální fáze zahrnující úpravu dentální hygieny, odstranění zubního kamene, úpravy převislých výplní a korunek. Důležitou podmínkou je provedení motivace pacienta a také jeho instruktaž o správném provádění čištění chrupu.

Iniciální terapií lze vyléčit 70–80 % parodontitid. Inicální hygiena může být někdy doplněna chirurgickou léčbou parodontu tehdy, jestliže se po provedení iniciální fáze naleznou parodontální choboty ≥ 5 mm, při 6 mm $\geq$ prakticky vždy.

Iniciální terapii může doplnit náhrada ztracených zubů proteticky nebo implantáty. Jiným způsobem je terapie ortodontická korigující nepravidelné uspořádání zubů v čelistech.

Léčba je náročná na spolupráci a pečlivost ošetřujících, ale také pacientů. Je nutné dodržovat systematický postup. Podmínkou úspěchu je časná diagnostika parodontitidy. Uspíšit diagnózu může i sám pacient upozorňující na krvácení z dásní.

Literatura

- Albandar JM. Underestimation of periodontitis in NHANES Surveys J Periodontol 2011; 82: 337–341.
- Dřížhal I. Problematika ošetřování onemocnění parodontu se zřetelem k spolupráci pacienta a časové náročnosti ošetřování, Lékařská Fakulta University Karlovy, Hradec Králové, 1990.
- Tonetti MS, Claffey N. European Workshop in Periodontology Group C. Advances in the progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and diseases progression for use in risk factor research. Group C Consensus report of the 5th European Workshop in Periodontology, J Clin Periodontol 2005; 32(Suppl. 6): 210–213.
- Duškova J, Broukal Z. Vztah onemocnění parodontu a diabetesu-metaanalýza výsledků průřezových a intervenčních studií, Čs Stomatol Prakt zub Lék 2003; 2(103): 63–77.
- Southerland JH, Taylor JW, Moss K, Beck JD. Offenbacher Commonality in chronic inflammatory diseases: Periodontitis, diabetes and coronary artery diseases Periodontology 2000; 40(2006): 130–143.
- Baderstern A, Nilveus T, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis, J Clin Periodontol 1981; 8: 57–72.
- Dřížhal I, Slezák R. Základy parodontologie, Praha Státní pedagogické nakladatelství 1993.
- Kovalová E, a kol. Orální hygiena II a III, Šidelský Pavol, Prešov, 1. vydání 2010.
- Bellini HT. Time factor in periodontal therapy. J Periodontol 1974; 9: 56–61.
- Dřížhal I. Klinické poznámky k problematice parodontitidy. Prakt Lékáren 2009; 5(Suppl. A): A2 9–A38.
- Dřížhal I, Kovalová E, Paulusová V, Sukumar S. Lze předcházet zánětlivým onemocněním parodontu a zubnímu kazu? Stomatolog 2010; 20: 3–9.
- Maňasková Z, Dřížhal I. Úspěšnosti iniciální fáze léčby zánětlivých postižení parodontu v podmínkách běžné stomatologické praxe, Čs Stomatol Prakt Zub Lék 2003; 103: 51–56.
- Roubalíková L. Co je dobré vědět o hygieně dutiny ústní I, II. Prakt Lékáren 2009; 5(Suppl. A): A6–A12, A13–A19.
- Susin C, Kingman A, Albandar J M, Effect of partial recording protocols on severity estimates of periodontal disease, J Periodontol 2005; 35: 659–667 diseases, Periodontology 2006; 200(40): 130–143.

Článek přijat redakcí: 29. 4. 2012

Článek přijat k publikaci: 11. 6. 2012

doc. MUDr. Ivo Dřížhal, CSc.

Stomatologická klinika LF a FN UK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
drizhal@volny.cz