

Intenzitet i vrsta boli mjeri se pomoću tzv. kvalitativne skale. To je subjektivna metoda u kojoj pacijent opisuje gradaciju boli kao bezbolno, blaga bol, umjerena bol, jaka bol. Nadalje, svoju bol svrstava u određenu kategoriju kao što su sijejavajuća bol ili tupa kontinuirana bol.

Ova komplikacija često se javlja u svakodnevnom kliničkom

radu i nakon najjednostavnijih ekstrakcija. Zbog intenziteta boli kao glavnog simptoma i dugotrajnosti (do dvadesetak dana), stvara mnogo problema kako bolesniku tako i liječniku stomatologu jer reagira jako sporo na primjenu rutinske terapije. Stoga je važno da se postavi jedinstvena doktrina u liječenju dolora post ex, koja će biti efikasna i prihvatljiva svakom stomatologu kliničaru.

Literatura:

1. Miše I. Oralna kirurgija. Zagreb: Jumena, 1983; 175-177
2. Jakse N, Bankaoglu V, Wimmer G. Primary wound healing after lower third molar surgery: Evaluation of 2 different flap designs. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2002; 93: 133-135
3. Bonica J. The management of pain. Philadelphia: Lea & Febiger, 1954; 293-321
4. Archer WH. Oral surgery. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1966; 42-47
5. Mc Gregor AJ. The aetiology of dry socket: a clinical investigation MDSC thesis. Int J Oral Surg 1980; 9: 166-172
6. Killey HC, Kay LW. The impacted wisdom tooth. London: Churchill Livingstone, 1975; 63-65
7. Gamulin S, Marušić M, Krvavica S. Patofiziologija. Zagreb: Jumena, 1990; 464-465
8. Penarrocha M, Sanchis JM, Saez V. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2001; 92: 97-101
9. Carranaza N Jr, Riviere GR, Smith KS. Attachment of oral Treponemes to monolayers of epithelial cells. J Periodontol 1997; 68: 1010-1018
10. Haapasalo M, Muller KH, Uitto V. Characterisation, cloning and binding properties of the major 53 kDa Treponema denticola surface antigen. Infection and Immunity 1992; 60: 2058-2065
11. Gopalsami D, Yotis W, Corrigan K. Effect of outer membrane of Treponema denticola on bone resorption. Oral Microbiol Immunol 1993; 8: 121-124
12. Yotis W, Gopalsami D, Corrigan K. Phosphorylated nutrient uptake by Treponema denticola and other potential periodontopathogens. J Basic Microbiol 1993; 5: 357-368
13. Miše I, Knežević G, Kesić Z. i sur. Terapijska vrijednost Apenryla u liječenju dolor post extractionem. Medicinska revija 1973; 3: 63
14. Linčir I. Farmakologija za stomatologe. Zagreb: Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu, 1999; 50,110-113

TERAPIJA PARODONTITISA

Nina Sever

Parodontitis je upalna bolest parodonta kojom su zahvaćeni gingiva, cement, periodontalni ligament i kost. Proces počinje od gingive i širi se u dubinu. Karakterizira ga upala gingive, stvaranje džepova, destrukcija ligamenta te resorpcija kosti.

Klasifikacija parodontitisa iz 1989. godine dijeli parodontitise na:

1. adultni
2. prepubertetski
3. juvenilni
4. rapidni progresivni
5. udružen sa sistemskim bolestima
6. ulceronekrotični

7. refraktorni - parodontitis

Danas je u uporabi **nova podjela** koja parodontitise svrstava u:

1. kronične parodontitise
2. agresivne parodontitise
3. nekrotizirajuće parodontitise (NUP)
4. povezane sa sistemskim bolestima
5. povezane s apscesima

Kronični parodontitis (adultni)		Agresivni parodontitis (juvenilni)		
Podjela	Generalizirani	Lokalizirani	Lokalizirani	
Dob	pogađa odrasle osobe		pubertet	
Razvoj bolesti	postepen		brz	
Klinička slika	Više od 30% zahvaćenih područja s gubitkom pričvrstka i kosti, kronična upala, krvarenje, supuracija	do 30% zahvaćenih područja s gubitkom pričvrstka i resorpcijom kosti, kronična upala, krvarenje, supuracija	generalizirani aproksimalni gubitak pričvrstka na najmanje 3 zuba koji nisu 1 ili 6, teža ili lakša upalna reakcija	gubitak pričvrstka na 1 i 6, nema upale, plak minimalan, diastema između 11 i 21 zbog distalizacije inciziva, pomičnost 1. trajnih molara
Kost	postepena resorpcija (horizontalna pa vertikalna), interdentalno gubi gustoću		3-4 puta brži gubitak kosti od kroničnog oblika	
Rtg	teško se prati lamina dura, radiolucetne furkacije, gubitak kosti		gubitak kosti oko najmanje 3 zuba koji nisu incizivi i prvi molari	vertikalni gubitak kosti oko prvih molara i inciziva
Subgingivna flora	A. actinomycetemcomitans, P. gingivalis, P. intermedia i dr.		90% A. actinomycetemcomitans	

Terapija parodontitisa dijeli se na:

1. Preliminarnu fazu
2. Fazu uzroka
3. Korektivnu fazu
4. Potpornu terapiju

Preliminarna faza terapije obuhvaća terapiju hitnih stanja (parodontoloških, dentalnih, endodontskih...).

Nakon prve faze i dobro uzete anamneze počinje **faza uzroka**. Prvi korak je prov-

jera oralne higijene pacijenta i upoznavanje samog pacijenta sa stanjem u njegovim ustima. Pri tome nam pomažu aproksimalni plak indeks (API) i papilla bleeding indeks (PBI).





Slika 1. Lokalizirani juvenilni parodontitis u osobe stare 16 godina. Diastema između mandibularnih i maksilarnih inciziva posljedica je opsežnog gubitka kosti u tom području



Slika 2. Rtg osobe stare 18 godina. Duboki lokalizirani kružni gubitak kosti u području prvog molara.

Do vrijednosti **PBI-a** dolazimo sondiranjem. U slučaju da postoji upala gingive, 20-30 sekundi nakon sondiranja, doći će do krvarenja. Ako do krvarenja ne dođe upale nema.

Stupnjevi PBI-a su:

- 0 - krvarenja nema
- 1 - točkasto krvarenje
- 2 - krvarenje u obliku linije, tj. uz rub gingive
- 3 - krvarenje u obliku trokuta. Krv ispunjava interdentalnu papilu
- 4 - krvarenje u obliku kapljice. Vidljivo krvarenje odmah nakon sondiranja

Sondiranje provodimo u sva 4 kvadranta, ali na suprotnim stranama. Npr. ako u desnom gornjem i lijevom donjem kvadrantu sondiramo oralno, tada u lijevom gornjem i desnom donjem sondiramo vestibularno.

Na isti način ispitujemo **API**. API može biti pozitivan ili negativan. Ako je pozitivan, znači da na aproksimalnoj plohi, po kojoj smo prošli sondom, postoje naslage plaka i da su one ostale na sondi.

Pri mjerenju dubine džepova također se koristimo sondom. Parodontna sonda na sebi ima oznake koje odgovaraju različitim dubinama sondiranja, izraženim u milimetrima. Sondom, primjenjujući lagani pritisak, pažljivo uvodimo u sulkus dok ne osjetimo prvi otpor. Vrijednost očitavamo sa sonde, na mjestu gdje uz nju priliježe rub gingive. Tolerira se dubina sondiranja do 4 mm. Sve iznad te vrijednosti zahtjeva terapiju.

Upute o OH-i moraju obuhvaćati vrste četkica (manualna, električna, tvrda, meka) i metode četkanja (Bass, Chatters, Stillman). Korisno je pacijenta upoznat s zubnom svilom, stomatološkom čačalicom,

interdentalnom četkicom i četkicom s jednim snopom. Njima se provodi interdentalno čišćenje. U slučaju da nije siguran u svoju učinkovitost, pacijent se može poslužiti relevatorima, intraoralnim ogledalom, irigacijskim sredstvima i posebnim pastama za zube.

Važno je pacijentu objasniti značenje vrijednosti **API-a** i **PBI-a**, ali i oralne higijene te ga pri svakoj posjeti izvijestiti o napretku (ako postoji). To će pacijentu biti dodatna motivacija i znak da se njegov trud pri održavanju oralne higijene isplati.

U sljedećem posjetu, u fazi uzroka, uklanjamo supragingivne i subgingivne naslage. To izvodimo zvučnim ili ultrazvučnim instrumentima. Subgingivno ulazimo do 3 mm. Na supragingivnim područjima koja nisu lako dostupna možemo primijeniti scaler. Nakon uklanjanja supragingivnih naslaga važno je zube temeljito ispolirati, jer ćemo samo tako moći točno procijeniti da li su zubne plohe čiste.

Slijedi faza *deep scalinga* i *root planinga*. Ovdje se služimo kiretama (scaleri preoštri za subgingivnu primjenu). Kratkim pokretima struganja uklanjamo kamenac, a zatim dugim preklapajućim 'brijačkim' pokretima poliramo površinu korijena. Poliranjem uklanjamo omekšali cement, a površina korijena ostaje tvrda i glatka.

Ovu fazu zaključujemo uklanjanjem mogućih iritansa (odstojećih ispuna ili krunica), ponovnim uputama i motivacijom pacijenta te evaluacijom učinjenog.

Korektivna faza ponekad je nepotreban, ali često i nužan dio terapije. U njoj, ako je potrebno, provodimo kirurški zahvat. O nužnosti zahvata odlučujemo na evaluacijom stanja pacijenta. To se provodi na sljedeći način:

1. dobra oralna higijena pacijenta + rezidualna dubina sondiranja < 5 mm -> recall
2. dobra oralna higijena + rezidualna dubina sondiranja > 5 mm -> kirurški zahvat
3. loša oralna higijena -> remotivacija pacijenta (sve ispočetka!!!)

Potporna terapija ili recall prilagođava se individualnim potrebama svakog pacijenta. Pacijenti s parodontitisom u posebnoj su opasnosti od recidiva. Zato je potporna parodontna terapija (PPT) kod njih od posebne važnosti. Recall prosječno traje sat vremena, a postupak je sljedeći:

1. pregled, reevaluacija i dijagnostika (ERD)
2. motivacija, reinstrukcija i instrumentacija (MRI)
3. liječenje ponovno zahvaćenih mjesta (TRS)
4. poliranje svih zuba, primjena fluorida i određivanje sljedeće PPT (PFD)

Najveći dio recalla obuhvaća MRI. Budući da je nemoguće instrumentirati 168 mjesta u 30 do 40 minuta koliko traje ova faza, instrumentiraju se samo PBI pozitivna mjesta koja pokazuju dubinu džepa > 5 mm (pažljivo struganje i poliranje). Ne preporuča se instrumentacija plitkih sulkusa, tj. < 3 mm. Mjesta koja ne krvare samo se poliraju. Terapiju smatramo uspješnom ako je API < 25%, a PBI < 16. Nakon evaluacije učinka **pri završnom kliničkom pregledu** trebao bi postojati:

- smanjen stupanj gingivitisa
- smanjen stupanj gingivnih džepova
- smanjen stupanj pomičnosti zuba
- poboljšanje oralne higijene

Pravilno provedena terapija trebala bi: eliminirati bol, gingivitis i krvarenje, reducirati džepove i eliminirati infekciju, zaustaviti destrukciju mekog tkiva i kosti, reducirati mobilnost zuba, uspostaviti optimalnu okluzijsku funkciju, obnoviti tkiva uništena tijekom bolesti, ponovo uspostaviti konture gingive, spriječiti recidive i reducirati gubitak zuba.

Uzroci neuspjeha su uglavnom nepravilno liječenje ili loša higijena. Loša terapija rezultat je loše dijagnoze, krive primjene antibiotika, loše provedene terapije i neuspjeha u otkrivanju i uklanjanju etioloških faktora. Na ishod naravno utječe i nedovoljno motiviran ili nekooperabilan pacijent.

