



EFP

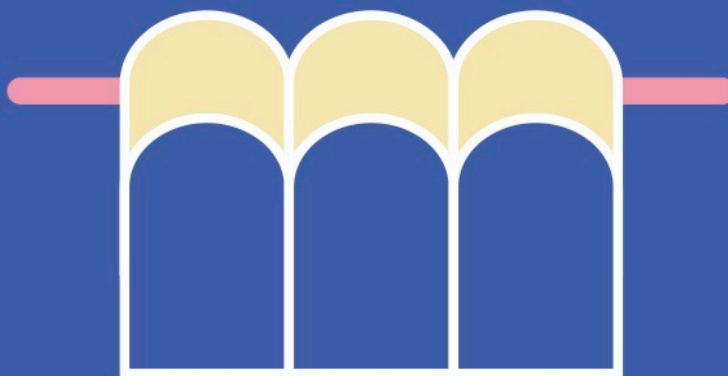
New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

02. Пародонтит

Керівництво для лікарів

- Під час спроб класифікувати пародонтит були труднощі при вирішенні, чи є різні захворювання, чи варіації одного захворювання.
- Немає жодних доказів, що підтверджують різницю між "хронічним" та "агресивним" пародонтитом.
- Виявлено три форми пародонтиту: (1) пародонтит, (2) некротизуючий пародонтит, (3) пародонтит як прямий прояв системних захворювань.
- Система класифікації повинна включати фактори складності та ризику, а також ступінь тяжкості захворювання.
- Окремі випадки пародонтиту слід характеризувати відповідно до стадії та ступеня захворювання.



Authors Mariano Sanz and Maurizio Tonetti

Published March 2019

© European Federation of Periodontology



EFP

European
Federation of
Periodontology

Вступ: класифікація пародонтиту

Попередні спроби класифікувати пародонтит оберталися навколо питання щодо існування фенотипічно різних прикладів, що представляли собою випадки окремих захворювань або ж варіацій одного захворювання.

Міжнародно прийнята класифікація пародонтиту, опублікована в 1999 р., забезпечила робочу основу, яка широко використовується як в клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Але ця система страждає від суттєвих недоліків, включаючи значні накладки, відсутність чітких патобіологічних відмінностей між категоріями, неточність діагностики та труднощі у впровадженні.

Нова Класифікація Захворювань та Станів Тканин Пародонту та Періімплантних тканин із Всесвітнього Воркшопу 2017 року переглянула наукові дані та дійшла до чотирьох основних висновків:

Немає даних щодо специфічної патофізіології, яка б дозволила диференціювати і "агресивний" та "хронічний" пародонтит

1. НЕ існує даних про специфічну патофізіологію, що підтверджують диференціацію випадків на "агресивний" та "хронічний" пародонтит або дають рекомендації щодо різних видів втручань.
2. Існує небагато послідовних доказів, що агресивний та хронічний пародонтит є різними захворюваннями. Але є дані, що численні фактори та взаємодія між ними впливають на клінічно спостережувані результати захворювання (фенотипи) на індивідуальному рівні.
3. На основі популяції середня швидкість прогресування пародонтиту є послідовною у всіх спостережених популяціях у світі. Однак є дані, що конкретні верстви населення демонструють різний рівень прогресування хвороби.
4. Системі класифікацій, що базується лише на тяжкості хвороби, не вдається охопити важливі показники індивідуального захворювання, включаючи складність (що впливає на підходи терапії) та фактори ризику (які впливають на результат захворювання).

На основі цих висновків була прийнята нова схема класифікації пародонтиту. Форми захворювання, які раніше були описані як "хронічні" та "агресивні", зараз описані під єдиною категорією «пародонтит». Виявлено три форми пародонтиту:

1. Пародонтит;
2. Некротизуючий пародонтит;
3. Пародонтит як прямий прояв системних захворювань

Для подальшого опису різних проявів пародонтиту в окремих випадках була розроблена багатовимірна система стадій та ступенів. Стадії описують тяжкість та поширеність захворювання, ступені описують ймовірні темпи прогресування.

Клінічне визначення пародонтиту

Пародонтит - хронічне багатофакторне запальне захворювання, пов'язане з дисбіозом біоплівки зубного нальоту, що характеризується прогресуючим руйнуванням зубо-підтримуючого апарату. Пародонтит характеризується запаленням, яке призводить до втрати пародонтального прикріплення. Хоча утворення бактеріальної біоплівки ініціює запалення ясен, хвороба «пародонтит» характеризується трьома факторами:

- Втрата підтримуючих тканин пародонту, що проявляється через втрату клінічного прикріплення (CAL) та рентгенологічно оцінену втрату альвеолярної кістки;
- Наявність пародонтальних кишень;
- Кровоточивість ясен.

Сучасні дані підтверджують багатофакторний – включаючи куріння - вплив хвороби на численні імунізапальні реакції. Тому для деяких пацієнтів дисбіотичні зміни в біоплівці більш ймовірні, що цілком може вплинути на тяжкість захворювання.

Система класифікації пародонтиту повинна включати три компоненти:

- Виявлення пацієнта як хворого на пародонтит;
- Ідентифікація специфічного типу пародонтиту;
- Опис клінічних проявів та інших елементів, що впливають на лікування, прогноз та потенційно більш широко впливають як на стоматологічний, так і на системний стан здоров'я.

У контексті клінічної практики пародонтит визначається, коли втрата підтримуючих тканин пародонту через запалення є основною ознакою. Клінічна втрата прикріплення (CAL) обчислюється за допомогою зондування прорізаних зубів стандартизованим пародонтальним зондом, включаючи цементно-емалеве з'єднання (CEJ).

У пацієнта встановлюється діагноз пародонтит, коли:

- Міжзубна CAL визначається при ≥ 2 НЕ суміжних зубах, або
- Вестибуло-оральна CAL ≥ 3 мм з кишнями > 3 мм, що визначається у ≥ 2 зубах, і обстежена CAL не може бути віднесена до пародонтальних, якщо її причиною є:
 1. Рецесія ясен травматичного походження;
 2. Карієс, локалізований в області шийки зуба;
 3. Наявність CAL на дистальній ділянці другого моляра, що пов'язана з дистопією або видаленням третього моляра;
 4. Ендодонтичне ураження, що дронується через крайовий пародонт;
 5. Наявність вертикальної фрактури кореня.

Вимірювання CAL

Враховуючи похибку вимірювання CAL стандартним пародонтальним зондом, помилка класифікації початкової стадії пародонтиту неминуча, і це

Система класифікації повинна включати оцінку складності та факторів ризику



впливає на діагностичну точність. Визнано, що «помітна» втрата міжзубного прикріплення може відображати різну ступінь CAL. Визнано, що «помітна» втрата міжзубного прикріплення може відображати різну ступінь CAL відповідно до навичок клініциста та місцевого стану, який може сприяти або заважати виявленню CEJ (найбільш зрозуміла позиція ясенного краю по відношенню до CEJ - наявність зубного каменю або країв реставрацій)

Кровоточивість при зондуванні

Клінічно значимий опис пародонтиту повинен включати співвідношення місць, що кровоточать при зондуванні, а також кількість та частку зубів із глибиною зондування вище певних порогів (зазвичай ≥ 4 мм та ≥ 6 мм). Слід зазначити, що запалення пародонту, як правило, визначається як кровотеча при зондуванні (BOP) і є важливим клінічним параметром стосовно оцінки результатів лікування пародонтиту та залишкового ризику захворювання після лікування. Однак, BOP сама по собі не змінює початкове визначення діагнозу, як це робить CAL, а також не змінює класифікацію важкості пародонтиту.

Важкість захворювання

Рівень втрати тканин пародонту при діагностиці описує важкість захворювання, яка визначається ступенем втрати прикріплення або втрати альвеолярної кістки. Важкість захворювання повинна включати втрату зуба через пародонтит. Ще одна міра важкості захворювання - складність лікування. Такі фактори як глибина зондування, тип втрати кістки (вертикальна та / або горизонтальна), ураження фуркацій, рухомість зубів, кількість відсутніх зубів, колапс прикусу та підвищена складність лікування повинні бути включені до діагностичної класифікації. Аналогічно, ступінь захворювання, що визначається кількістю та розподілом зубів із виявленими пародонтальними проблемами, також має бути включена до класифікації.

Форми пародонтиту

На підставі патофізіології було виділено три принципово різні форми пародонтиту:

1. Пародонтит;
2. Некротизуючий пародонтит;
3. Пародонтит як прямий прояв системних захворювань.

Диференційна діагностика для встановлення того, яка форма захворювання присутня в даному випадку, базується на анамнезі пацієнта, специфічних ознаках та симптомах некротизуючого пародонтиту та наявності або відсутності системного захворювання, яке остаточно змінює імунну відповідь організму.

Некротизуючий пародонтит характеризується болем, наявністю виразки ясенного краю та / або відкладенням фібрину на ділянках з характерно „зрізаними“ ясенними сосочками і, в деяких випадках, оголенням маргінальної альвеолярної кістки.

Якщо пародонтит є прямим проявом системних захворювань, рекомендація полягає в тому, щоб клініцист дотримувався класифікації первинного захворювання відповідно до МКХ10.

Було розроблено багатовимірну систему стадій та ступенів



Розподіл на стадії стосується важкості захворювання на даний момент, а також складності лікування, тоді як розподіл на ступені забезпечує додаткову інформацію щодо біологічних особливостей захворювання



Стадії та ступені

Кожен окремий випадок пародонтиту слід додатково охарактеризувати, використовуючи простий алгоритм з чотирьох етапів (див.: Пародонтит: дерево клінічних рішень для постановки та класифікації), що описує стадію та ступінь захворювання. Розрізняють чотири стадії та три ступені.

Стадії базуються на стандартних вимірах ступеня важкості та поширення пародонтиту, а також визначають складності в лікуванні конкретного пацієнта. Інформація, отримана при оцінці стадії пародонтиту, повинна доповнюватись інформацією про присутній біологічний ступінь захворювання.

Це базується на трьох параметрах:

1. Швидкість прогресування пародонтиту
2. Виявлені фактори ризику для розвитку пародонтиту.
3. Індивідуальні ризики, що впливають на системне здоров'я пацієнта

В рамках цієї класифікації, стадії пародонтиту значною мірою залежать від рівня важкості захворювання та складності його лікування, тоді як ступені надають додаткову інформацію про біологічні особливості перебігу захворювання. Ці ознаки включають оцінку швидкості прогресування пародонтиту на основі анамнезу, оцінку ризику подальшого прогресування, аналіз можливих поганих результатів лікування та оцінку ризику того, що захворювання або його лікування можуть негативно вплинути на загальний стан здоров'я пацієнта.



Стадія

У процесі оцінки стадії пародонтиту включено два аспекти: важкість та складність захворювання.

Важкість:

Основна мета - класифікувати ступінь важкості та ступінь зруйнованих та пошкоджених тканин внаслідок пародонтит. Це робиться шляхом вимірювання CAL за допомогою клінічного зондування та визначення рівня втрати кістки за допомогою рентгенографічного дослідження. Ця оцінка повинна включати кількість зубів, втрата яких могла бути спровокована пародонтитом.

Складність:

Вторинна мета - визначити складність боротьби із захворюванням та підтримкою довгострокової функції та естетики зубного ряду пацієнта.

Визначення стадії:

Визначення стадії ґрунтується, головним чином, на міжзубній втраті прикріплення, що виникла через пародонтит (CAL), та маргінальній втраті кістки. Вона визначається в ділянці найбільш ураженого зуба. Оцінка складності базується на складності лікування конкретного випадку. Вона враховує наявність глибоких пародонтальних кишень, вертикальні дефекти, ураження фуркацій, рухомість зубів, зміщення та / або розходження зубів, втрату зуба, зменшення альвеолярної кістки та втрату жувальної функції.

Два виміри у оцінці стадії пародонтиту - це важкість та складність захворювання



Ступінь

Оцінка пацієнта з пародонтитом передбачає оцінку майбутнього ризику прогресування пародонтиту та ймовірної відповіді на стандартні терапевтичні процедури.

Ця оцінка визначає інтенсивність терапії та вторинну профілактику після терапії. Ступені додають ще один показник та дозволяють враховувати швидкість прогресування, використовуючи прямі та непрямі докази.

Прямі докази ґрунтуються на доступних довгострокових спостереженнях: наприклад, у вигляді старих діагностичних рентгенограм.

Непрямі докази ґрунтуються на оцінці втрати кістки біля найбільш ураженого зуба, залежно від віку (вимірюється як рентгенографічна втрата кістки у відсотках в залежності від загальної довжини кореня, розділена на вік пацієнта). Проте ступінь пародонтиту може бути змінений за наявності факторів ризику.

Лікарі повинні здійснювати оцінку, передбачаючи помірний темп прогресування (ступінь В) і шукати прямі та непрямі докази наявності більш швидкого прогресування захворювання, які б виправдовували постановку ступеня С. Ступінь А використовується для випадків з помірним ризиком прогресування.

Якщо у пацієнта є фактори ризику, пов'язані з швидшим прогресуванням захворювання або зниженою реакцією на антибактеріальну терапію, оцінку слід підвищувати незалежно від основного критерію.

Наприклад, випадок може характеризуватися помірною втратою прикріплення (II стадія), з ймовірною помірною швидкістю прогресування (ступінь В), та може бути змінений через наявність погано контрольованого діабету типу 2, що є фактором ризику, який може змінити ступінь на більш швидке прогресування (ступінь С).

Визначення ступеню включає оцінку майбутнього ризику прогресування пародонтиту та імовірність відповіді на лікування





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.

Proceedings include:

- 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.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases) and endo-periodontal lesions, S78-S94.
- Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis, S95-S111.
- Needleman I, Garcia R, Gkraniias N, et al. Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review, S112-S129.
- Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012, S130-S148.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition, pages S149-S161.

Tonetti, MS & Sanz M. Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education. *Journal of Clinical Periodontology*, 2019.

Автори



Mariano Sanz



Maurizio Tonetti

Маріано Санц є професором та керівником кафедри пародонтології Університету Комплютенсе в Мадриді, а також професором факультету одонтології Університету Осло (Норвегія). Він є головою комітету воркшопів EFP, членом виконавчого комітету EFP, а також президентом Фундації Остеології

Мауріціо Тонетті є клінічним професором пародонтології Факультету Стоматології Університету Гонконгу та виконавчим директором Європейської Дослідницької Групи по Пародонтології (ERGOPerio). Він є головним редактором *Journal of Clinical Periodontology* та членом виконавчого комітету EFP.



EFP

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

Нова класифікація захворювань та станів тканин пародонту та периімплантних тканин

Нова класифікація є продуктом Всесвітнього Воркшопу з класифікації захворювань та станів тканин пародонту та периімплантних 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 EuroPerio9 в 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, освіти 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 нових 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

