EFP
New Classification
of periodontal and peri-implant diseases

03. Системні та інші пародонтальні стани

Керівництво для лікарів

- Численні системні порушення можуть впливати на початок та прогресування пародонтиту, або можуть негативно впливати на структури пародонту.
- Нова класифікація ясенних рецесій базується на апроксимальній втраті прикріплення та поєднує такі клінічні параметри, як фенотип ясен, та характеристики оголеної поверхні кореня.
- Оклюзійні сили можуть спричиняти пошкодження зубів та тканин пародонту.
- Умови, в яких розвивався зуб або набуті фактори, пов'язані із зубами та протезними конструкціями, можуть спричинити схильність до розвитку захворювань тканин пародонту.
- Пародонтальні абсцеси та ендо-періо ураження також можуть мати вплив на пародонт.



Автор **Søren Jepsen**

Опубліковано в березні 2019

© European Federation of Periodontology

EFP
European Federation of Periodontology

Вступ

Захворювання пародонту людини охоплюють широкий спектр станів, окрім захворювань ясен та пародонтиту. Деякі з них пов'язані з біоплівкою зубного нальоту, а інші виникають незалежно від накопичення біоплівки і можуть бути або модифіковані біоплівкою, або не мати від неї впливу.

Завданнями 3-ї робочої групи Всесвітнього воркшопу 2017 року було переглянути та оновити класифікацію 1999 року пародонтальних проявів системних захворювань, набутих станів та тих, що виникли під час розвитку, дати їм визначення та сформулювати діагностичні критерії.

Пародонтальні прояви системних захворювань та станів

Існують рідкісні системні порушення, такі як синдром Папійона-Лефевра, що призводять до раннього прояву тяжкого пародонтиту. Вони мають значний вплив на втрату тканин пародонту, спричиняючи їхнє запалення. Такі стани зібрані разом в термін „пародонтит, що є проявом системних хвороб", а класифікація базується на первинному системному захворюванні (з використанням кодів МКХ-10).

Захворювання пародонту охоплюють широкий спектр станів, окрім захворювань ясен та пародонтиту

Існують більш поширені системні захворювання - такі як цукровий діабет - які є важливими модифікаторами перебігу пародонтиту. Однак пов'язаний з діабетом пародонтит не слід розглядати як окремий діагноз - цукровий діабет зараз включений до нової клінічної класифікації пародонтиту як дескриптор у визначенні ступеня. Аналогічно, куріння - тепер розглядається як нікотинова залежність та хронічний рецидивуючий медичний розлад, що має серйозний негативний вплив на тканини пародонту - також включається як дескриптор у процесі визначення ступеня.

Інші системні стани, такі як неопластичні захворювання, можуть впливати на тканини пародонту, незалежно від запалення, спричиненого біоплівкою. Вони також класифікуються на основі первинного системного захворювання (з використанням кодів МКХ-10) і тепер об’єднуються як "системні захворювання або стани, що мають вплив на тканини пародонту“.

Випадок пародонтитного пацієнта з неконтрольованим цукровим діабетом. Це НЕ є випадок «пародонтиту як прямого прояву системного захворювання»



Пародонтит як прояв системного захворювання

Системні порушення, що мають значний вплив на втрату тканин пародонту, спричиняючи їхнє запалення:

- Генетичні розлади
  - Захворювання, пов'язані з імунними розладами (наприклад, синдром Папійона-Лефевра)
  - Захворювання, що вражають слизову оболонку ротової порожнини та тканини ясен (наприклад, бульозний епідермоліз)
  - Захворювання, що вражають сполучну тканину (наприклад, синдроми Елерса-Данлоса)
  - Метаболічні та ендокринні порушення (наприклад, гіпофосфатазія)
- Набуті імунодефіцитні захворювання (наприклад, ВІЛ-інфекція)
- Запальні захворювання (наприклад, запальні захворювання кишечника)

Інші системні порушення, що впливають на патогенез захворювань пародонту:

- Цукровий діабет
- Ожиріння
- Куріння (нікотинова залежність)

Системні захворювання або стани, що впливають на тканини пародонту

Системні порушення, які можуть призвести до втрати пародонтального прикріплення, незалежно від пародонтиту:

- Новоутворення (наприклад, плоскоклітинний рак)
- Інші порушення, які можуть мати вплив на тканини пародонту (наприклад, гістіоцитоз клітин Лангерганса)

Важливість фенотипу ясен тепер враховується

Мукогінгівальні стани

Важливість фенотипу ясен - включаючи товщину та ширину ясен - тепер визнана та представлена нова класифікація ясенних рецесій. Вона поєднує такі клінічні параметри, як фенотип ясен, апроксимальна втрата прикріплення та характеристики оголеної поверхні кореня.

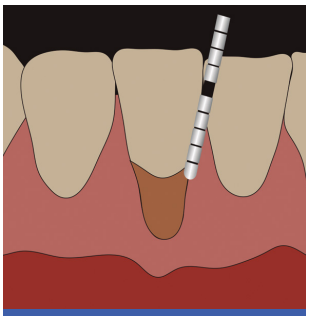
Класифікація мукогінгівальних станів (фенотипу ясен) та ясенних рецесій

	Ділянка ясен			Ділянка зуба	
	Глибина рецесії	Товщина ясен	Ширина кератинізованих ясен	CEJ (A/B)	Крок (+/-)
Рецесія відсутня					
RT1					
RT2					
RT3					

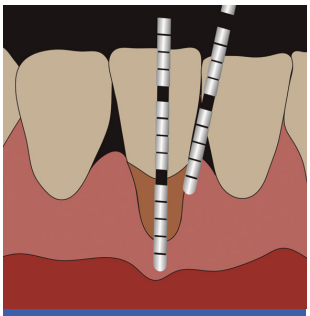
RT = тип рецесії (*Cairo та співавт. 2011*)

CEJ = цементно-емалеве з'єднання (КласA = виявлене CEJ, КласB = невиявлене CEJ)

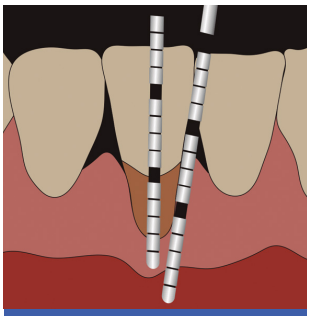
Крок = увігнутість на поверхні кореня (Клас+ = наявність цервікальної сходинки > 0.5mm. Клас– = відсутність цервікальної сходинки > 0.5мм) (*Pini Prato та співавт. 2010*)



RT1
- Немає втрати CAL
- Апроксимальне CEJ не візуалізується



RT2
-Наявна втрата апроксимального CAL
-Апроксимальна втрата CAL менша або рівна вестибулярній втраті CAL



RT3
- Наявна втрата апроксимального CAL
- Апроксимальна втрата CAL більша ніж вестибулярна втрата CAL

Мукогінгівальні стани класифікуються відповідно до фенотипу ясен, апроксимальної втрати прикріплення та характеристики оголеної поверхні кореня

Пацієнт з різного типу множинними ясенними рецесіями, фенотипом ясен на станом поверхонь коренів. Необхідна індивідуальна оцінка випадку для встановлення адекватного плану лікування.

(Фото: K. Jepsen).



Графічні зображення RT1, RT2, RT3 є власністю H. Dommisch.

Оклюзійна травма та травматичні оклюзійні сили

Травматична оклюзійна сила, яка замінює термін "надмірна оклюзійна сила" попередньої класифікації (1999), - це будь-яка оклюзійна сила, що призводить до ушкодження зубів
(надмірне стирання або фактура) та/або пародонтального прикріплення.

Оклюзійна травма є гістологічним терміном, що використовується для опису травми пародонтального прикріплення.

Наявність травматичних оклюзійних сил та оклюзійної травми можуть бути виражені одним або кількома наступними пунктами: (a) фремітус (адаптивна рухомість зуба), (b) прогресуюча рухомість зуба, (c)чутливість до зміни температур, (d) надмірне стирання, (e) міграція зубів (f) дискомфорт/біль при жуванні, (g) фрактури зубів, (h) рентгенологічно розширена періодонтальна щілина, (i) резорбція кореня, (j) гіперцементоз.

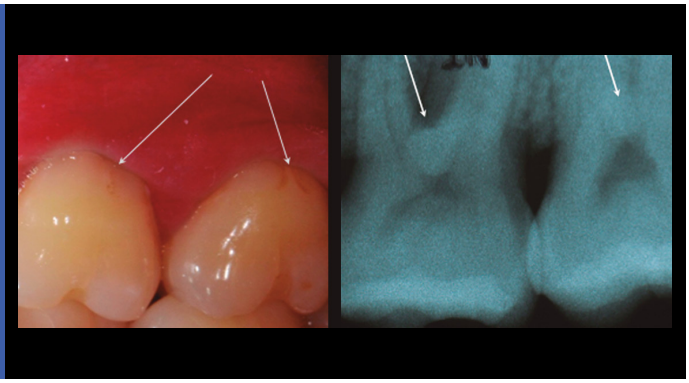
Слід зазначити, що деякі ознаки та симптоми травматичних оклюзійних сил та оклюзійної травми можуть також бути пов'язані з іншими станами. Тому необхідно провести відповідний диференційний аналіз, щоб виключити інші етіологічні фактори. Травматичні оклюзійні сили призводять до адаптивної рухомості зубів

з нормальним прикріпленням (первинна оклюзійна травма) та до прогресуючої рухомості зубів з редукованим прикріпленням (вторинна оклюзійна травма), що зазвичай вимагає шинування.

В дослідженнях на людях немає доказів того, що травматичні оклюзійні сили пришвидшують прогресування пародонтиту або що вони можуть спричиняти некаріозні цервікальні ураження або рецесії ясен.

Проекції емалі в цервікальну зону є прикладом зубного фактору, що може бути причиною схильності до втрати пародонтального прикріплення – в цьому випадку тяжке ураження вестибулярної фуркації першого моляра.

(Фото: K. & S. Jepsen).



Фактори, що пов'язані із зубами та протезними конструкціями

"Травматичні оклюзійні сили" заміщують попередній термін "надмірні оклюзійні сили"

Класифікація факторів, що стосуються зубів та протезних конструкцій, що можуть мати вплив на пародонт
A. Локалізовані зубні фактори, що модифікують або спричиняють схильність до захворювань ясен/пародонтиту, що спричинені зубними відкладеннями
1. Анатомічні зубні фактори
2. Фрактури кореня
3. Цервікальна резорбція кореня, розриви цементу
4. Близько розміщені корені
5. Змінене пасивне прорізування
B. Локалізовані фактори, що стосуються зубів та протезних конструкцій
1. Краї реставрацій, розміщені в межах супракрестального сполучнотканинного прикріплення
2. Клінічні маніпуляції, що пов'язані з виготовленням непрямих реставрацій
3. Реакції гіперчутливості/токсичності на стоматологічні матеріали

Цей розділ розширений в новій класифікації. Він охоплює всі фактори, що модифікують або спричиняють схтльність до захворювань ясен/пародонтиту, що спричинені біоплівкою.

- Термін "біологічна ширина" заміщується терміном "супракрестальне прикріплення тканин", що включає в себе сполучний епітелій та супракрестальне сполучнотканинне прикріплення.
- Порушення країв реставрації в межах супракрестального сполучнотканинного прикріплення асоційоване із запаленням та втратою пародонтального прикріплення.

- Дизайн, спосіб виготовлення, матеріали та спосіб фіксації реставрацій з опорою на зуби або таких, що утримуються зубами, та незнімних протезних конструкцій можуть бути асоційовані з накопиченням зубного нальоту, ясенними рецесіями та втратою пародонтального прикріплення.
- Анатомічні чинники зубів (напр., проекції емалі в цервікальну зону, емалеві перлини, заглиблення, що з'явилися в процесі розвитку), близьке розташування коренів, аномалії та фактури, співвідношення зубів в зубному ряді пов'язані із запаленням ясен, що спричинене біоплівкою зубного нальоту та втратою пародонтального прикріплення.

Пародонтальний абсцес

Визначення: Пародонтальний абсцес - це локалізоване скупчення гною, розміщене в межах ясенної стінки пародонтальної кишені/борозни, що спричиняє значне ушкодження тканин. Первинні виявлені ознаки або симптоми, асоційовані з пародонтальним абсцесом, можуть проявлятись овоїдним потовщенням ясен вздовж латеральної частини кореня і кровоточивістю при зондуванні. Інші ознаки та симптоми включають біль, гноєтечу при зондуванні, глибокі пародонтальні кишені та збільшену рухомість зуба.

Пародонтальні абсцеси можуть спричиняти стрімку деструкцію тканин та можуть скомпрометувати прогноз зуба

Пародонтальний абсцес може розвиватись в давніх пародонтальних кишенях - наприклад, у пацієнтів з нелікованим пародонтитом, у тих, хто перебуває на підтримуючій терапії, після скейлінгу і згладження кореня або після системної антимікробної терапії. Пародонтальний абсцес з'являється в ділянці, яка попередньо була пародонтально здоровою і, загалом, асоційований із впливом шкідливих звичок в анамнезі.

Класифікація пародонтальних абсцесів. що базується на етіологічних факторах			
Пародонтальний абсцес у пародонтитних пацієнтів (обов'язкова наявність давніх кишень)	Гостра форма/ загострення	Нелікований пародонтит	
		Не відповідає на пародонтологічне лікування	
		Підтримуюча пародонтальна терапія	
	Після лікування	Після скейлінгу	
		Після хірургічних маніпуляцій	
		Після медикаментозного лікування	Системні антибіотики
			Інші ліки: Ніфедипін
Пародонтальний абсцес у непародонтитних пацієнтів (не обов'язкова наявність давніх пародонтальних кишень)	Ретинований зуб		Флос, ортодонтичні еластики, зубочистки, кофердам, попкорн
	Шкідливі звички		Кусання нігтів чи ортодонтичної дуги, клацання зубами
	Ортодонтичні фактори		Ортодонтичні сили та перехресний прикус
	Розростання ясен		
	Пошкодження поверхні кореня	Тяжкі анатомічні дефекти	Зуб з інвагінацією, *dens evaginatus*, або одонтодисплазією
		Незначні анатомічні дефекти	Розриви цементу, емалеві перлини, або заглиблення, що з'явились в процесі розвитку
		Ятрогенні фактори	Перфорації
		Тяжкі пошкодження кореня	Фісури або фрактури, синдром тріснутого зуба
		Після хірургічних маніпуляцій	

Ендо-періо ураження

Ендо-періо ураження слід класифікувати відповідно до ознак та симптомів, що чинять прямий вплив на їх прогноз та лікування (такі як наявність або відсутність фрактур та перфорацій, і наявність або відсутність пародонтиту).

Визначення: Ендо-періо ураження являють собою патологічний зв'язок між пульпою та тканинами пародонту зуба, що можуть проявлятись в гострій та хронічній формах. Первинними ознаками, асоційованими з цими ураженнями, є глибокі пародонтальні кишені, що поширюються до верхівки і/або негативні/змінені реакції тестів на вітальність пульпи.

Інші ознаки/симптоми можуть включати: (a) рентгенологічні докази втрати кістки в ділянках верхівки та фуркації, (b) раптовий біль або біль при пальпації/перкусії, (c) гнійний ексудат/гноєтеча, (d) рухомість зубів, (e) поява нориці/фістули, (f) зміна кольору коронки і/або ясен.

Ознаки, що спостерігаються при ендо-періо ураженнях, асоційовані з травматичними і/або ятрогенними факторами і можуть включати перфорації кореня, фрактури/тріщини або зовнішні резорбції кореня. Ці стани значно погіршують прогноз ураженого зуба.

Ендо-періо ураження проявляються в гострій та хронічній формах

Класифікація ендо-періо уражень		
Ендо-періо ураження з ушкодженням кореня	Фрактура або тріщина кореня	
	Перфорація кореневого каналу або пульпової камери	
	Зовнішня резорбція кореня	
Ендо-періо ураження без ушкодження кореня	Ендо-періо ураження в пародонтитних пацієнтів	*Ступінь 1* - вузька глибока пародонтальна кишеня на одній стороні зуба
		Ступінь 2 - широка глибока пародонтальна кишеня на одній стороні зуба
		Ступінь 3 - глибока пародонтальна кишеня на більш ніж одній стороні зуба
	Ендо-періо ураження в непародонтитних пацієнтів	*Ступінь 1* - вузька глибока пародонтальна кишеня на одній стороні зуюа
		Ступінь2 - широка глибока пародонтальна кишеня на одній стороні зуба
		Ступінь 3 - глибока пародонтальна кишеня на більш ніж одній стороні зуба

Ендо-періо ураження (Ступінь 3) в пародонтитного пацієнта (Фото: H. Dommisch)



Матеріали для подальшого опрацювання:

Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions,
co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti.
Journal of Clinical Periodontology, Volume 45, Issue S20, June 2018.

В публікацію включено:

- Jepsen S, Caton JG, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: S219-S229.
- Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: case definitions and diagnostic considerations: S171-S189.
- Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions and diagnostic considerations: S190-S198.
- Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations: S199-S206.
- Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors: S207-S218.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases) and endo-periodontal lesions: S78-S94.
- Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions, S162-S170.

Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011; **38**: 661-666.

Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol*. 2010; **81**: 885-890.

Автор



Søren Jepsen

Søren Jepsen – професор та керівник кафедри пародонтології, оперативної та перевентивної стоматології Університету Бонн в Німеччині. Він працював у виконавчому комітеті Європейської Федерації Пародонтології (EFP) як керівник її досллідного комітету (2004-2010), як член правління (2012-2017), та як президент (2015-2016). Він також був співкерівником організаційного комітету для AAP/EFP Всесвітнього Воркшопу з класифікації захворювань та станів тканин пародонту та періімплантних тканин (2017), науковим керівником EuroPerio9 (2018). Професор Jepsen виступає з лекціями та широко публікується, отримав безліч нагород, а також є редактором Journal of Clinical Periodontology та членом редакторської колегії журналів Clinical Oral Implants Research, European Journal of Oral Implantology, та Chinese Journal of Dental Research.

EFP
New Classification
of periodontal and peri-implant diseases

Нова класифікація захворювань та станів тканин пародонту та періімплантних тканин

Нова класифікація є продуктом Всесвітнього Воркшопу з класифікації захворювань та станів тканин пародонту та періімплантних тканин, який відбувся в Чикаго в листопаді 2017 року.

Всесвітній Воркшоп був організований спільно Американською Академією Пародонтології (AAP)та Європейською Федерацією Пародонтології (EFP), щоб створити консенсусну базу знань для нової класифікації, яка має просуватись у всьому світі. Нова класифікація оновлює попередню класифікацію, зроблену в 1999 році. Дослідження та звіти про консенсус Всесвітнього Воркшопу були опубліковані одночасно в червні 2018 року в Journal of Clinical Periodontology та Journal of Periodontology. Нова класифікація була офіційно представлена двома організаціями на конгресі EuroPerio9в Амстердамі в червні 2018 року.

EFP
European
Federation of
Periodontology

Про EFP

Європейська Федерація Пародонтології (EFP) – це організація з 35 національних наукових товариств, присвячена просуванню наукових досліджень, освіті та обізнаності про пародонтологічну науку та практику. Тільки в Європі представлено понад 14 000 лікарів, що спеціалізуються на здоров'ї тканин пародонту та ясен. Окрім 31 європейського члена федерації, EFP нещодавно прийняла чотирьох членів з Азії, Близького Сходу та Латинської Америки.

www.efp.org
www.efp.org/newclassification

European Federation of Periodontology
Avenida Doctor Arce, 14. Office 38
28002 Madrid
Spain