

Terapija parodonta

Mick R. Dragoo

Priručnik za studente i praktičare s originalnim fotografijama, snimkama, histološkim preparatima i crtežima prof. Dragooa

Preveo i za tiskanje u "Sondi" priredio:
mr. sc. Andrija Petar Bošnjak, dr. stom., asistent na Zavodu za parodontologiju
Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

PREDGOVOR

Poštovane kolegice i kolege,
nakon 23 godine podučavanja u parodontologiji otkrio sam da veliki broj mojih studenata pita uvijek ista pitanja. Ova kratka monografija sažetak je odgovora na većinu tih pitanja. Nadam se da će vam biti korisna.

Želio bih zahvaliti supruzi Mary za pretipkavanje rukopisa, te Danielu Fragi za kompjutersko uobličavanje monografije.

Mick R. Dragoo

PREDGOVOR HRVATSKOM STUDENTSKOM IZDANJU

U sklopu "Sondinih" nastojanja da kliničke predmete što više približi studentima i pojasni i olakša učenje na posljednjim godinama studija, parodontologija se predstavlja ovim kratkim nastavnim tekstom prof. Micka R. Dragooa. Prof. Dragoo osobno mi je prepustio sva prava na ovaj tekst kao prevoditelju i priredivaču, no smatram potrebnim istaknuti kako ono što piše u nadolazećim redovima nije uvijek u skladu s principima i shvaćanjima koja se uče i predaju na Zavodu za parodontologiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. Stoga, pozivam studente da pročitaju tekst, ali da ga se ne drže kao apsolutno točnog. Neka i ovo bude doprinos u razvijanju kritičkog stava i mišljenja mladih stomatologa.

*U Zagrebu, prosinca 2001. godine
mr. sc. Andrija Petar Bošnjak*

SADRŽAJ:

UVOD

PARODONTNA LEZIJA

DIJAGNOSTIČKO SONDIRANJE I ODABIR TERAPIJE

POLIRANJE KORIJENA

OTVORENA KIRETAŽA

REGENERATIVNE TERAPIJSKE TEHNIKE

PARODONTNI ZAVOJI

AUTOGENI KOŠTANI GRAFTOVI

TERAPIJA ODRŽAVANJA

RECALL

RAZLOZI NEUSPJEHA

SAŽETAK

BIBLIOGRAFIJA

DODATAK:

- PREVENCIJA MIGRACIJE EPITELA / KRIOTERAPIJA



nja regije otkrijete da je indiciran regenerativni kirurški postupak, više nemate dovoljno interproksimalnog tkiva koje bi činilo biološki pokrov. Da ste, nasuprot tome, otvorili režanj za otvorenu kiretažu, imali biste dovoljno širine i za koštanu resekciju i/ili za regenerativnu terapiju, budući da biste sačuvali interproksimalne papile. Regenerativni potencijal parodontnih kirurških postupaka ovisi o mnogim faktorima. Neki od njih su odabir slučaja, kirurške vještine operatera, dizajn režnja, preparacija korijena, anatomija koštane lezije, koštani grafovi, tehnike šivanja, postoperativna njega (od strane pacijenta i terapeuta), antibiotika, terapija održavanja (recall), prehrana pacijenta i biološke varijacije između pojedinih pacijenata, itd. Kronologija cijeljenja, tj. vremensko razdoblje odlaganja nove kosti i novog cementa, te stvaranje periodontnog ligamenta razlikuju se od zahvata do zahvata, a ovisi o velikom broju gore navedenih faktora. Jasno se može vidjeti da cijeljenje u parodontologiji ima mnogo varijabli koje sve treba uzeti u obzir kada se stvara plan terapije za pacijenta.

Na kraju treba reći, što je navedeno i ranije, najbolja terapija za pojedinog pacijenta je često kombinacija nekoliko terapijskih postupaka. Ponekad je čak i kod slučajeva u recallu potrebna kirurška terapija kako bi se poboljšalo održavanje stanja i spriječili novi problemi. Iako terapijski ciljevi variraju od terapeuta do terapeuta, svi bi morali biti prihvatiti napredak prema biološkim temeljima terapije, ali i spremni prihvaćati, prilagođavati ili napuštati terapijske postupke u skladu s njihovom primjenom.

PREVENCIJA MIGRACIJE EPITELA

Zahtjevi koji sprečavaju apikalnu migraciju epitela su pravilno prilagođeni režanj na pravilno pripremljenoj korijenskoj površini i tanki sloj fibrina između površine zuba i vaskularno-vezivnog tkiva. Članak pod

naslovom "Reparacija nakon mukoperiostalnog kirurškog zahvata s retencijom kompletne gingive" autora Hiatta i suradnika, objavljen u *Journal of Periodontology* 1968. godine iznosi sljedeće tvrdnje:

1. Pravilno adaptirani režnjevi na pravilno priređenim korijenskim površinama pokazuju malu tendenciju rasta epitela prema apikalno.

2. Sama adhezija fibrina može spriječiti rast epitela prema apikalno.

3. Isto tako, loše prilagođeni režnjevi bez dobrog fibrinskog "čepa" na zubu omogućit će epitelu apikalnu migraciju.

4. Cijeljenje se usporava velikim nakupinama fibrina između režnja i korijenske površine.

5. Reparacija vezivnog tkiva vidi se 2 dana nakon zahvata, a fibrin sprečava apikalnu migraciju epitela.

Prostor između zuba i režnja može se povećati ako se vazokonstriktor otpusti iz lokalnog anestetika. Stoga se krioterapija (terapija hlađenja ledom) i parodontni zavoj (kako bi se primjenio tlak, a režanj zadržao u bliskom kontaktu sa zubom i alveolnom kosti) moraju uključiti prije no što nestane vazokonstriktor. Ova dva faktora smanjuju edem prostora između mekog tkiva i zuba, a to osigurava adheziju fibrina na zub, te tako smanjuje mogućnost apikalne migracije epitela.

KRIOTERAPIJA

Krioterapija je važna u postoperativnoj njezi. Ona stabilizira fibrinski ugrušak uz zub i kost na način da smanjuje edem mekog tkiva. Također, ona smanjuje bol. Treba ju uključiti prije no što nestane sav vazokonstriktor iz operiranog područja. Intervali s ledom i bez njega trebaju trajati otprilike 15-tak minuta, najmanje 3 do 4 sata nakon zahvata. Većina kemijski aktiviranih sredstava za hlađenje gubi učinkovitost nakon 30 minuta, dok kombinacija leda i vode djeluje i do 4 sata. Najbolji izbor za postoperativnu krioterapiju su voda i kocke leda u nepropusnoj vrećici.

BIBLIOGRAFIJA

Dragoo MR. Periodontal regeneration. Part I. Submitted for Japanese Publication 1980.

Dragoo MR, Irwin RK. A method of procuring cancellous iliac bone utilizing a trephine needle. *J Periodontol* 1972; 43: 82.

Dragoo MR, Sullivan HC. A clinical and histological evaluation of autogenous iliac bone grafts in humans: part I. Wound healing 2 to 8 months. *J Periodontol* 1973; 44: 599.

Dragoo MR, Sullivan HC. A clinical and histological evaluation of autogenous iliac bone grafts in humans: part II. External root resorption. *J Periodontol* 1973; 44: 614.

Feingold JP, et al. Preserved sclera allografts in periodontal defects in man. II. Histological evaluation. *J Periodontol* 1977; 48: 4.

Henry JL, Weinmann JP. The pattern of resorption and repair of human cementum. *J Am Dental Assoc* 1951; 42: 270.

Hiatt WH. The induction of new bone and cementum formation. II. Retention of mineralized fragments within the flap. *J Periodontol* 1978; 39: 273.

Orban B. Resorption and repair on the surface of the root *J Am Dental*

Assoc 1928; 15: 1768.

Ratcliff P. Personal communication. 1977.

Register AA. Bone and cementum induction by dentin, demineralized in situ. *J Periodontol* 1973; 44: 49.

Register AA, Burdick FA. Accelerated reattachment with cementogenesis to dentin, demineralized in situ. *J Periodontol* 1975; 46: 646.

Register AA, Burdick FA. Accelerated reattachment with cementogenesis to dentin, demineralized in situ. II. Defect repair. *J Periodontol* 1976; 47: 497.

Schallhorn RG, et al. Iliac transplants in periodontal therapy. *J Periodontol* 1970; 39: 145.

Stahl SS, Froum SJ. Human clinical and histologic repair responses following the use of citric acid in periodontal therapy. *J Periodontol* 1977; 48: 261.

Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts: I. Principles of successful grafting. *Periodontics* 1968; 6: 121.

Sullivan HC, Dragoo MR. Regenerative techniques in periodontal therapy. *Dent Clin North Amer* 1976; 20: 131.

