



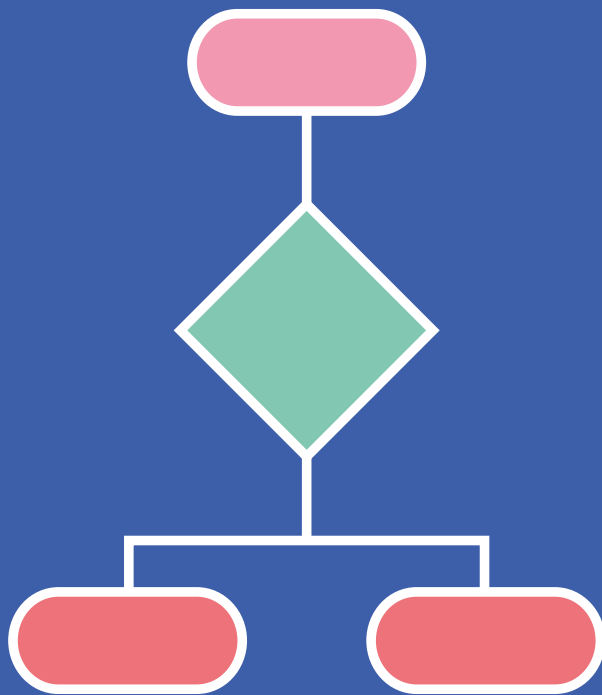
**EFP**

**New Classification**

of periodontal and peri-implant diseases

## 02. Пародонтит. Дерево прийняття клінічних рішень при визначенні стадій та ступенів

Керівництво для лікарів



Автори Mariano Sanz and Maurizio Tonetti

Published March 2019

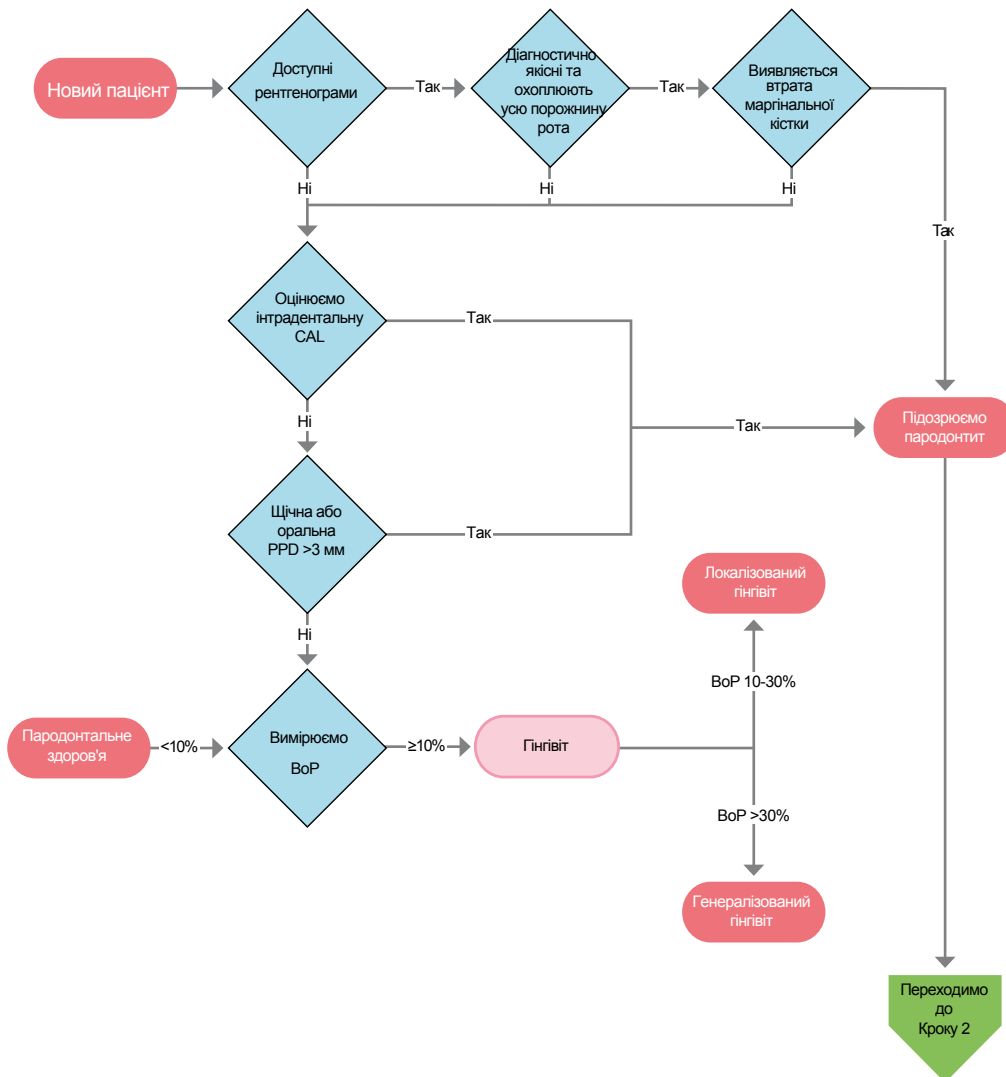
© European Federation of Periodontology



European  
Federation of  
Periodontology

## КРОК 1 Новий пацієнт

На першому візиті нам потрібно проаналізувати оглядову рентгенограму пацієнта, якщо вона є в належній якості. Ми оцінюємо наявну маргінальну кістку в будь-якій ділянці зубного ряду. Якщо виявлено втрату кістки (BL - bone loss), то в даного пацієнта можна запідозрити пародонтит. У той же час, незалежно від рентгенологічних знімків, ми повинні клінічно обстежити пацієнта та оцінити міжзубну клінічну втрату прикріплення (CAL - clinical attachment loss). Якщо втрата виявляється, пацієнт може розглядатись як пародонтитний. Якщо втрату прикріплення не виявлено, ми повинні оцінити наявність щічних рецесій із глибиною кишень (PPD - probing pocket depth) більше 3 мм. Якщо такі рецесії є, у пацієнта можлива наявність пародонтиту. Якщо немає щічних рецесій більше 3 мм, ми повинні оцінити кровоточивість при зондуванні (BoP - bleeding on probing) у всій порожнині рота. Якщо вона присутня більш ніж на 10% ділянок, у пацієнта діагностують гінгівіт; якщо менш ніж на 10% ділянок, то в пацієнта діагностується здоровий стан пародонту.



Periodontitis: clinical decision tree for staging and grading

Based on:

Tonetti, MS & Sanz M.

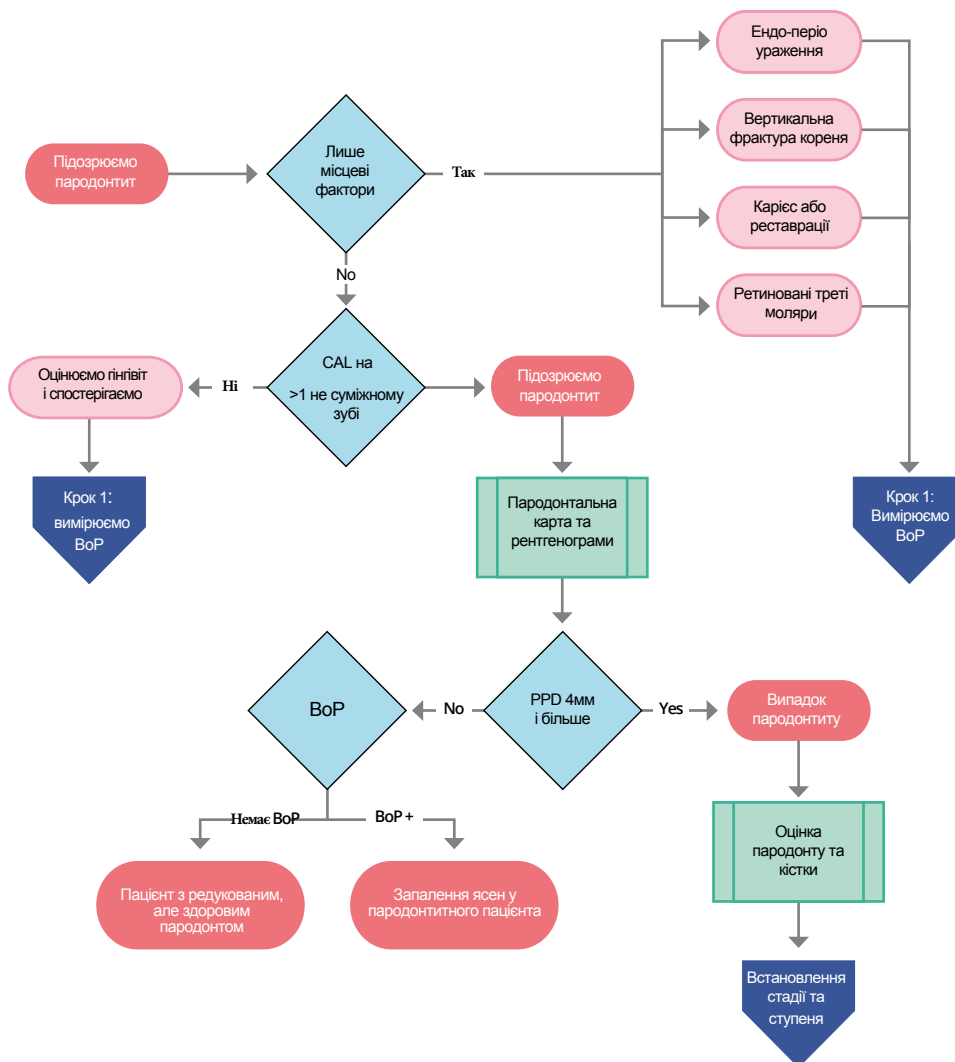
Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education.

Journal of Clinical Periodontology, 2019.



## КРОК 2 Пацієнт із підозрою на пародонтит

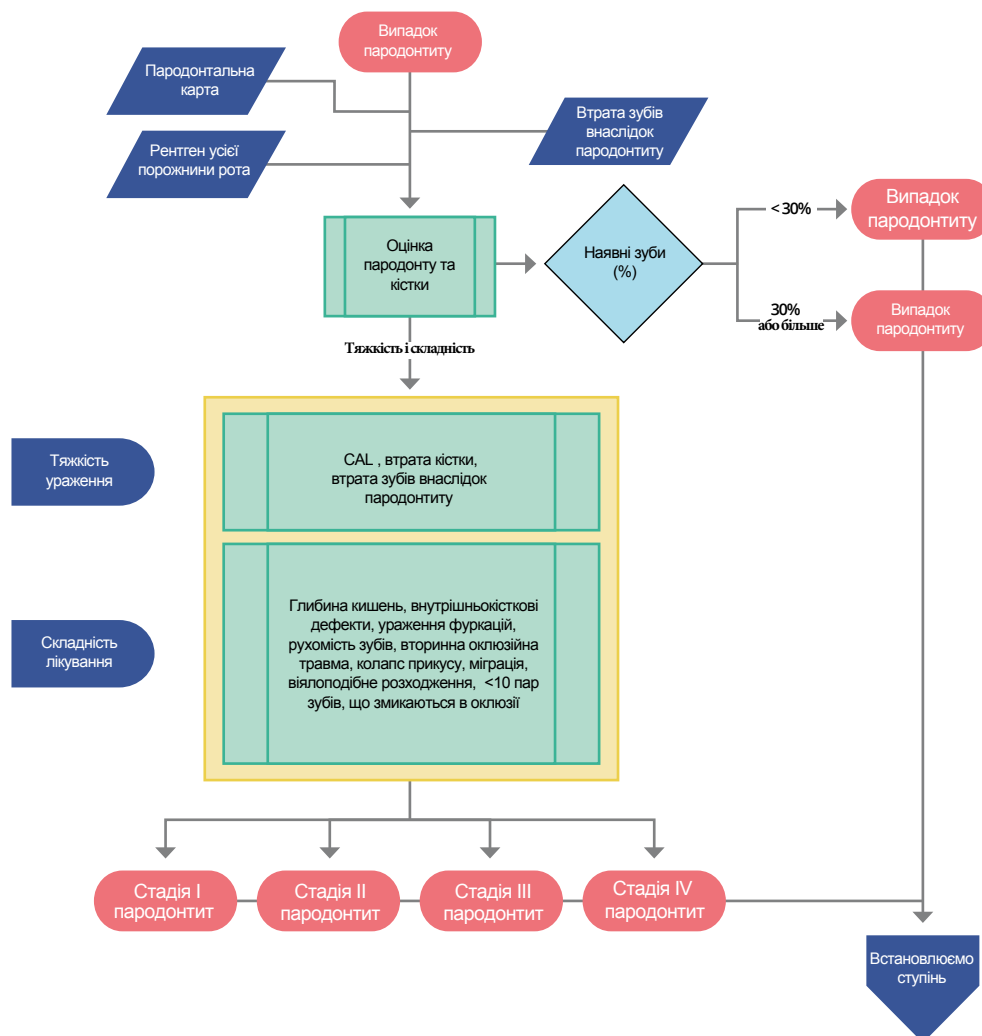
Коли наявність міжзубної втрати прикріплення при обмеженні порожнини рота ідентифікувала пацієнта як можливий випадок пародонтиту, ми повинні з'ясувати, чи спричинена ця втрата місцевими чинниками - ендо-періо ураженнями, вертикальними фрактурами кореня, карієсом, реставраціями або ретинованими третіми молярами. Якщо ні, то нам потрібно переконатись, що ця втрата присутня більш ніж на одному не суміжному зубі. Якщо це так, тоді ми маємо пацієнта з пародонтитом, і нам потрібно поставити комплексний діагноз за допомогою пародонтальної карти та рентгензнімків усієї порожнини рота. Якщо в пародонтальній карті немає глибини зондування 4 мм і більше, нам потрібно оцінити кровоточивість при зондуванні всієї порожнини рота. Коли рівень BoP перевищує 10%, то діагностуємо запалення ясен у пародонтитного пацієнта; коли він нижчий ніж 10%, діагностуємо редукований, але здоровий пародонт. Якщо в пародонтальній карті вказана глибина зондування 4 мм або більше, діагностуємо пародонтит, який потрібно оцінити відповідно до стадій та ступенів.



## КРОК 3а

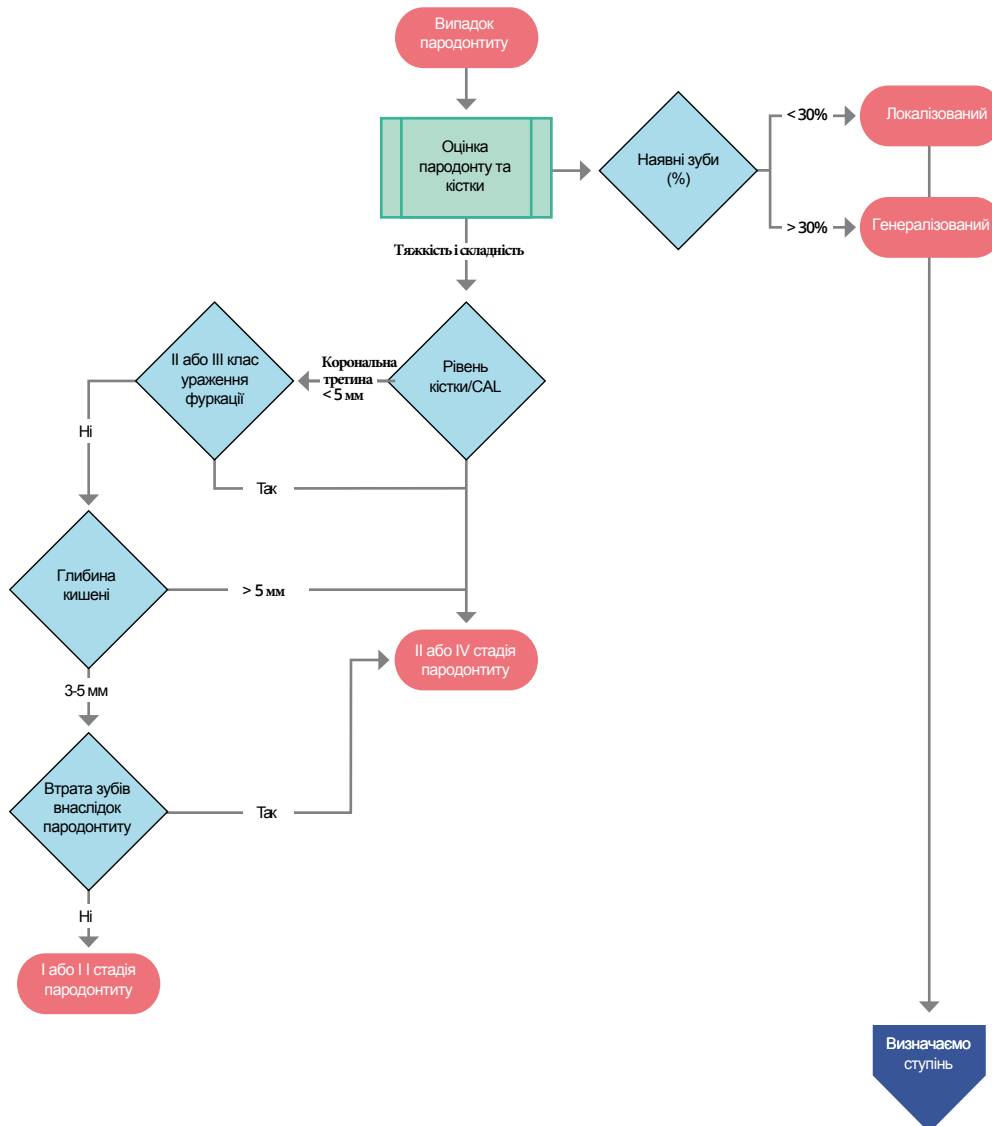
### У пацієнта наявний пародонтит, стадію якого необхідно встановити

Для встановлення стадії пародонтиту потрібна наступна інформація: рентгенографія всієї порожнини рота, пародонтальна карта та пародонтальний анамнез втрати зубів (PTL). Спершу ми визначаємо поширеність захворювання, оцінюючи, чи охоплює клінічна втрата прикріплення/ втрата кістки менш ніж 30% зубів (локалізована), чи 30% і більше (генералізована). Потім ми визначаємо стадію захворювання, оцінюючи ступінь тяжкості (користуючись CAL, BL та PTL) та складність (оцінюючи глибину зондування кишень, ураження фуркацій та внутрішньокісткові ураження, рухомість зубів, вторинну оклюзійну травму, колапс прикусу, міграцію та віялоподібне розходження зубів або наявність менш ніж 10 пар зубів, що змикаються в оклюзії).



## КРОК 3b III та IV стадії проти I та II

Якщо втрата прикріплення перевищує 5 мм або якщо втрата кістки вражає середню третину кореня і далі більш ніж на двох сусідніх зубах, діагностується стадія III або IV. Якщо клінічна втрата прикріплення становить 5 мм або менше на менш ніж двох зубах, нам слід шукати ураження фуркацій (II та III ступені). Якщо такі наявні, діагностується або III, або IV стадія. Якщо уражень фуркацій немає, ми повинні перевірити глибину зондування, і, якщо вона є більшою ніж 5 мм на більш ніж двох суміжних зубах, діагнозом буде або стадія III, або IV. Якщо глибина зондування знаходиться в межах 3-5 мм, слід оцінити втрату зубів через пародонтит. Якщо вона наявна, діагностується або III стадія, або IV. Якщо ні, то діагнозом буде I або II стадія. Що стосується глибини кишені, то повинна бути застосована клінічна оцінка, щоб використовувати цей критерій для переходу від I та II стадій до III стадії. Наприклад, за наявності псевдокишень випадки пародонтиту повинні залишатися в межах II стадії.

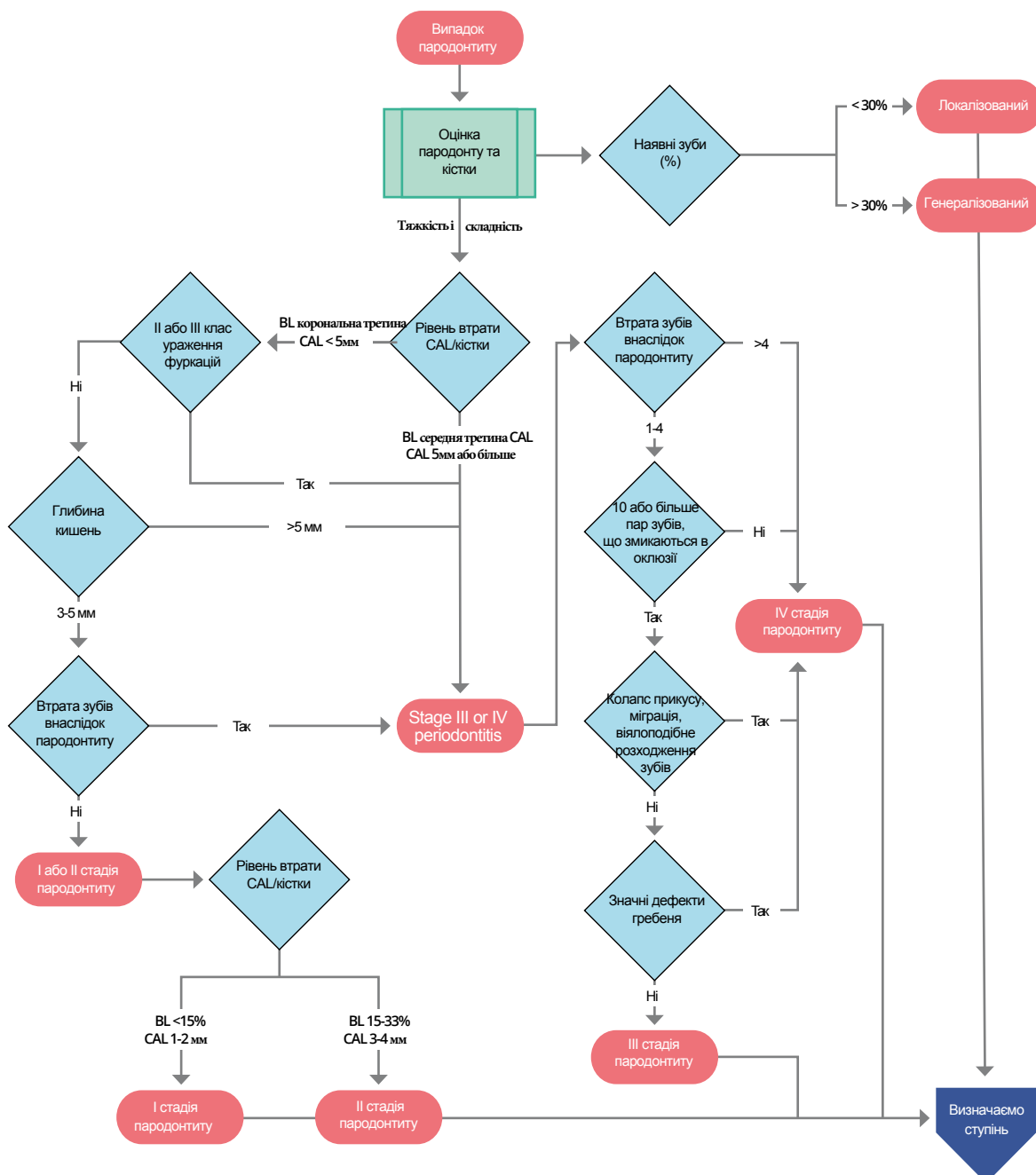


Клінічне судження повинно застосовуватися для використання цього критерію для переходу від I та II до III стадій. Наприклад, за наявності псевдокишень, залишається II стадія пародонтиту.



## КРОК 3с I, II, III та IV стадії

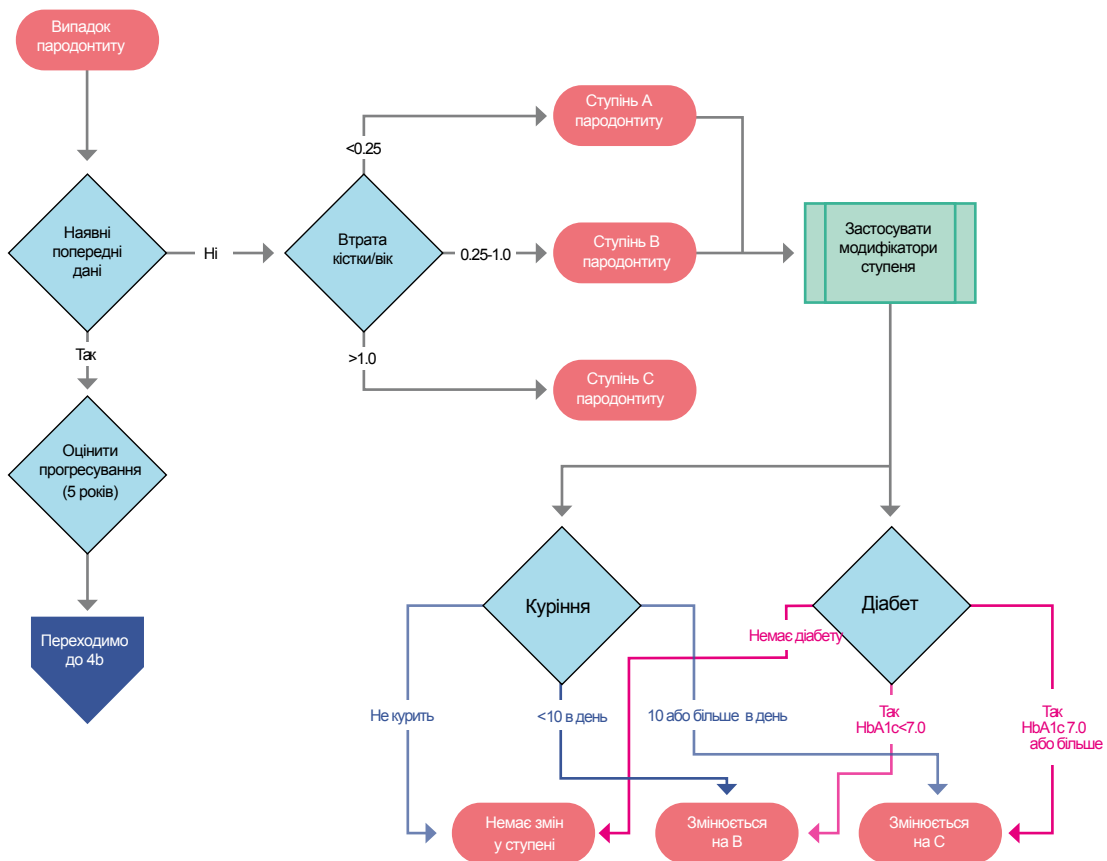
I та II стадії базуються на рівні клінічної втрати прикріплення та кістки.  
Діагностуємо стадію I, якщо: (a) втрата кістки менше 15% і (b) клінічна втрата прикріплення становить 1-2 мм. Діагностуємо II стадію, якщо: (a) втрата кістки становить від 15% до 33%, а (b) клінічна втрата прикріплення становить 3-4 мм. Діагностуємо III стадію, якщо: (a) втрата кістки на рівні середньої третини кореня або далі, (b) клінічна втрата прикріплення становить 5 мм або більше, (c) втрата зубів через пародонтит сягає більше ніж 4 зуба, (d) наявно менше 10 пар зубів, що змикаються в оклюзії, (e) за відсутності колапсу прикусу, міграції, віялоподібного розходження зубів або серйозного дефекту альвеолярного гребеня. Діагностуємо IV стадію, якщо: (a) втрата кістки вражає середню третину кореня або більше; (b) клінічна втрата прикріплення становить 5 мм або більше, (c) внаслідок пародонтиту втрачено більше 4 зубів, (d) наявно менше 10 пар зубів, що змикаються в оклюзії або (e) присутні колапс прикусу, міграція зубів, віялоподібне розходження зубів або значний дефект гребеня.



## КРОК 4а

### Встановлення ступенів, коли немає попередніх даних

Якщо попередні пародонтальні записи недоступні, співвідношення втрата кістки/вік (BL / A) слід розраховувати з рентгенограми всієї порожнини рота. Якщо показник BL/A становить від 0,25 до 1,0, це ступінь В. Якщо менше 0,25 - це ступінь А: якщо вище 1,0, - ступінь С. Ступені А і В можуть бути модифіковані, якщо пацієнт курить або має діабет. Пацієнт, який викурює 10 і більше сигарет в день, буде мати ступінь С, тоді як той, хто викурює менше 10 сигарет, буде віднесений до ступеня В. Аналогічно, хворий на діабет з HbA1c нижче 7,0 буде віднесений до ступеня В та пацієнт з HbA1c 7,0 або більше буде мати ступінь С.

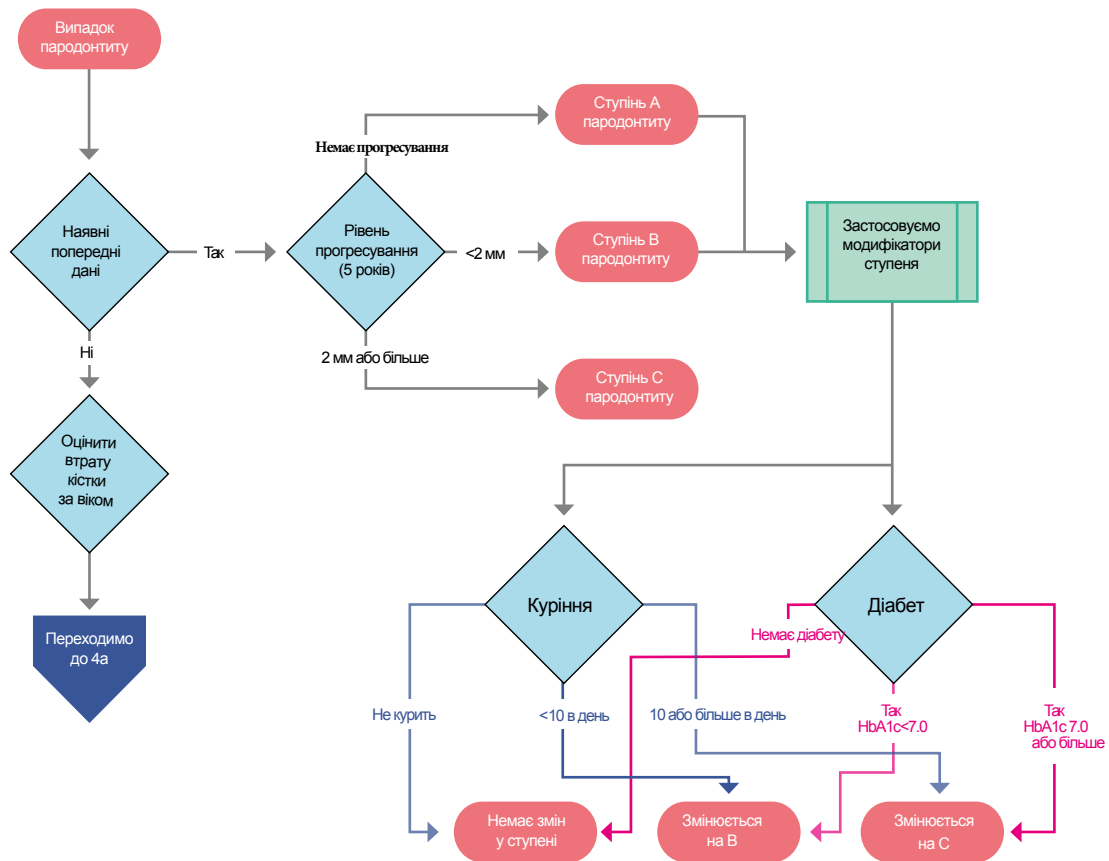




## КРОК 4b

### Встановлення ступенів, коли наявні попередні дані

Коли попередні пародонтальні дані пацієнта доступні, слід обчислити швидкість прогресування пародонтиту протягом попередніх п'яти років. Якщо прогресування складає менше 2 мм, діагностуємо пародонтит ступеня В. Якщо протягом останніх п'яти років не було прогресування, діагностуємо пародонтит ступеня А. Коли прогресування становить 2 мм або більше, діагностуємо пародонтит ступеня С. Ступені А та В можуть бути змінені на вищий ступінь, якщо пацієнт курить або має діабет. Пацієнт, який викурює 10 і більше сигарет в день, буде мати ступінь С, тоді як той, хто викурює менше 10 сигарет, буде мати ступінь В. Аналогічно, хворий на діабет з HbA1c нижче 7,0 буде мати ступінь В та пацієнт з HbA1c 7,0 або більше буде мати ступінь С.





## 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



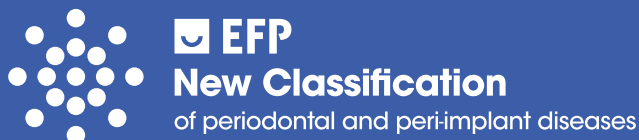
**Mariano Sanz**



**Maurizio Tonetti**

**Mariano Sanz** is professor and chair of periodontology at the University Complutense of Madrid and a professor in the faculty of odontology at the University of Oslo (Norway). He is chair of the EFP workshop committee, a member of the EFP executive committee, and president of the Osteology Foundation.

**Maurizio Tonetti** is clinical professor of periodontology at the Faculty of Dentistry of Hong Kong University and executive director of the European Research Group on Periodontology (ERGOPerio). He is the editor-in-chief of the *Journal of Clinical Periodontology* and a member of the EFP executive committee.



## 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.



### 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](http://www.efp.org)  
[www.efp.org/newclassification](http://www.efp.org/newclassification)

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