



Eiropas Periodontologu federācija

Latvijas Periodontologu asociācija

Rīgas Stradiņa universitātes Zobārstniecības fakultātes
Zobu terapijas un mutes veselības katedra

**Norādījumi
periodonta un
periimplanta audu
slimību
jaunās klasifikācijas
pielietošanai klīniskajā
praksē**



Eiropas Periodontologu federācija

Latvijas Periodontologu asociācija

Rīgas Stradiņa universitātes Zobārstniecības fakultātes
Zobu terapijas un mutes veselības katedra

Norādījumi periodonta un periimplanta audu slimību

jaunās klasifikācijas pielietošanai klīniskajā praksē

UDK 616.314.17
N 33

Norādījumi periodonta un periimplanta audu slimību jaunās klasifikācijas
pielietošanai klīniskajā praksē. Rīga: RSU, 2021. 54 lpp.

Avots: European Federation of Periodontology. (2019).
*New Classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions.
Guidance for clinicians.*

No angļu valodas tulkojušas un latviešu valodas izdevumam adaptējušas
Una Stāmere un Anastasija Strazdiņa-Ščerbakova.

Izdevumā izmantotie termini apspriesti Latvijas Zinātņu akadēmijas

Terminoloģijas komisijas darba grupā:

Dr. habil. med. Māris Baltiņš (komisijas vadītājs), Gunta Dukse,

Dr. med. Ilze Maldupa, *Dr. med.* Ieva Mauliņa, *Dr. med.* Laura Neimane,

Dr. med. Baiba Sprinģe, Una Stāmere

RSU Izdevniecības un poligrāfijas nodaļas vadītājs: Tenis Nigulis

RSU Izdevniecības un poligrāfijas nodaļas galvenā redaktore: Aija Lapsa

Redaktore: Indra Orleja

Maketētāja: Ilze Stikāne

© Rīgas Stradiņa universitāte, 2021
Rīgā, Dzirciema ielā 16, LV-1007

ISBN 978-9934-563-88-1 (elektronisks izdevums)

ISBN 978-9934-563-89-8 (drukāts izdevums)

Saturs

Ievads	5
1. Periodonta veselība un gingivīts	7
1.1. Periodontālās veselības definīcija	7
1.2. Gingivīts vs. smaganu iekaisums	10
2. Periodontīts	15
2.1. Periodontīta klīniskā diagnostika	16
2.2. Periodontīta formas	17
2.3. Periodontīta stadijas un pakāpes	18
2.3.1. Periodontīta stadijas	18
2.3.2. Periodontīta pakāpes	19
3. Periodontīta stadijas un pakāpes noteikšanas algoritms	22
3.1. Pacienta pirmreizēja izmeklēšana (1. solis)	22
3.2. Pacienta izmeklēšana, ja ir aizdomas par periodontītu (2. solis)	24
3.3. Pacienta izmeklēšana, ja jānosaka periodontīta stadija (3.a solis)	26
3.4. Periodontīta III un IV stadijas diferencēšana no I un II stadijas (3.b solis)	28
3.5. Periodontīta stadijas (I-IV) noteikšana (3.c solis)	30
3.6. Periodontīta pakāpes noteikšana pacientam bez iepriekšējiem datiem (4.a solis)	32
3.7. Periodontīta pakāpes noteikšana pacientam pēc iepriekšējiem datiem (4.b solis)	34
4. Ar vispārējām slimībām saistītie un citi periodonta stāvokļi	36
4.1. Sistēmisko slimību un stāvokļu periodontālā izpausme	36
4.2. Mukogingivālie stāvokļi	38

4.3. Oklūzijas trauma un traumatiski oklūzijas spēki	39
4.4. Ar protēzēm un zobiem saistīti faktori	40
4.5. Periodontālie abscesi	41
4.6. Endodontiski periodontāli bojājumi	43
5. Periimplanta audu veselība un slimības	45
5.1. Periimplanta audu veselība	45
5.2. Periimplanta mukozīts	46
5.3. Periimplantīts	47
5.3.1. Periimplantīta gadījumu definēšana klīniskajā praksē	48
5.3.2. Periimplantīta gadījumu definēšana epidemioloģiskajos pētījumos	48
Literatūra	50
Pielikums.	
Periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācija	51

Ievads

Periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācija klīniskajā praksē ir nepieciešama, lai pareizi diagnosticētu slimības un atbilstoši ārstētu pacientus, kā arī zinātnē, pētot slimību etioloģiju, patogēnēzi un ārstēšanas metožu efektivitāti.

Iepriekšējai periodonta slimību klasifikācijas sistēmai (*Classification of Periodontal Diseases and Conditions*), kas tika radīta 1999. gadā, bija daudz nepilnību, turklāt tās pielietošana klīniskajā praksē bija sarežģīta un neparocīga. Pēdējās desmitgades laikā būtiski pieaudzis kvalitatīvu zinātnisko datu apjoms, kas mainījis izpratni par periodonta slimību cēloņiem un norises mehānismiem. Tādēļ bija jāizstrādā jauna, ērtāk lietojama periodonta slimību un stāvokļu klasifikācija, kurā tiktu ietvertas arī periimplanta audu slimības un stāvokļi. Izstrādājot jauno klasifikācijas sistēmu, vissarežģītākais uzdevums bija panākt, lai tā būtu vienkārši lietojama gan pacientu ārstēšanai ikdienas praksē, gan zinātniskajos pētījumos.

2017. gada 9. novembrī Amerikas Periodontologu akadēmijas (*American Academy of Periodontology*) un Eiropas Periodontologu federācijas (*European Federation of Periodontology*) rīkotajā konferencē (*the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions*) tika pieņemta jauna periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācija. No 2015. gada nozares eksperti vairākās darba grupās rūpīgi izvērtējuši pieejamo zinātnisko literatūru, kas saistīta ar periodontoloģiju un implantu zobārstniecību. Ir izstrādāti konkrēti diagnostiskie kritēriji un formulētas diagnožu definīcijas, kas atvieglo jaunās klasifikācijas pielietošanu klīniskajā praksē. Konferencē visi formulējumi un rekomendācijas tika pieņemti vienbalsīgi.

Jaunajā periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācijā (sk. pielikumu) pirmo reizi ir definēta periodonta veselība un smaganu veselība dažādās situācijās. Būtiskas izmaiņas skar periodontīta klasifikāciju – izstrādāta multidimensionāla stadiju un pakāpju sistēma, ar kuras palīdzību iespējams atspoguļot atšķirīgas periodontīta izpausmes katrā individuālā gadījumā. Stadijas norāda uz slimības smaguma pakāpi, savukārt pakāpes atspoguļo slimības iespējamo progresijas ātrumu. Ir izveidots uzskatāms algoritms periodontīta stadijas un pakāpes noteikšanai klīniskajā praksē. Apzinātas arī sistēmiskās slimības un stāvokļi, kas ietekmē periodonta veselību, un precizēti mukogingivālo stāvokļu klīniskie parametri un diagnostiskie kritēriji. Analizējot visus periimplanta audu veselības

aspektus, ir definēta periimplanta audu veselība un pieņemta periimpanta audu slimību un stāvokļu klasifikācija, izstrādāti klīniskajā darbā un zinātnē pielietojami diagnostiskie kritēriji.

Latvijas Periodontologu asociācija 2020. gada februārī oficiāli apstiprinājusi Jauno periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikāciju, ko rekomendē ieviest zobārstniecībā Latvijā klīniskajā praksē un zinātnē.

1. Periodonta veselība un gingivīts

Smaganu slimības un stāvokļi pirmoreiz tika klasificēti 1999. gada klasifikācijas sistēmā, taču tai bija daudz trūkumu. Tajā netika definēts jēdziens “veselība”, savukārt gingivīta apraksts bija nevajadzīgi sarežģīts.

Jaunajā periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācijas sistēmā ir skaidri formulēta periodontālās veselības definīcija gan histoloģiski, gan klīniski, savukārt gingivīta iedalījums ir vienkāršots – tam izšķir tikai divas kategorijas: aplikuma izraisīts gingivīts un aplikuma neizraisītas smaganu slimības. Klīniskā smaganu veselība definēta gan intakta, gan reducēta periodonta gadījumā, turklāt veselība / stabilitāte definēta arī pacientam, kam periodontīts ir veiksmīgi ārstēts.

1.1. Periodontālās veselības definīcija

Būtisks faktors veselības definēšanā ir atzinums, ka periodontālā veselība var būt lokālā līmenī un visas mutes līmenī, kā arī intaktā vai reducētā periodontā. Intakts periodonts ir tāds, kur nav klīniskā piestiprinājuma zuduma (*clinical attachment loss* – CAL) jeb kaula zuduma, tomēr divās situācijās periodonts var būt reducēts: bezperiodontīta pacientam (piemēram, ar dažām smaganu recesijas formām vai pēc ķirurģiskas klīniskā kroņa pagarināšanas) vai arī pacientam ar periodontīta anamnēzi. Tādēļ veselības un gingivīta diagnozes tika definētas visiem trim iepriekšminētajiem gadījumiem.

Otrs fundamentāls lēmums attiecas uz jēdzieniem “absolūtā” un “klīniskā” veselība. Ņemot vērā, ka medicīnā par normalitāti tiek pieņemts, ja 95% populācijas atbilst attiecīgajai definīcijai, taču 95% pieaugušo ir viens vai vairāk asiņojošu punktu mutes dobumā, secināms, ka, definējot jēdzienu “periodontālā veselība”, par normu jāpieņem arī dažas lokalizētas viegla iekaisuma vietas.

Pētījumos konstatēts, ka histoloģiskas izmaiņas smaganu audu mikrovaskularizācijā rodas gandrīz uzreiz pēc zoba izšķīlšanās un iekaisuma infiltrāta klātbūtne ir normālas imūnās darbības sastāvdaļa. Klīniskās veselības situācijā tāpat novēro pavisam niecīgas iekaisuma klīniskās pazīmes izolētās vietās. Absolūta veselība tādējādi var tikt uzskatīta par izņēmumu, jo par absolūti veselu var uzskatīt mazāk nekā 5% populācijas (sk. 1. att.).



1. attēls. Absolūta periodontālā veselība (ļoti rets stāvoklis)

Smaganu klīniskā veselība tagad ir definēta gan intakta, gan reducēta periodonta gadījumos pacientiem bez periodontīta anamnēzes, ja asiņošana zondējot ir mazāka nekā 10% un zondēšanas dziļums ir mazāks vai nepārsniedz 3 mm. Intakta periodonta gadījumā nav pietiprinājuma zuduma, bet reducēta periodonta gadījumā ir pietiprinājuma zudums (sk. 2. att.).

Pacientam, kam ir veiksmīgi ārstēts periodontīts, ņemot vērā veselības diagnozi reducētā periodontā, ir pieļaujams zondēšanas dziļums līdz 4 mm (to sauc par slēgtu periodontālu kabatu). Asiņošana nedrīkst būt nevienā vietā ar zondēšanas dziļumu 4 mm, pretējā gadījumā tas liecinātu par iespējamu atkārtotu periodontītu un norādītu, ka ir nepieciešama koriģējoša iejaukšanās.

Pastāv vairāki periodontālās veselības klīniskie stāvokļi.

Klīniska smaganu veselība bioloģiski tiek saistīta ar iekaisuma infiltrāta un organisma imūnās atbildes pastāvīgu homeostāzi.

Lokāli smaganu veselību klasificē šādi:

- klīniska smaganu veselība intakta periodonta gadījumā;
- klīniska smaganu veselība reducēta periodonta gadījumā:
 - pacients ar stabilu periodontītu pēc ārstēšanas;
 - pacients bez periodontīta (piemēram, smaganu recesija, stāvoklis pēc klīniskā kroņa pagarināšanas).

Smaganu veselības klīniskās pazīmes intakta periodonta gadījumā.

Smaganu veselību intakta periodonta gadījumā raksturo tādu iekaisuma klīnisko pazīmju trūkums kā asiņošana zondējot, eritēma, tūska, vispārējie simptomi, kā arī pietiprinājuma un kaula zudums. Fizioloģiski kaula līmenis atrodas 1–3 mm atstatumā no cementa-emasijas robežas (*cemento-enamel junction* – CEJ).



2. attēls. Klīniskā smaganu veselība (< 10 % lokalizētu asiņojošu vietu)

Smaganu veselības klīniskās pazīmes reducēta periodonta gadījumā. Smaganu veselību reducēta periodonta gadījumā raksturo tādu iekaisuma klīnisko pazīmju trūkums kā asiņošana zondējot, eritēma, tūska un vispārējie simptomi samazināta klīniskā piestiprinājuma un kaula līmeņa situācijā. Jāņem vērā, ka sekmīgi ārstēta un stabila periodontīta gadījumā joprojām saglabājas atkārtota periodontīta risks.

Smaganu veselības klīniskā diagnostika intakta un reducēta periodonta gadījumā epidemioloģiskos pētījumos un klīniskajā praksē. Intakta un reducēta, taču stabila periodonta gadījumā epidemioloģiskajos pētījumos klīniskas smaganu veselības parametri ir zondēšanas dziļums, kas nepārsniedz 3 mm, un asiņošana zondējot, kas ir mazā nekā 10%. Klīniskajā praksē smaganu veselību pacientam gan ar intaktu, gan reducētu periodontu diagnosticē, ja nav gingivītam raksturīgo iekaisuma pazīmju – zondēšanas dziļums nepārsniedz 3 mm, un asiņošana zondējot ir mazāk nekā 10%.

Klīniskajā praksē periodontālās ārstēšanas mērķis reducēta periodonta gadījumā ir pacients bez smaganu iekaisuma pazīmēm. Smaganu veselība stabila periodontīta pacientam jādiferencē no smaganu veselības reducētā periodontā pacientam bez periodontīta (recesija, klīniskā kroņa pagarināšana), jo abos gadījumos būtiski atšķiras periodonta slimības progresijas riski. Pēc periodontīta ārstēšanas pacients var neatgūt pilnīgu periodontālo veselību, kāda tā ir saskaņā ar definīciju, tomēr pētījumi liecina, ka šāds pacients var sasniegt periodontālu stabilitāti, kam raksturīga sekmīgas ārstēšanas gaitā panākta lokāla un sistēmiska riska faktoru kontrole, kā rezultātā līdz minimumam tiek samazināta asiņošana zondējot (< 10%), zondēšanas dziļums nepārsniedz 4 mm (bez asiņošanas zondējot),

ir optimāli pārējie klīniskie parametri un nav progresējošas periodonta destrukcijas pazīmju. Pacientam, kam ir ārstēts un stabils periodontīts, joprojām saglabājas paaugstināts atkārtota periodontīta risks, tādēļ turpmāk nepieciešama atbilstoša rūpīga uzraudzība.

1.2. Gingivīts vs. smaganu iekaisums

Ir būtiski nodalīt smaganu iekaisumu lokālā līmenī no gingivīta (visas mutes līmenī). Nepieciešami universāli diagnostikas principi, kas pielietojami gan populācijas novērojumos, gan ārstēšanas metožu izvēlei klīnikā, gan terapeitisko un profilaktisko metožu efektivitātes izvērtēšanā.

Galvenokārt izšķir divas smaganu slimību kategorijas:

- aplikuma biofilmas izraisītu gingivītu;
- aplikuma biofilmas neizraisītas smaganu slimības (sk. 1. tab.).

Aplikuma izraisīts gingivīts ir bakteriālā aplikuma un organisma imūnās atbildes mijiedarbības rezultātā radies iekaisums, kas skar tikai smaganu audus, taču neizplatās dziļākos periodonta audos (saknes cementā, periodontālajās saitēs un alveolārajā kaulā). Šāds iekaisums norit smaganu robežās līdz mukogingivālajai līnijai un ir atgriezenisks, ja tiek samazināts bakteriālā aplikuma daudzums smaganu malas rajonā.

Atkarībā no tā, vai aplikuma izraisīts gingivīts norit intaktā vai reducētā periodontā un vai pacientam bijis diagnosticēts periodontīts, to klasificē šādi:

- gingivīts intaktā periodontā;
- gingivīts reducētā periodontā;
- smaganu iekaisums reducētā periodontā sekmīgi ārstētam periodontīta pacientam (šis nav atkārtota periodontīta gadījums).

1. tabula. Periodonta veselības un smaganu slimību / stāvokļu klasifikācija

Periodonta un smaganu veselība	Gingivīts – biofilmas izraisīts	Smaganu slimības – aplikuma biofilmas neizraisītas
<ul style="list-style-type: none"> • Klīniska smaganu veselība intaktā periodontā; • Klīniska smaganu veselība reducētā periodontā: <ul style="list-style-type: none"> ◦ stabils stāvoklis periodontīta pacientam; ◦ bezperiodontīta pacientam 	<ul style="list-style-type: none"> • Saistīts tikai ar biofilmu • Lokālo vai sistēmisko riska faktoru modificēts • Medikamentu izraisīta smaganu palielināšanās 	<ul style="list-style-type: none"> • Ģenētiskie / attīstības traucējumi • Specifiskās infekcijas • Iekaisuma un imunoloģiskie stāvokļi • Reaktīvie procesi • Jaunveidojumi • Endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības • Traumatiski bojājumi • Smaganu pigmentācija

Gingivītu vienkārši, objektīvi un precīzi diagnosticē, izmantojot asiņošanas indeksu (*bleeding on probing* – *BoP*), nosakot asiņojošo punktu proporciju procentos (%) pēc principa – asiņo / neasiņo, veicot zondēšanu ar standartizētu periodontālo zondi ar kontrolētu spēku (~ 0,25 N) līdz smaganu rievās pamatnei 6 punktos pie katra zoba (meziobukāli, bukāli, distobukāli, meziolingvāli, lingvāli, distolingvāli).

Gingivīta izplatību mutes dobumā raksturo, nosakot asiņošanas indeksu (%):

- 10–30% – lokalizēts gingivīts;
- > 30% – ģeneralizēts gingivīts.

Runājot par periodontīta pacientu, drīzāk jālieto termins “smaganu iekaisums”, nevis “gingivīts”. Lai arī tehniski šie abi termini ir ar vienādu nozīmi, tika nolemts, ka vienam pacientam vienlaikus nevar tikt diagnosticētas divas slimības – periodontīta pacients nevar būt gingivīta pacients. Neraugoties uz to, pacientam, kas slimo ar periodontītu, pēc ārstēšanas var būt smaganu iekaisums vairākās vietās ar zondēšanas dziļumu ≤ 3 mm, tomēr šādiem pacientiem nav nepieciešama saknes virsmas attīrīšana, kā tas ir atkārtota periodontīta gadījumā, bet gan mutes dobuma higiēnas pastiprināšana un aplikuma noņemšana, lai novērstu lokalizētu smaganu iekaisumu.

Periodontīta sekas ir neatgriezeniskas, un pacientam ar periodontītu saglabājas augsts slimības atkārtšanās risks.

Šis risks saglabājas neatkarīgi no tā, vai pacientam

- sekmīgas ārstēšanas rezultātā pašreiz ir stabila periodontālā veselība (sk. 3. att.);
- ir lokāla smaganu iekaisuma pazīmes, ko nosaka asiņošana zondējot vietās, kas ≤ 3 mm;
- ir 4 mm slēgtas periodontālās kabatas bez asiņošanas.



3. attēls. Smaganu veselība / stabilitāte reducētā periodontā pacientam ar periodontītu

Ja periodontīts ir vienreiz diagnosticēts, diagnoze saglabājas uz mūžu un nav atceļama.

Šis periodontīta pacienta statuss jebkurā brīdī pēc sekmīgas ārstēšanas var tikt iedalīts trīs kategorijās:

- **kontrolēts:** vesels /stabils;
- **remisija:** smaganu iekaisums;
- **nekontrolēts:** atkārtots periodontīts / nestabils (sk. 4. att.).

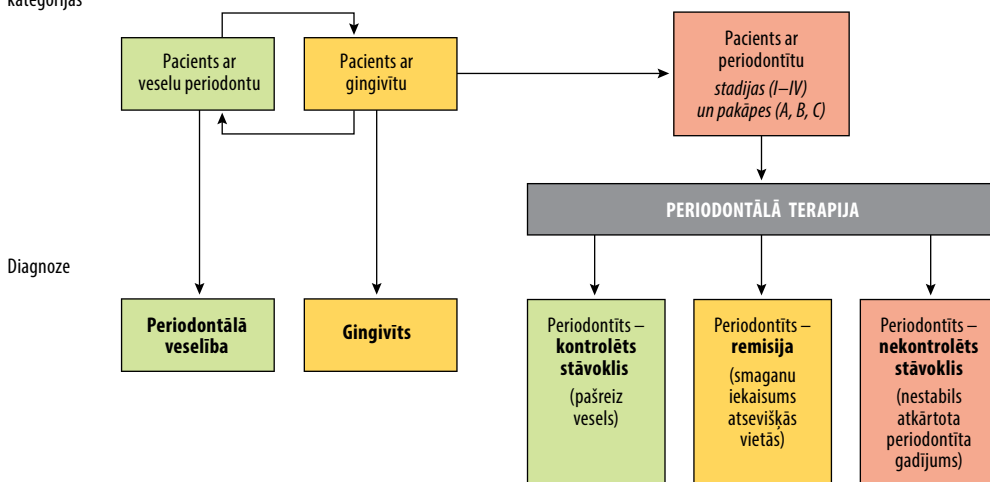
Periodontīta noteikšanas kritēriju atšķirības, veicot pētījumus un klīnisko aprūpi. Nākotnē var rasties sarežģījumi, cenšoties sabalansēt divas nepieciešamības: nosakot periodontīta izplatību epidemioloģiskos pētījumos un izstrādājot klīniskās aprūpes protokolus, lai izvairītos no pārmērīgas ārstēšanas veiksmīgi ārstētiem periodontīta pacientiem. Veselības definēšanai reducētā periodontā pacientam ar ārstētu periodontītu noteikts ≤ 3 mm sliexsnis, veicot epidemioloģiskus pētījumus, jo svarīgi konstatēt visus periodontīta gadījumus. Veicot klīnisko aprūpi, noteikts ≤ 4 mm sliexsnis (bez asiņošanas zondējot), jo jāizvairās no neasiņojošu 4 mm periodontālo kabatu pārmērīgas ārstēšanas.

Gingivīta riska faktori. Gingivīts tiek vienkārši klasificēts kā gingivīts intaktā vai reducētā periodontā.

Predisponējošie faktori (lokālie riska faktori), kas veicina aplikuma uzkrāšanos:

- aplikuma retences faktori (piemēram, restaurāciju pārkares vai subgingivālas kroņu malas (sk. 5. att.));
- mutes sausums.

Pacientu iedalījums kategorijās



4. attēls. Veselība un biofilmas izraisīts gingivīts intaktā un reducētā periodontā: no klasifikācijas līdz diagnozei



5. attēls. Predisponējošie faktori (lokālie riska faktori), piemēram, aplikuma retences faktori

Modificējošie faktori (sistēmiskie riska faktori), kas izmaina imūnsistēmas atbildes reakciju uz aplikuma izraisītu iekaisumu:

- smēķēšana;
- hiperglikēmija (pacientiem ar cukura diabētu);
- pazemināts antioksidantu mikroelementu (piemēram, C vitamīna) daudzums;
- medikamenti (piemēram, imūnmodulatori);
- paaugstināts dzimumhormonu līmenis;
- hematoloģiski traucējumi (piemēram, neitropēnija).

Aplikuma biofilmas izraisīta gingivīta iedalījums trīs kategorijās:

- 1) saistīts tikai ar biofilmu;
- 2) lokālo vai sistēmisko riska faktoru modificēts;
- 3) medikamentu izraisīta smaganu palielināšanās (sk. 6. att.).

Aplikuma neizraisīto smaganu stāvokļu un bojājumu iedalījums astoņās kategorijās:

- 1) ģenētiskie / attīstības traucējumi;
- 2) specifiskās infekcijas;
- 3) iekaisuma un imunoloģiskie stāvokļi;
- 4) reaktīvie procesi;
- 5) neoplazmas (jaunveidojumi);
- 6) endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības;
- 7) traumatiski bojājumi;
- 8) smaganu pigmentācija.



6. attēls. Medikamentu izraisīta smaganu palielināšanās

Standartizētas zondes nepieciešamība. Tiek atzīta nepieciešamība izstrādāt ISO standartam atbilstošu konstanta spēka periodontālo zondi, jo zondēšanas dziļums var variēt atkarībā no zondēšanas spēka.

2. Periodontīts

Agrāk, mēģinot klasificēt periodontītu, uzmanība galvenokārt tika pievērsta jautājumam, vai fenotipiski atšķirīgi gadījumi ir atšķirīgas slimības vai arī vienas slimības atšķirīgas izpausmes, kas ir unikālas katram pacientam.

1999. gadā apstiprinātā klasifikācijas sistēma tika plaši izmantota gan klīniskajā praksē, gan zinātniskajos pētījumos, tomēr tajā bija nepilnības, piemēram, diagnozes pārklājās, nebija skaidru un patobioloģijā balstītu atšķirību starp tām, tāpēc šo klasifikācijas sistēmu bija grūti pielietot ikdienas praksē.

2017. gadā, izstrādājot jauno klasifikāciju, tika izskatīti zinātniskie pierādījumi un izdarīti četri galvenie secinājumi:

- 1) nav zinātnisku pierādījumu par specifisku patofizioloģiju, balstoties uz kuriem būtu iespējams diferencēt agresīva un hroniska periodontīta gadījumus vai pierādīt, ka abos gadījumos nepieciešama atšķirīga medicīniskā iejaukšanās;
- 2) ir ļoti maz konsekventu pierādījumu tam, ka agresīvs un hronisks periodontīts ir divas atšķirīgas slimības. Toties pierādījumi apstiprina, ka multipli faktori un to savstarpējā mijiedarbība ietekmē klīniski novērojamus atšķirīgus slimības iznākumus (fenotipus) individuālā gadījumā;
- 3) periodontīta progresijas vidējie rādītāji ir vienādi visās novērotajās pasaules populācijās, tomēr pierādījumi liecina, ka specifiskām populācijas grupām slimība progresē atšķirīgi;
- 4) tikai uz slimības smaguma pakāpi balstīta klasifikācijas sistēma neļauj identificēt nozīmīgas individuālas slimības dimensijas, tostarp komplikētību, kas nosaka terapeitisko pieeju, un riska faktoros, kas ietekmē slimības iznākumu.

Balstoties uz šiem secinājumiem, ir pieņemta jauna periodontīta klasifikācijas shēma. Slimības formas, kas iepriekš tika apzīmētas kā hronisks periodontīts un agresīvs periodontīts, tagad ir iekļautas vienā kategorijā – periodontīts.

Ir izstrādāta multidimensionāla stadiju un pakāpju sistēma, ar kuras palīdzību iespējams atspoguļot atšķirīgas periodontīta izpausmes katrā individuālā gadījumā. Stadijas norāda uz slimības smaguma pakāpi, savukārt pakāpes atspoguļo slimības iespējamo progresijas ātrumu.

2.1. Periodontīta klīniskā diagnostika

Periodontīts ir hroniska, multifaktoriāla iekaisuma slimība, kas saistīta ar disbiotisku aplikuma biofilmu un kam raksturīga zoba balstaudu aparāta progresējoša destrukcija.

Bakteriālās biofilmas veidošanās izraisa iekaisumu smaganu audos, savukārt periodontītam raksturīgi trīs faktori:

- 1) periodontālā balsta zudums, kas klīniski izpaužas kā klīniskā piestiprinājuma zudums (*clinical attachment loss* - CAL) un radioloģiski novērojams alveolārā kaula zudums;
- 2) periodontālo kabatu klātbūtne;
- 3) smaganu asiņošana zondējot.

Gūtie pierādījumi apstiprina multifaktoriālu ietekmi (tostarp smēķēšanas ietekmi) uz vairākām imūnajām iekaisuma reakcijām. Tas padara disbiotiskas mikrobioma izmaiņas atsevišķiem pacientiem vairāk iespējamās nekā citiem un var būtiski iespaidot slimības smaguma pakāpi šādiem indivīdiem.

Lai noteiktu periodontīta diagnozi, jāveic trīs secīgi soļi:

- 1) identificē pacientu kā periodontīta gadījumu;
- 2) identificē specifisku periodontīta tipu;
- 3) apraksta klīniskās izpausmes un citus elementus, kas skar klīnisko aprūpi, prognozi un potenciāli ietekmē kā mutes, tā arī vispārējo veselību.

Klīniskajā aprūpē pacientam periodontīta diagnoze tiek noteikta, ja iekaisuma rezultātā radies periodontālā balsta zudums ir primārā pazīme. Klīniskā piestiprinājuma zudums (CAL) tiek aprēķināts no cementa-emasijas robežas, veicot cirkulāru pastāvīgā zoba izmeklēšanu ar standartizētu periodontālo zondi.

Periodontīta diagnostika. Pacientam periodontīta diagnoze tiek noteikta, ja:

- interdentaļu CAL atrod ≥ 2 blakus neesošiem zobiem;
- bukālu / orālu CAL ≥ 3 mm ar kabatu > 3 mm atrod ≥ 2 zobiem;
- uz konstatēto CAL nevar attiecināt kādu no šiem cēloņiem:
 - smaganu recesija vai traumatisks cēlonis;
 - kariess zoba cervikālajā daļā;
 - CAL atrodas otrā molāra distālajā virsmā un ir saistīts ar trešā molāra malpozīciju vai ekstrakciju;
 - endodontiska bojājuma margināla drenēšanās caur periodontu;
 - vertikāls zoba saknes lūzums.

Klīniskā piestiprinājuma zuduma noteikšana. Ņemot vērā, ka, ar standarta periodontālo zondi veicot klīniskā piestiprinājuma zuduma mērījumu, ir iespējama kļūda, iniciālās stadijas periodontīta kļūdaina diagnosticēšana ir neizbēgama, un tas ietekmē diagnostikas precizitāti. Interdentālā piestiprinājuma zuduma noteikšana

atsevišķos gadījumos var būt apgrūtināta dažādu lokālu apstākļu dēļ, kas traucē konstatēt cementa-emaslas robežas atrašanās vietu (piemēram, zobakmens, restaurāciju malas novietojums, zoba virsmas defekti), kā arī mērījumi var nedaudz atšķirties, ja tos veic dažādi speciālisti (piemēram, periodontologs vai vispārējās prakses zobārsts).

Asiņošana zondējot. Periodontīta aprakstā jāiekļauj klīniski nozīmīgi parametri: asiņošanas indekss (*bleeding on probing – BoP*), nosakot asiņojošo punktu proporciju procentos (%), un to zobu skaits un proporcija (procentos no visiem zobiem), kuru zondēšanas dziļums kaut vienā punktā pārsniedz noteiktu sliekšni (visbiežāk ≥ 4 mm un ≥ 6 mm). Jāatzīmē, ka periodonta iekaisums, kura vispārpieņemts mērījums ir asiņošana zondējot, ir nozīmīgs klīniskais parametrs periodontīta ārstēšanas iznākuma novērtēšanā un atlikušā riska noteikšanā pēc ārstēšanas. Tomēr asiņošana zondējot nemaina sākotnējo diagnozi, ko nosaka pēc klīniskā piestiprinājuma zuduma, vai sākotnēji noteikto periodontīta smaguma pakāpi.

Slimības smaguma pakāpe

Periodontālo audu destrukcijas apjoms diagnosticēšanas brīdī apzīmē slimības smaguma pakāpi, ko mēra pēc piestiprinājuma zuduma vai kaula zuduma apjoma. Nosakot smaguma pakāpi, jāņem vērā periodontīta izraisīts zobu zaudējums. Vēl viens slimības smaguma aspekts ir ārstēšanas sarežģītība. Diagnostiskajā klasifikācijā ir jāiekļauj tādi faktori kā zondēšanas dziļums, kaula zuduma tips (vertikāls un / vai horizontāls), furkāciju iesaistīšanās, zoba kustīgums, zaudēto zobu skaits, sakodiena traucējumi un paaugstinātas sarežģītības ārstēšanas nepieciešamība. Līdzīgi klasifikācijā iekļaujama arī slimības izplatība mutes dobumā jeb apmērs, ko nosaka pēc periodonta audu destrukcijas skarto zobu skaita un izplatības.

2.2. Periodontīta formas

Pamatojoties uz patofizioloģiju, ir identificētas trīs skaidri atšķirīgas periodontīta formas:

- 1) periodontīts,
- 2) nekrotizējošs periodontīts,
- 3) periodontīts kā sistēmisku slimību tieša izpausme.

Nosakot slimības formu, diferenciāldiagnostika tiek balstīta uz pacienta slimības vēsturi, specifiskām nekrotizējošā periodontīta pazīmēm un simptomiem un tādu sistēmisko slimību klātbūtni vai neesamību, kas visnotaļ ietekmē visa organisma imūno atbildi.

Nekrotizējošam periodontītam raksturīgas sāpes anamnēzē, čūlaina smaganu mala un / vai fibrīna nogulsnes vietās ar raksturīgi dekapitētām interdentalām papillām, dažos gadījumos arī marginālā kaula ekspozicija.

Periodontīta kā sistēmisku slimību tiešas izpausmes gadījumā rekomendē sekot primārās slimības klasifikācijai saskaņā ar Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) (SSK) kodu.

2.3. Periodontīta stadijas un pakāpes

Katrs individuāls periodontīta gadījums raksturojams, izmantojot vienkāršu četru soļu matricu (sk. 3. nodaļu “Periodontīta stadijas un pakāpes noteikšanas algoritms”), kurā aprakstīta slimības stadija un pakāpe. Izšķir četras stadijas un trīs pakāpes.

Stadiju nosaka pēc periodonta klīniskajiem parametriem diagnozes noteikšanas brīdī, ņemot vērā arī konkrētā pacienta ārstēšanas sarežģītību. Stadijas noteikšanai iegūtie dati jāpapildina ar informāciju par slimībai raksturīgo bioloģisko pakāpi, kas ir balstīta uz trīs parametru kopām:

- 1) periodontīta progresijas ātrumu;
- 2) atzītiem periodontīta progresijas riska faktoriem;
- 3) indivīda sistēmiskās veselības apdraudējuma riskiem.

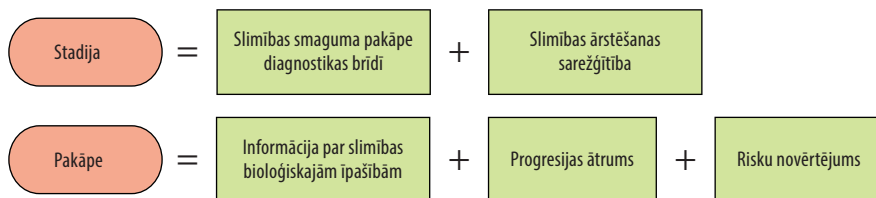
Šīs klasifikācijas ietvaros stadiju piešķiršana lielā mērā ir atkarīga no slimības smaguma pakāpes konkrētajā brīdī un no slimības ārstēšanas sarežģītības. Tajā pašā laikā iedalījums pakāpēs nodrošina papildu informāciju par slimības bioloģiskajām īpašībām. Šīs īpašības ietver anamnēzē balstītu periodontīta progresijas ātruma analīzi, turpmākā progresijas riska novērtējumu, vāja ārstēšanas iznākuma iespējamības analīzi un slimības vai tās ārstēšanas negatīvas ietekmes uz pacienta vispārējo veselību riska novērtējumu.

2.3.1. Periodontīta stadijas

Periodontīta stadijas noteikšanas procesā jāņem vērā divi aspekti: tā smaguma pakāpe un ārstēšanas sarežģītība (sk. 7. att.).

Smaguma pakāpe. Primārais mērķis ir klasificēt periodontīta izraisītās audu destrūkcijas un bojājumu lielumu un apjomu. To veic, nosakot klīniskā piestiprinājuma zudumu ar zondēšanas palīdzību un kaula zudumu radioloģiskā izmeklējumā. Šeit jāiekļauj arī informācija par zaudēto zobu skaitu, ja to zaudējuma iemesls ir bijis periodontīts.

Ārstēšanas sarežģītība. Sekundārais mērķis ir noteikt, cik sarežģīta būs pacienta ārstēšana, kas nepieciešama viņa slimības kontrolei, zobu funkcijas un estētikas ilglaicīgai nodrošināšanai un zobu aprūpei.



7. attēls. Periodontīta stadijas un pakāpes noteikšana

Stadiju noteikšana. Periodontīta smaguma pakāpe tiek noteikta, pirmām kārtām ņemot vērā interdentalā pietūpuma zudumu, kas attiecināms uz periodontītu, un marginālā kaula zudumu. Šī rādītāja novērtēšanā vadās pēc slimības vissmagāk skartā zoba.

Ārstēšanas sarežģītības noteikšanā ņem vērā šādus faktorus: dziļas periodontālās kabatas, vertikālus defektus, furkāciju iesaistīšanos, zoba hipermobilitāti, zobu pārvietošanos vai pozīcijas maiņu, zoba zaudējumu, alveolārā kaula kores defektu un mastikatorās funkcijas zudumu (sk. 8. att.).

2.3.2. Periodontīta pakāpes

Slimības pakāpes piešķiršana pacientam ar periodontītu ietver periodontīta progresijas nākotnes riska un iespējamās atbildes reakcijas uz standarta terapeitiskajām metodēm novērtējumu. Ņemot vērā atbilstošo slimības pakāpi, tiek izvēlēta piemērotas intensitātes terapija un sekundāri prevencijas pasākumi pēc terapijas. Pakāpju noteikšana ļauj novērtēt slimības progresijas ātrumu, izmantojot tiešus vai netiešus pierādījumus.

Tiešie pierādījumi tiek balstīti uz pieejamiem longitudināliem novērojumiem, piemēram, iepriekš veiktiem radiogrāfiskiem izmeklējumiem. Netiešie pierādījumi tiek balstīti uz kaula zuduma novērtējumu vissmagāk skartajam zobam sakodienā attiecībā pret pacienta vecumu (radioloģiskā kaula zuduma mērījumu no zoba saknes garuma, kas izteikts procentos, matemātiski dalot to ar subjekta vecumu gados).

Periodontīta pakāpe var tikt modificēta, ņemot vērā pastāvošos riska faktorus. Klīnikā pakāpju piešķiršanu pielieto šādā veidā: vispirms piešķir progresijas vidējo – B – pakāpi un pēc tam meklē tiešus vai netiešus pierādījumus lielākam slimības progresijas ātrumam, kas atbilst C pakāpei. A pakāpi piešķir, kad slimības progresija ir apstājusies (sk. 9. att.).



8. attēls. Periodontīta stadijas



9. attēls. Periodontīta pakāpes

Ja pacientam ir riska faktori, kas saistīti ar lielāku slimības progresijas ātrumu vai vājāku atbildi uz ārstēšanu, pakāpes vērtējums jāpaaugstina neatkarīgi no primārajiem pakāpi noteicošajiem kritērijiem.

Piemēram, gadījumu var raksturot vidējs piestiprinājuma zudums (II stadija), kur pieņemto vidējo progresijas ātrumu (B pakāpe) modificē vāji kontrolēta 2. tipa cukura diabēta klātbūtne. Tas ir riska faktors, kurš maina pakāpi uz ātru progresiju (C pakāpe).

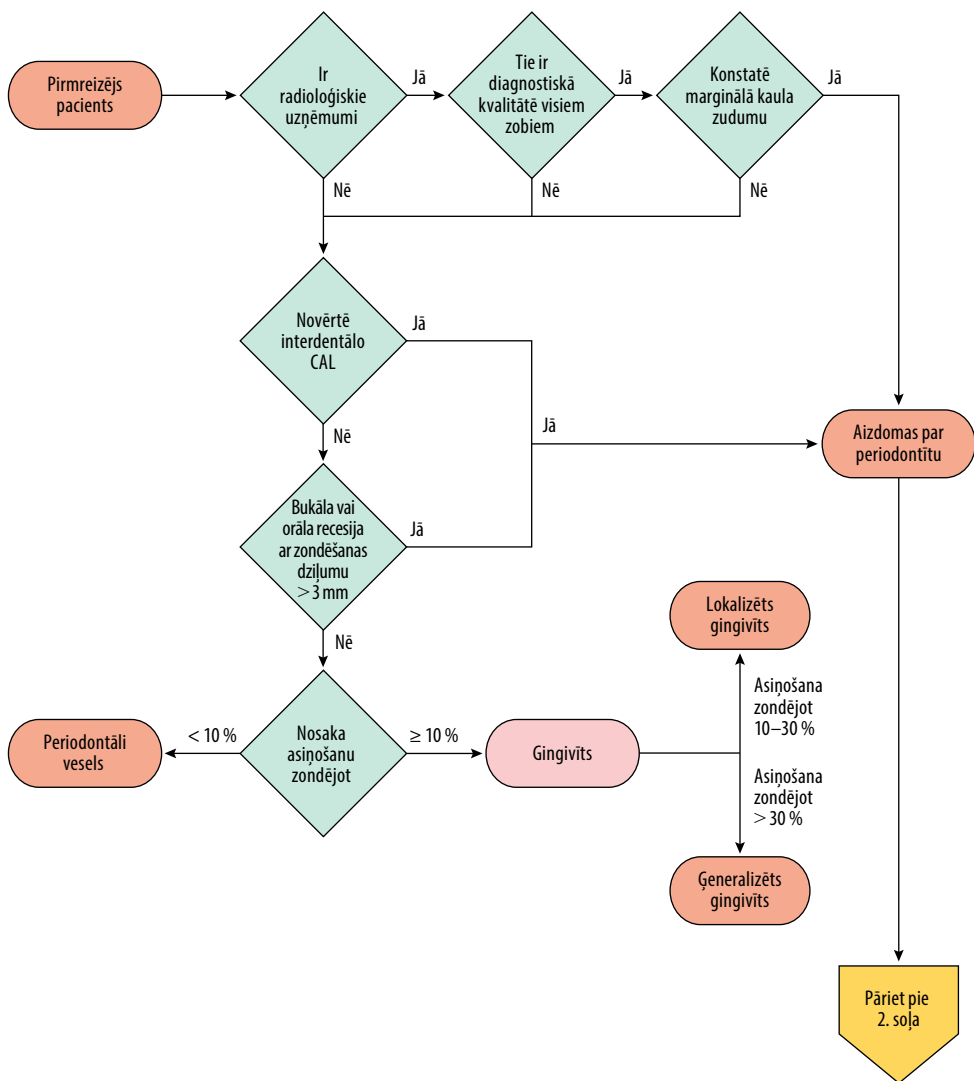
3. Periodontīta stadijas un pakāpes noteikšanas algoritms

3.1. Pacienta pirmreizēja izmeklēšana (1. solis)

Standarta radioloģiskās izmeklēšanas metode periodontoloģijā ir periapikālās radiogrammas visiem zobiem. Ja periapikālās radiogrammas nav pieejamas vai nav iespējams tās veikt, var izmantot panorāmas radiogrammu, tomēr jāreķinās ar šīs metodes neprecīzu interproksimālā kaula atainojumu. Periodontīta sākotnējās stadijas diagnostikai ir izmantojamas arī interproksimālās radiogrammas (*Bite-Wing* - BW), ja interproksimālais kauls tajās ir skaidri redzams.

Sastopot pacientu pirmreiz, jānoskaidro, vai ir pieejamas kvalitatīvas mutes dobuma radiogrammas. Ja jā, tad jāizvērtē, vai ir saskatāms marginālais kaula līmenis jebkurā sakodiena daļā. Ja konstatē interproksimālā kaula zudumu, ir aizdomas par periodontītu.

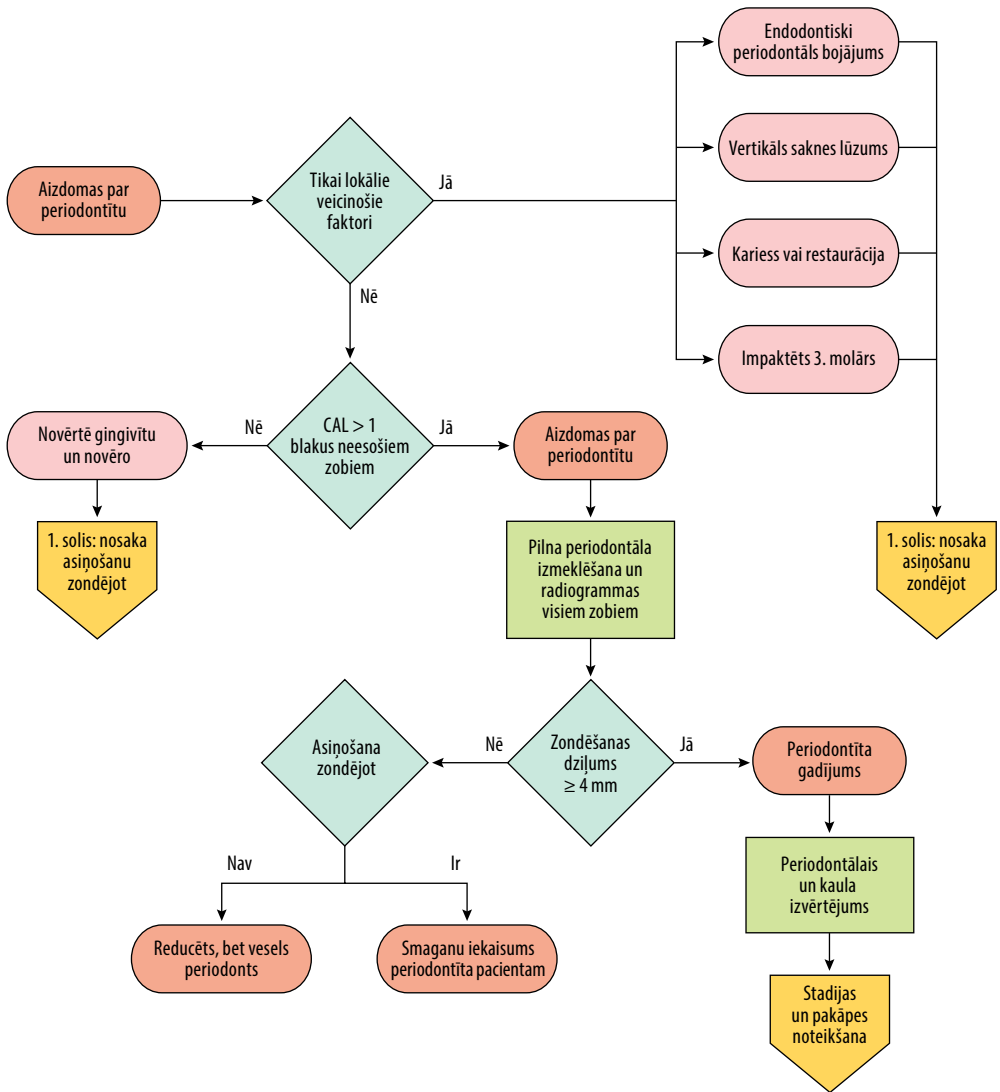
Tajā pašā laikā neatkarīgi no radioloģiskās atrades jāveic klīniskā izmeklēšana un jānovērtē interdentālais klīniskā pietiprinājuma zudums (CAL). Ja interdentālo klīniskā pietiprinājuma zudumu konstatē, iespējams, šis ir periodontīta gadījums. Ja interdentālais klīniskā pietiprinājuma zudums nav konstatēts, jāizvērtē, vai ir bukālās recesijas ar zondēšanas dziļumu vairāk nekā 3 mm. Ja šādas recesijas tiek konstatētas, šim pacientam, iespējams, ir periodontīts. Ja bukāli neatrod vairāk nekā 3 mm zondēšanas dziļumu, visā mutē jāizvērtē asiņošana zondējot (%). Ja tā ir vairāk nekā 10 %, pacientam diagnosticē gingivītu. Ja asiņošanu zondējot konstatē mazāk nekā 10 %, tiek diagnosticēts vesels periodonts (sk. 10. att.).



10. attēls. 1. solis – pacienta pirmreizēja izmeklēšana

3.2. Pacienta izmeklēšana, ja ir aizdomas par periodontītu (2. solis)

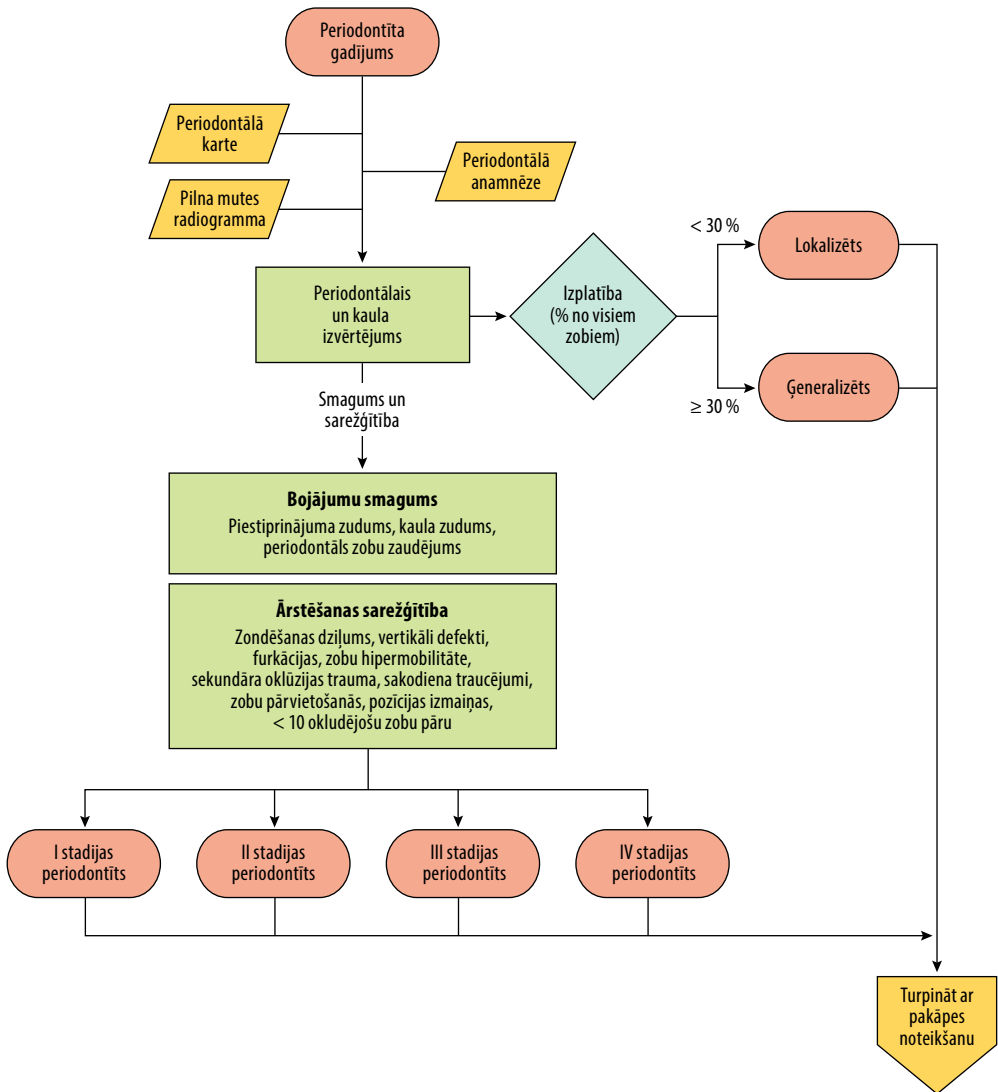
Ja mutes dobuma izmeklēšanā tiek konstatēts interdentālā piestiprinājuma zudums (CAL) un ir aizdomas par periodontītu, jānosaka, vai klīniskā piestiprinājuma zudumu ir izraisījis tikai lokāls faktors, piemēram, endodontiski periodontāls bojājums, vertikāls zoba saknes lūzums, kariess, restaurācija vai impaktēts trešais molārs. Ja ne, tad jānoskaidro, vai interdentālā piestiprinājuma zudums atrodas pie vairāk nekā viena blakus neesoša zoba. Ja jā, tad šis ir periodontīta gadījums un ir nepieciešama detalizēta diagnostika, kas ietver pilnu periodonta izmeklēšanu, periodontālās kartes aizpildīšanu un pilnu mutes radioloģisku izmeklēšanu. Ja periodontālā karte neuzrāda zondēšanas dziļumu 4 mm un vairāk, nepieciešams noteikt asiņošanu zondējot (%) visā mutē. Ja asiņošana zondējot ir vairāk nekā 10%, diagnoze ir “smaganu iekaisums pacientam ar periodontītu”. Ja tā ir mazāk nekā 10%, diagnoze ir “reducēts, bet vesels periodonts”. Ja periodontālā karte uzrāda zondēšanas dziļumu 4 mm vai vairāk, diagnoze ir “periodontīts”. Šādā gadījumā jāturpina noteikt slimības stadiju un pakāpi (sk. 11. att.).



11. attēls. 2. solis – pacienta ar aizdomām par periodontītu izmeklēšana

3.3. Pacienta izmeklēšana, ja jānosaka periodontīta stadija (3.a solis)

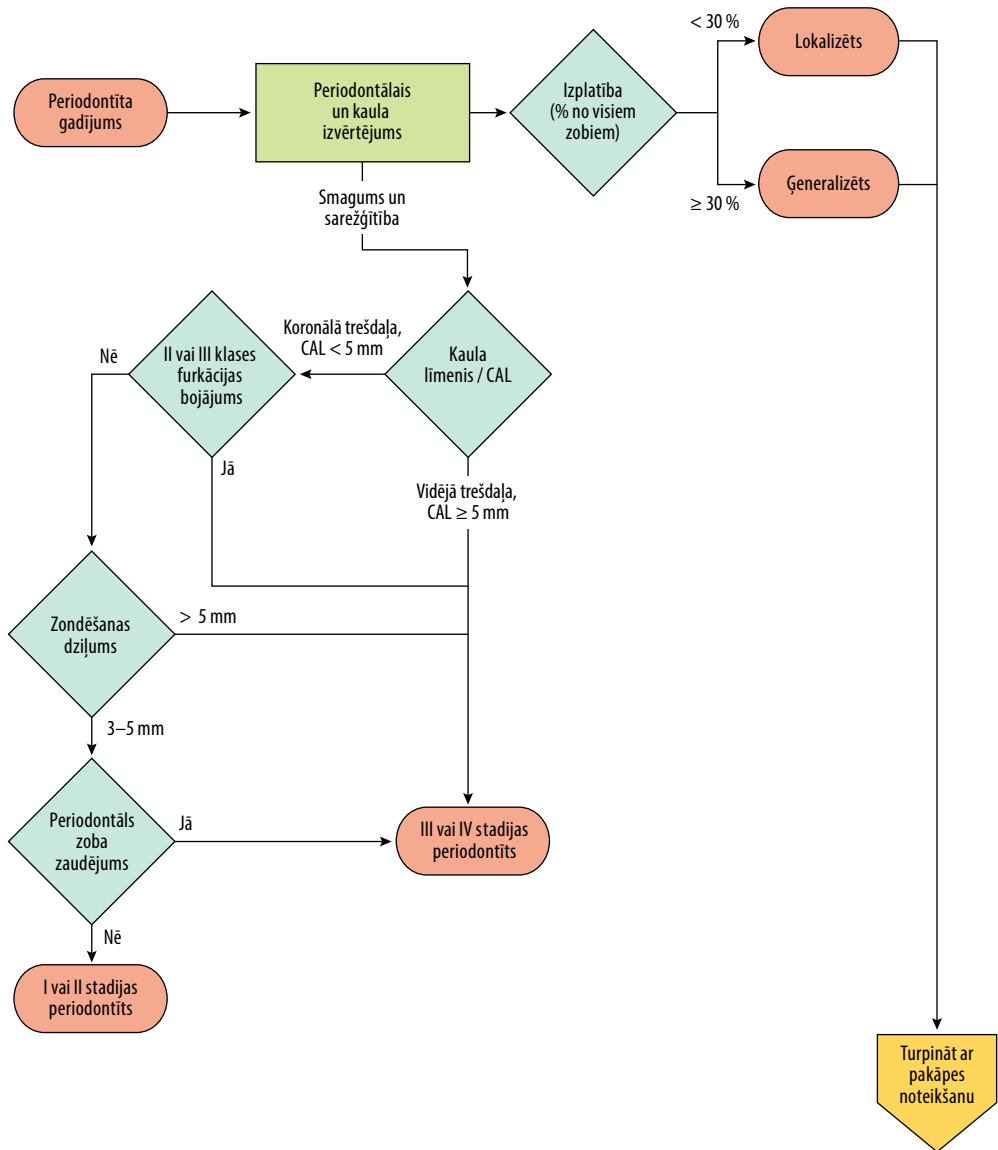
Lai katrā individuālā periodontīta gadījumā noteiktu tā stadiju, nepieciešama šāda informācija: pilna mutes radiogrāfiska izvērtēšana (periapikālās radiogrammas), periodontālā karte, zobu zaudējuma periodontālā anamnēze (sk. 12. att.). Vispirms jānovērtē slimības apmērs, nosakot, vai klīniskais piestiprinājuma zudums / kaula zudums skar mazāk nekā 30 % zobu (lokalizēts) vai 30 % un vairāk zobu (ģeneralizēts). Pēc tam jādefinē slimības stadija, novērtējot smaguma pakāpi (klīniskā piestiprinājuma zudumu, kaula zudumu un periodontīta dēļ zaudēto zobu skaitu) un sarežģītību (zondēšanas dziļumu, furkāciju bojājumus, vertikālos kaula defektus, zobu kustīgumu, sekundāru oklūzijas traumu, sakodiena traucējumus, zobu pārvietošanos un pozīcijas maiņu vai mazāk nekā 10 okludējošus zobu pārus).



12. attēls. 3.a solis – periodontīta stadijas noteikšana

3.4. Periodontīta III un IV stadijas diferencēšana no I un II stadijas (3.b solis)

Ja klīniskā piestiprinājuma zudums (CAL), kas ir lielāks nekā 5 mm, vai arī kaula zudums, kas skar zoba saknes vidējo trešdaļu vai tālāk, ir pie vairāk nekā diviem blakus esošiem zobiem, diagnoze ir III vai IV stadija. Ja klīniskā piestiprinājuma zudums ir 5 mm vai mazāk pie mazāk nekā diviem zobiem, jāmeklē II vai III pakāpes furkāciju bojājumi. Ja tos konstatē, diagnoze ir III vai IV stadija. Ja furkāciju bojājumu nav, jāpārbauda zondēšanas dziļums, un, ja tas ir lielāks nekā 5 mm pie vairāk nekā diviem blakus esošiem zobiem, diagnoze ir III vai IV stadija. Ja zondēšanas dziļums ir 3–5 mm, jānosaka, vai zobi ir zaudēti periodontīta dēļ. Ja jā, tad diagnoze ir III vai IV stadija. Ja ne, tad diagnoze ir I vai II stadija (sk. 13. att.). Runājot par zondēšanas dziļumu, pielietojot šo kritēriju diagnozes paaugstināšanai no I vai II stadijas uz III vai IV, jāveic klīniska izvērtēšana. Piemēram, gadījumā, ja pacientam ir pseidokabatas, tad diagnoze saglabājas “II stadijas periodontīts”.



13. attēls. 3.b solis – periodontīta III un IV stadijas diferencēšana no I un II stadijas

3.5. Periodontīta stadijas (I–IV) noteikšana (3.c solis)

I un II stadijas noteikšana ir balstīta uz klīniskā piestiprinājuma zuduma (CAL) un kaula zuduma līmeni.

I stadija:

- kaula zudums ir mazāks par 15%;
- klīniskā piestiprinājuma zudums ir 1–2 mm.

II stadija:

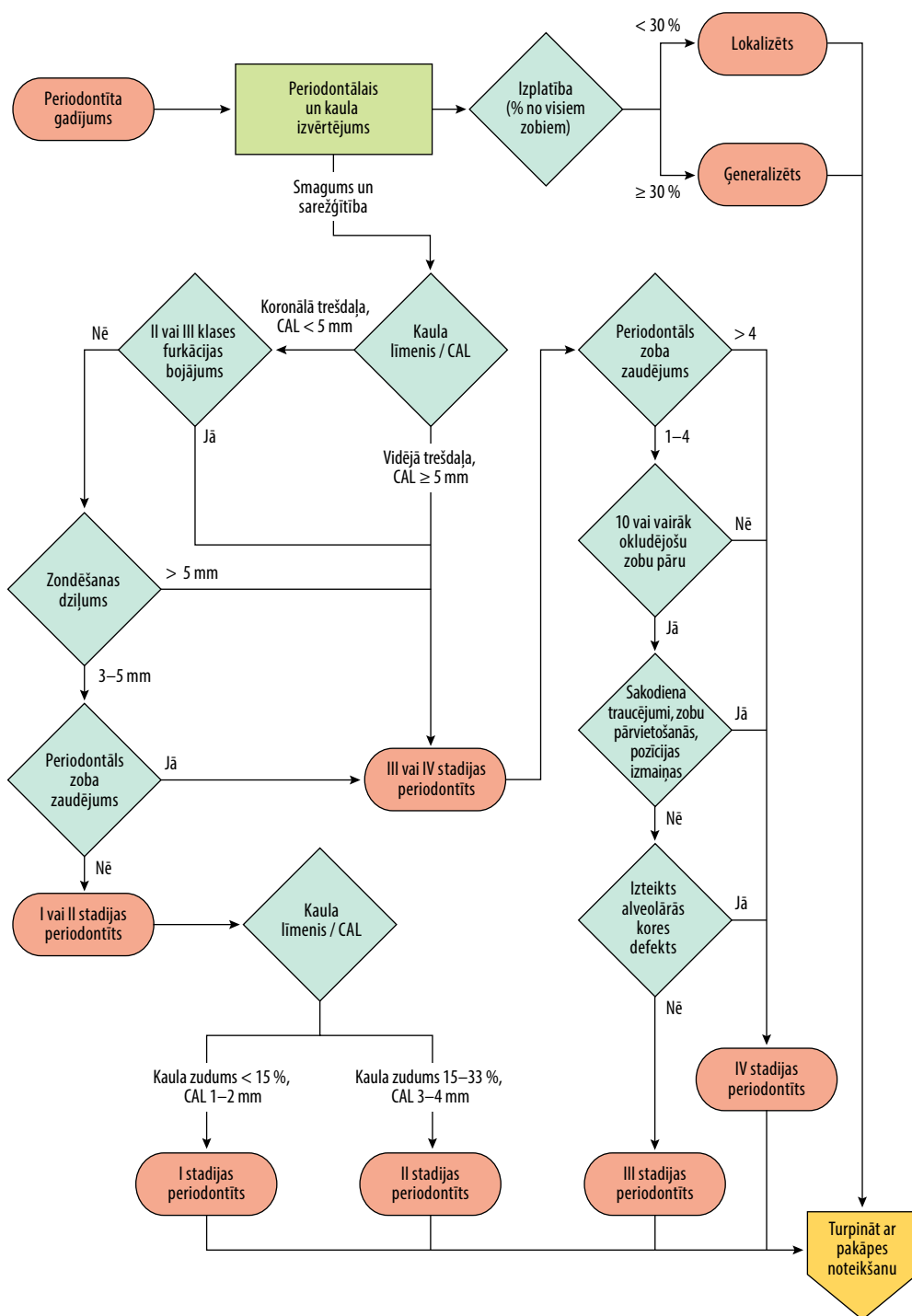
- kaula zudums ir 15–33%;
- klīniskā piestiprinājuma zudums ir 3–4 mm.

III stadija:

- kaula zuduma līmenis skar saknes vidējo trešdaļu vai vairāk;
- klīniskā piestiprinājuma zudums ir 5 mm vai vairāk;
- periodontāls zobu zaudējums – līdz 4 zobiem;
- mutē ir vismaz 10 okludējošu zobu pāru;
- nav sakodiena traucējumu, zobu pārvietošanās, izmaiņas zoba pozīcijas vai izteikta alveolārās kores defekta.

IV stadija:

- kaula zuduma līmenis skar saknes vidējo trešdaļu vai vairāk;
- klīniskā piestiprinājuma zudums ir 5 mm vai vairāk;
- periodontāls zobu zaudējums – vairāk par 4 zobiem;
- mazāk nekā 10 okludējošu zobu pāru;
- ir sakodiena traucējumi, zobu pārvietošanās, izmaiņa zoba pozīcija vai izteikts alveolārās kores defekts (sk. 14. att.).



14. attēls. 3.c solis – periodontīta stadiju noteikšana

3.6. Periodontīta pakāpes noteikšana pacientam bez iepriekšējiem datiem (4.a solis)

Ja pacienta agrākie periodontālās izmeklēšanas dati nav pieejami, tad, izmantojot pilnas mutes periapikālās radiogrammas, jāaprēķina kaula zuduma un pacienta vecuma attiecība (sk. 15. att.).

Ja kaula zuduma (%) attiecība pret pacienta vecumu (gados) ir

- no 0,25 līdz 1,0, – diagnoze ir B pakāpes periodontīts;
- mazāka par 0,25, – diagnoze ir A pakāpes periodontīts;
- lielāka par 1,0, – diagnoze ir C pakāpes periodontīts.

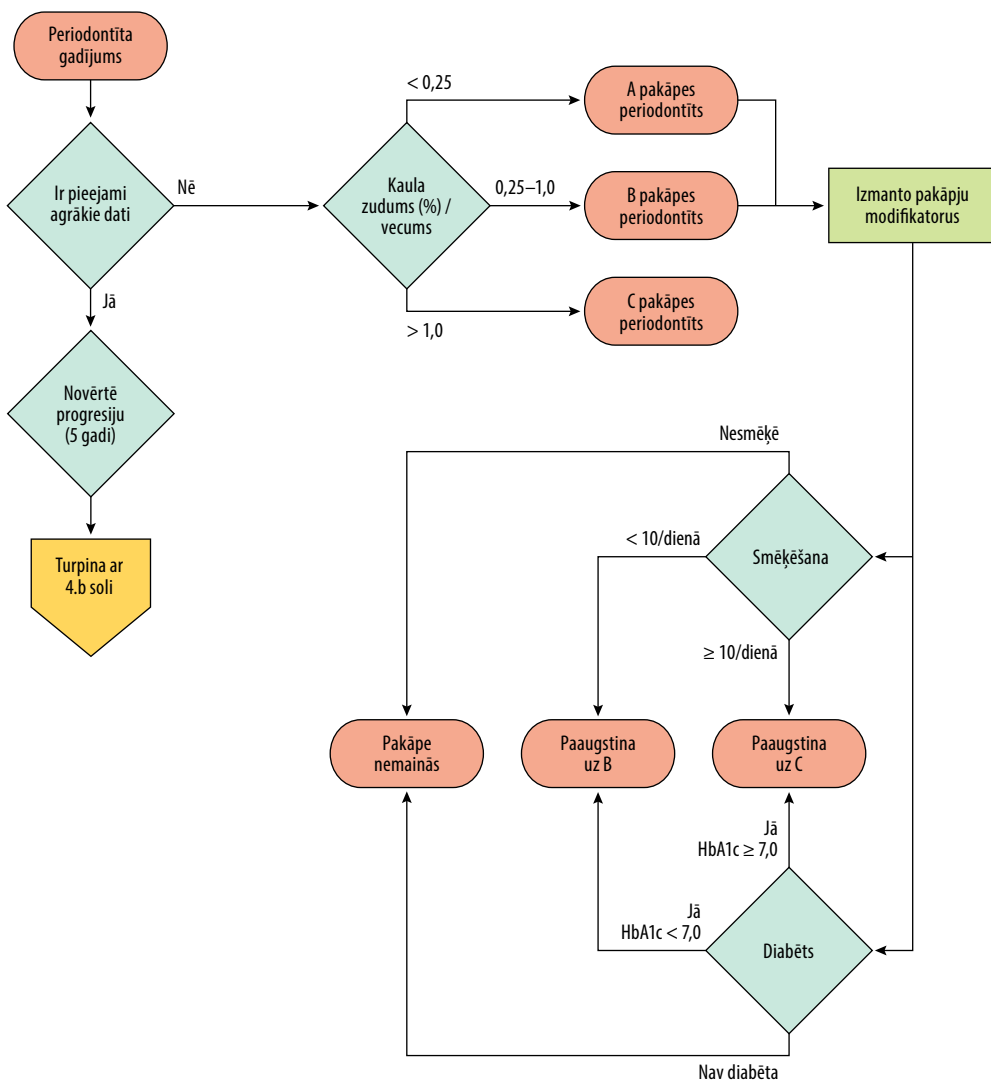
A un B pakāpi var paaugstināt, ja pacients smēķē vai slimo ar cukura diabētu.

Pacientam, kurš smēķē

- 10 vai vairāk cigaretes dienā, – periodontīta pakāpi paaugstina uz C;
- mazāk par 10 cigaretēm dienā, – periodontīta pakāpi paaugstina uz B.

Pacientam, kurš slimo ar cukura diabētu un kuram HbA1c ir

- zem 7,0, – periodontīta pakāpi paaugstina uz B;
- 7,0 vai vairāk, – periodontīta pakāpi paaugstina uz C.



15. attēls. 4.a solis – periodontīta pakāpes noteikšana pacientam bez iepriekšējiem datiem

3.7. Periodontīta pakāpes noteikšana pacientam pēc iepriekšējiem datiem (4.b solis)

Ja pacienta agrākie periodontālās izmeklēšanas dati ir pieejami, jāaprēķina periodontīta progresijas ātrums pēdējo piecu gadu laikā (sk. 16. att.).

Ja progresija piecu gadu laikā

- nav notikusi, – diagnoze ir A pakāpes periodontīts;
- ir mazāka par 2 mm, – diagnoze ir B pakāpes periodontīts;
- ir 2 mm vai lielāka, – diagnoze ir C pakāpes periodontīts.

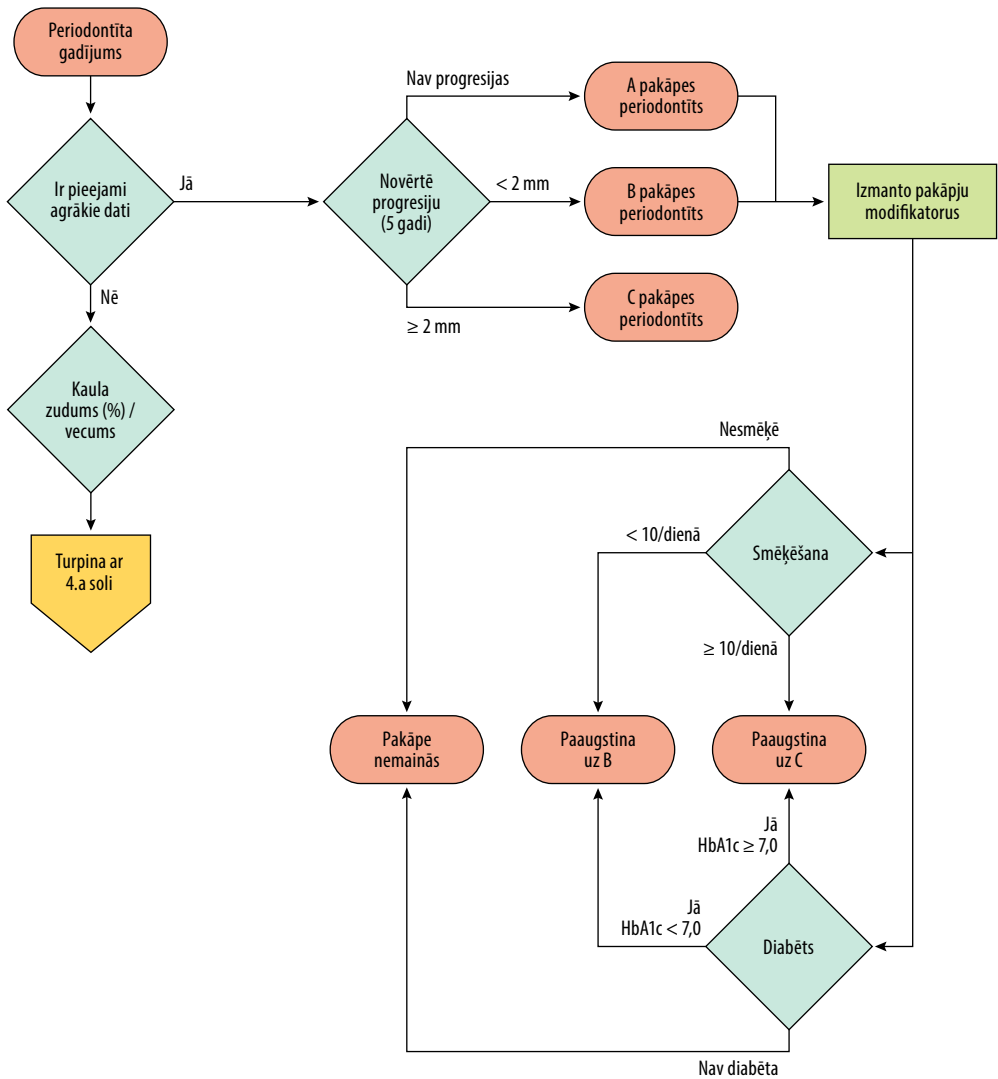
A un B pakāpi var paaugstināt, ja pacients smēķē vai slimo ar cukura diabētu.

Pacientam, kurš smēķē

- 10 vai vairāk cigaretes dienā, – periodontīta pakāpi paaugstina uz C;
- mazāk par 10 cigaretēm dienā, – periodontīta pakāpi paaugstina uz B.

Pacientam, kurš slimo ar cukura diabētu un kuram HbA1c ir

- mazāks par 7,0, – periodontīta pakāpi paaugstina uz B;
- 7,0 vai lielāks, – periodontīta pakāpi paaugstina uz C.



16. attēls. 4.b solis – periodontīta pakāpes noteikšana pēc iepriekšējiem datiem

4. Ar vispārējām slimībām saistītie un citi periodonta stāvokļi

Cilvēka periodontālās slimības ir ne tikai smaganu slimības un periodontīts, bet gan plašs dažādu slimību un stāvokļu spektrs. Daži no tiem ir saistīti ar aplūkuma biofilmu, turpretī citi rodas neatkarīgi no biofilmas uzkrāšanās.

2017. gada konferencē tika pārskatīta un uzlabota 1999. gada klasifikācijas sadaļa par sistēmisko slimību periodontālo izpausmi, attīstības un iegūtajiem stāvokļiem (smaganu recesijām, smaganu krāsas un formas izmaiņām, traumatiskiem bojājumiem u. c.), kā arī izstrādātas diagnozes un diagnostiskie kritēriji.

Daudzas sistēmiskās slimības var veicināt periodontīta sākšanos vai progresiju, kā arī negatīvi ietekmēt periodontālās struktūras. Jaunā smaganu recesiju klasifikācija ir balstīta uz interproximālā pietūprijuma zudumu, un tajā ir kombinēti tādi klīniskie parametri kā smaganu fenotips un atsegtās zoba saknes virsmas īpašības.

4.1. Sistēmisko slimību un stāvokļu periodontālā izpausme

Ir retas sistēmiskās slimības, piemēram, Papijona-Lefevra (*Papillon-Lefevre*) sindroms, kura gadījumā novēro agrīnas smaga periodontīta izpausmes. Šīs slimības dēļ sākas būtisks periodonta audu destrukcijas process, kas veicina periodontālo iekaisumu. Šādi stāvokļi ir apvienoti vienā kopējā apakšgrupā “periodontīts kā sistēmiskas slimības izpausme”, un šīs klasifikācijas pamatā ir primārā sistēmiskā slimība (izmantojot Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijas (SSK-10) kodus).

Cukura diabēts kā biežāk sastopama sistēmiskā slimība ir nozīmīgs periodontīta gaitas modificētājs (sk. 17. att.). Tomēr ar cukura diabētu saistīts periodontīts nav uzskatāms par atsevišķu diagnozi, tādēļ cukura diabēts jaunajā klīniskajā periodontīta klasifikācijā ir iekļauts kā aprakstošs faktors pakāpju piešķiršanas sistēmā. Tas pats attiecas arī uz smēķēšanu, kas šobrīd tiek uzskatīta par atkarību no nikotīna un par hronisku recidivējošu medicīnisku traucējumu ar būtisku negatīvu ietekmi uz periodontu. Tagad smēķēšana klasifikācijā iekļauta kā aprakstošs faktors periodontīta pakāpju piešķiršanas sistēmā.

Citi sistēmiski stāvokļi, piemēram, neoplastiskas slimības, var skart periodonta audus neatkarīgi no bakteriālās biofilmas izraisīta iekaisuma klātbūtnes.



17. attēls. Periodontīts pacientam ar nekontrolētu cukura diabētu (nav definējams kā “periodontīts kā sistēmiskas slimības izpausme”)

Arī neoplastiskās slimības tiek klasificētas pēc primārās sistēmiskās slimības saskaņā ar SSK-10 kodu sistēmu un tiek iekļautas kopējā apakšgrupā “sistēmiskas slimības un stāvokļi, kas skar periodontālos balstaudus”.

Periodontīts kā sistēmisko slimību izpausme

Periodontālo iekaisumu veicina vairāki sistēmiskie traucējumi:

- Ģenētiskie traucējumi:
 - slimības, kas saistītas ar imunoloģiskiem traucējumiem (piemēram, Papijona–Lefevra (*Papillon–Lefèvre*) sindroms);
 - slimības, kas skar mutes gļotādu un smaganu audus (piemēram, bullozā epidermolīze (*epidermolysis bullosa*));
 - slimības, kas skar saistaudus (piemēram, Ēlersa–Danlo (*Ehlers–Danlos*) sindroms);
 - vielmaiņas un endokrīnās slimības (piemēram, hipofosfatāzija).
- Iegūtas imūndeficīta slimības (piemēram, HIV infekcija).
- Iekaisuma slimības (piemēram, iekaisīgās zarnu slimības).

Citi sistēmiskie traucējumi, kas ietekmē periodonta slimību patogēnēzi:

- Cukura diabēts.
- Aptaukošanās.
- Smēķēšana (nikotīna atkarība).

Sistēmiskās slimības vai stāvokļi, kas ietekmē periodonta audus

Sistēmiskie traucējumi, kas izraisa audu destrukciju neatkarīgi no periodontīta:

- Neoplazmas (piemēram, plakanšūnu karcinoma).
- Citi traucējumi (piemēram, Langerhansa šūnu histiocitoze).

4.2. Mukogingivālie stāvokļi

Beidzot ir apzināta un atzīta smaganu fenotipa būtiskā nozīme, tostarp keratinizētās smaganas biezums un platums, un ir izstrādāta jauna smaganu recesiju klasifikācija (sk. 2. tab. un 18. att.). Tiek ņemtas vērā tādu parametru kombinācijas kā smaganu fenotips, interproksimālā piestiprinājuma zudums, atsegtās zoba saknes virsmas īpašības (sk. 19. att.).

2. tabula. Mukogingivālo stāvokļu (smaganu fenotipa) un smaganu recesiju klasifikācija

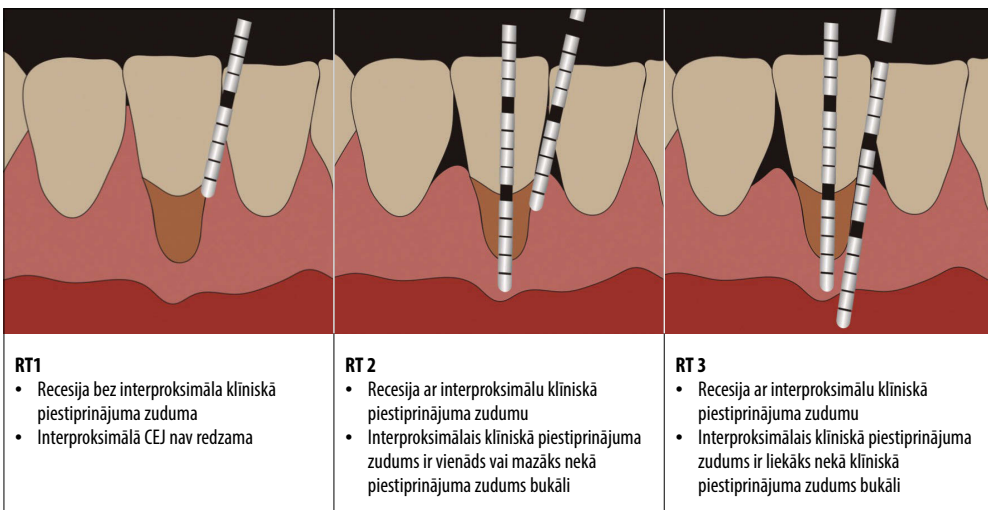
Recesijas tips (RT)	Smaganas raksturojums			Zoba virsmu raksturojums	
	Recesijas dziļums	Smaganas biezums	Keratinizētās smaganas platums	CEJ (A / B)*	Pakāpe (+ / -)**
Nav recesijas					
RT1					
RT2					
RT3					

* CEJ - cementa-emasijas robeža;

A - A klase (CEJ ir nosakāma); B - B klase (CEJ nav nosakāma).

** Pakāpe - iedobe saknes virsmā;

“+” - ir cervikāla pakāpe > 0,5 mm; “-” - nav cervikālas pakāpes > 0,5 mm.



18. attēls. Smaganu recesiju klasifikācija pēc fenotipa



19. attēls. Pacients ar multiplām dažādu tipu smaganu recesijām, atšķirīgiem smaganu fenotipiem un saknes virsmas stāvokļiem

4.3. Oklūzijas trauma un traumatiski oklūzijas spēki

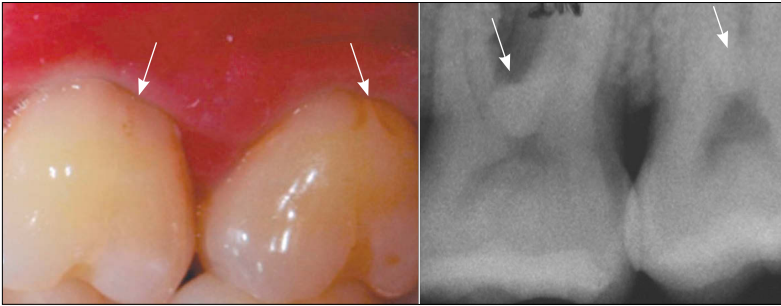
Ar terminu “traumatisks oklūzijas spēks”, ar kuru tiek aizstāts iepriekšējā (1999. gada) klasifikācijā lietotais termins “pārmērīgs oklūzijas spēks”, tiek apzīmēts jebkurš spēks, kura rezultātā tiek ievainots zobs (piemēram, pārmērīgs zobu nodilums vai lūzums) un / vai periodontālā piestiprinājuma aparāts (sk. 20. att.).

“Oklūzijas trauma” ir histoloģisks termins, kas tiek lietots, lai aprakstītu periodontālā piestiprinājuma aparāta ievainojumu.

Par traumatisku oklūzijas spēku klātbūtni un oklūzijas traumu var liecināt viena vai vairākas pazīmes:

- *fremitus* (adaptīvs zoba kustīgums);
- progresējošs zoba kustīgums;
- zoba jutīgums uz termisku kairinājumu;
- pārmērīgs zoba nodilums (zoba migrācija);
- diskomforts / sāpes košļājot;
- zoba lūzums;
- radioloģiski paplašināta periodonta saišu sprauga;
- saknes resorbcija;
- hiper cementoze.

Jāatzīmē, ka dažas traumatisku oklūzijas spēku un oklūzijas traumas pazīmes un simptomi var būt saistīti arī ar citiem apstākļiem. Tādēļ jāveic rūpīga un atbilstoša diferenciāldiagnostika, izslēdzot citus etioloģiskos faktoros.



20. attēls. Ar zobiem saistīto predisponējošo faktoru piemērs – emaljas projekcijas veicināts pirmā molāra bukālās furkācijas bojājums smagā pakāpē

Traumatiski oklūzijas spēki zobus ar normālu periodontālo balstu (primāra oklūzijas trauma) noved pie *fremitus* jeb adaptīva kustīguma un zobus ar reducētu balstu (sekundāra oklūzijas trauma) – pie progresējoša kustīguma, kas parasti rada nepieciešamību tos šinēt.

Pētījumos ar cilvēkiem nav gūti pierādījumi, ka traumatiski oklūzijas spēki paātrina periodontīta progresiju un izraisa nekariozus cervikālus bojājumus vai smaganu recesiju.

4.4. Ar protēzēm un zobiem saistīti faktori

Jaunajā klasifikācijā šī sadaļa ir paplašināta. Tā aptver visus faktorus, kas modificē vai predisponē bakteriālās biofilmas izraisītu smaganu slimību / periodontīta attīstību.

- Termins “bioloģiskais platums” tiek aizstāts ar terminu “virskores audu piestiprinājums”. Virskores audu piestiprinājums sastāv no saistepitēlija un virskores saistaudiem.
- Restaurācijas malu atrašanās šajā virskores saistaudu piestiprinājuma zonā ir saistīta ar iekaisumu un periodontālo balstaudu zudumu.
- Uz zobiem balstītu restaurāciju dizains, izgatavošana, piestiprināšana un materiāli, kā arī fiksēto protēžu sagatavošanas procedūras var veicināt aplikuma uzkrāšanos, smaganu recesiju un periodontālo balstaudu zudumu.
- Zoba anatomiskie faktori (piemēram, cervikālas emaljas projekcijas, emaljas pārles, attīstības rievās), zoba sakņu ļoti tuvs novietojums, patoloģijas un zobu lūzumi, kā arī zobu novietojums zobu lokā ir saistīti ar bakteriālās biofilmas uzkrāšanās izraisītu smaganu iekaisumu un periodontālo balstaudu zudumu.

Periodontu ietekmējošu ar protēzēm un zobiem saistītu faktoru klasifikācija

A. Lokāli, ar zobiem saistīti biofilmas izraisītu smaganu slimību / periodontīta modificējoši vai predisponējoši faktori:

- 1) zoba anatomiskie faktori;
- 2) saknes lūzumi;
- 3) cervikāla saknes resorbija, cementa pārles;
- 4) tuvs sakņu novietojums;
- 5) kavēta pasīvā zoba šķīlšanās.

B. Lokāli, ar protēzēm saistīti faktori:

- 1) restaurācijas malu novietojums virskores saistaudos;
- 2) ar netiešo restaurāciju izgatavošanu saistītas manipulācijas;
- 3) hipersensitivitāte / toksiska reakcija uz zobārstniecības materiāliem.

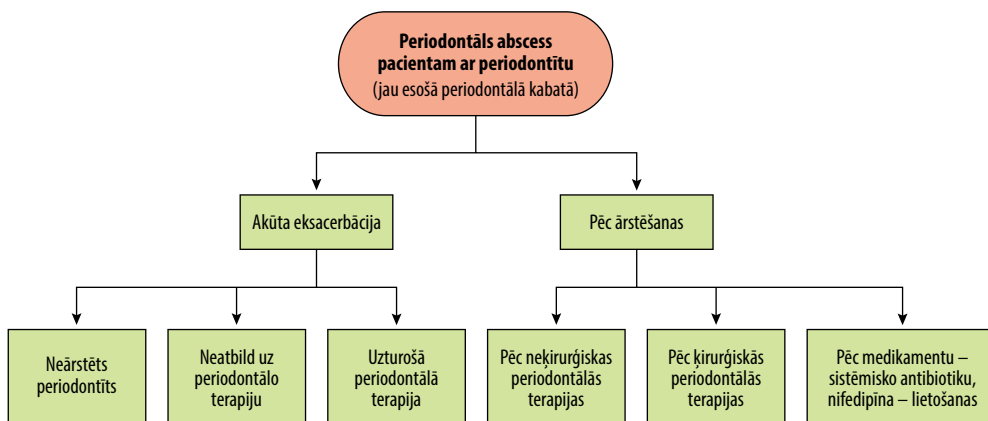
4.5. Periodontālie abscesi

Periodontāls abscess ir lokalizēta strutu uzkrāšanās periodontālās kabatas / rievas smaganu sienā, kas izraisa ievērojamu audu destruktiju.

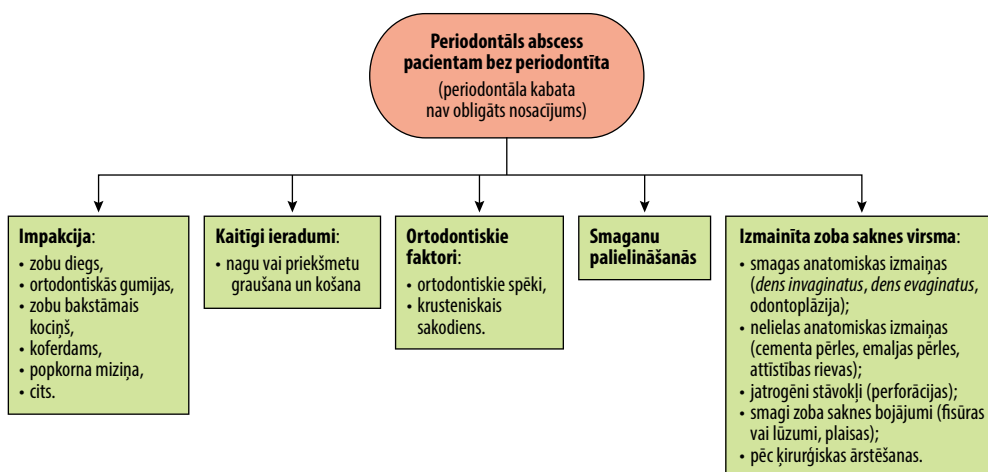
Kā primārās ar periodontālu abscesu saistītās pazīmes vai simptomus novēro smaganu izvelvētu palielinājumu gar saknes laterālo daļu un asiņošanu zondējot. Citas pazīmes un simptomi ir sāpes, strutošana zondējot, dziļas periodontālas kabatas un palielināts zoba kustīgums.

Periodontāls abscess var rasties jau eksistējošā periodontālā kabatā (sk. 21. att.), piemēram, pacientam ar neārstētu periodontītu, uzturošās terapijas laikā, pēc saknes virsmas attīrīšanas un pulēšanas vai pēc sistēmiskas antibakteriālas terapijas.

Periodontāls abscess, kas radies iepriekš periodontāli veselā vietā, bieži saistīts ar svešķermeņa impakciju vai kaitīgiem ieradumiem (sk. 22. att.).



21. attēls. Periodontāla abscesa cēloņi pacientam ar periodontītu



22. attēls. Periodontālu abscesu izraisošie faktori pacientam bez periodontīta

4.6. Endodontiski periodontāli bojājumi

Endodontiski periodontāls bojājums ir patoloģisks attiecīgā zoba pulpas un periodontālo audu savienojums, kas var izpausties akūtā vai hroniskā formā.

Endodontiski periodontāli bojājumi klasificējami (sk. 3. tab.) pēc to pazīmēm un simptomiem, kas tieši ietekmē to prognozi un ārstēšanu (piemēram, lūzumu un perforāciju esamība vai neesamība, periodontīta esamība vai neesamība).

Ar šādu bojājumu saistītās primārās pazīmes ir periodontālās kabatas, kas sasniedz zoba apeksu, un / vai negatīva vai izmainīta atbilde uz pulpas vitalitātes testiem (sk. 23. att.).

Citas pazīmes un simptomi:

- radioloģiski konstatējams kaula zudums apikālā vai furkācijas rajonā,
- spontānas sāpes vai sāpes, veicot palpāciju / perkusiju,
- purulenta eksudāta izdalīšanās,
- zoba kustīgums,
- fistula,
- zoba kroņa un / vai smaganas krāsas izmaiņas.

3. tabula. Endodontiski periodontālu bojājumu klasifikācija

Ar saknes bojājumu	Saknes lūzums vai plaisa	
	Saknes kanāla vai pulpas kameras perforācija	
	Eksternā saknes resorbcija	
Bez saknes bojājuma	Pacientam ar periodontītu	1. pakāpe – šaura, dziļa periodontāla kabata vienā zoba virsmā
		2. pakāpe – plata, dziļa periodontāla kabata vienā zoba virsmā
		3. pakāpe – dziļa periodontāla kabata vairākās zoba virsmās
	Pacientam bez periodontīta	1. pakāpe – šaura, dziļa periodontāla kabata vienā zoba virsmā
		2. pakāpe – plata, dziļa periodontāla kabata vienā zoba virsmā
		3. pakāpe – dziļa periodontāla kabata vairākās zoba virsmās



23. attēls. Trešās pakāpes endodontiski periodontāls bojājums pacientam ar periodontītu

Traumas izraisīta vai jatrogēna endodontiski periodontāla bojājuma gadījumā var novērot saknes perforāciju, saknes lūzumu / plaisu vai eksterno saknes resorb-
ciju. Šie apstākļi dramatiski ietekmē iesaistītā zoba veselības prognozi.

5. Periimplanta audu veselība un slimības

Lai arī periimplanta audu slimības un stāvokļi pirmoreiz oficiāli tika klasificēti 2017. gada konferencē, definīcijas un periimplanta audu slimības tikušas aplūkotas jau agrāk vairākos Eiropas Periodontologu federācijas *European Workshop on Periodontology* izdevumos. Termins “definīcija” bieži radījis virkni pārpratumu. Ir jānošķir slimības definīcija no gadījuma definīcijas. Slimības definīcijas ir aprakstošas un ataino slimībai raksturīgās īpašības, savukārt, definējot gadījumu, nepieciešami klīniskie norādījumi diagnozes noteikšanai (kā novērtēt stāvokli, kā noteikt konkrēto diagnozi).

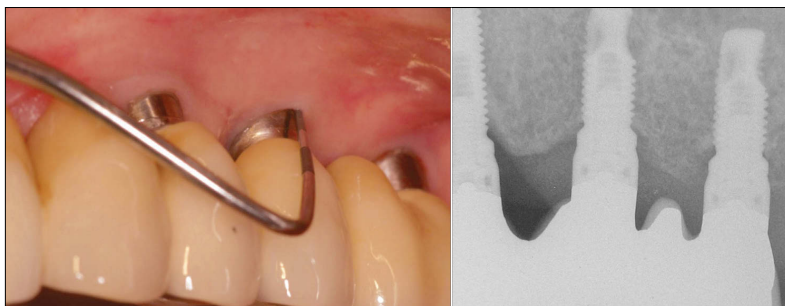
Lai definētu konkrētu gadījumu, vissvarīgākās atrades ir asiņošana, viegli zondējot, vai strutošana un radioloģiski nosakāms kaula zudums. Asiņošana zondējot ir galvenais rādītājs, kas ļauj diferencēt veselus periimplanta audus no iekaisušiem, savukārt kaula zudums ir rādītājs, kas ļauj diferencēt periimplanta mukozītu no periimplantīta. Periimplantīta gadījumā kaula zudums pārsniedz iespējamās kaula kores līmeņa izmaiņas, kas radušās kaula sākotnējās remodelācijas rezultātā pēc implanta ievietošanas.

5.1. Periimplanta audu veselība

Periimplanta cietie un mīkstie audi izveidojas brūces dzīšanas procesa rezultātā pēc implanta ievietošanas. Jauna kaula izveidošanos tiešā kontaktā ar implanta virsmu sauc par oseointegrāciju, savukārt periimplanta gļotāda izveido saistaudu pārejas zonu ciešā kontaktā ar implanta komponentu virsmu.

Periimplanta audu veselību raksturo šādu iekaisuma klīnisko pazīmju trūkums: pietūkums, apsārtums un asiņošana, viegli zondējot. Tomēr nav iespējams definēt zondēšanas dziļuma diapazonu. Turklāt periimplanta audi var būt veseli arī gadījumā, kad ir implants ar reducētu kaula balstu (sk. 24. att.).

Periimplanta audu veselība var pastāvēt arī gadījumā, kad ir reducēts kaula balsts, jo periimplanta audu veselību var panākt arī veiksmīgi ārstēta periimplantīta rajonos. Turklāt, ievietojot implantu vietās ar alveolārās kaula kores deficītu, kaula līmenis pēc dzīšanas var atrasties apikāli no implanta malas un periimplanta gļotāda attiecīgi saskarties ar implanta intraosālo daļu.



24. attēls. Periimplanta audu veselība

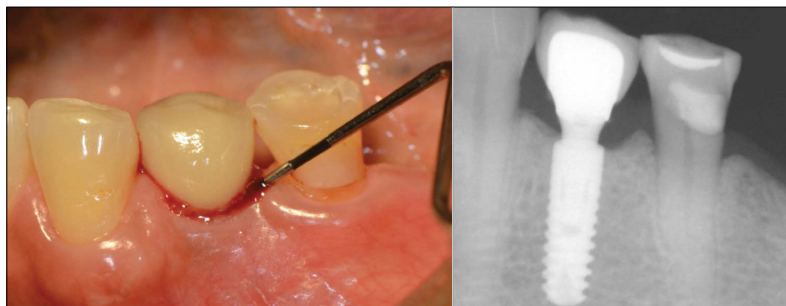
Periimplanta audu veselības gadījuma definēšana ikdienas praksē:

- iekaisuma klīnisko pazīmju trūkums;
- asiņošanas / strutošanas trūkums zondējot;
- nav zondēšanas dziļuma pieauguma salīdzinājumā ar iepriekšējiem izmeklējumiem; nav kaula zuduma.

5.2. Periimplanta mukozīts

Periimplanta mukozītam raksturīgs iekaisuma bojājums mīkstajos audos ap implantu, bet bez kaula balstaudu zuduma. Bojājums ir lokalizēts laterāli no saistepitēlija, bet neiesniedzas virskores saistaudu zonā apikāli no saistepitēlija.

Periimplanta mukozīta galvenā klīniskā pazīme ir asiņošana, viegli zondējot (sk. 25. att.). Iespējamas arī citas iekaisuma klīniskās pazīmes, piemēram, eritēma un pietūkums. Nereti periimplanta mukozīta gadījumā novērojams arī palielināts zondēšanas dziļums sakarā ar pietūkumu vai audu samazinātu rezistenci zondēšanas laikā.



25. attēls. Periimplanta mukozīts

Ir skaidri pierādīts, ka bakteriālais aplikums ir periimplanta mukozīta etioloģiskais faktors. Pierādījumi liecina, ka periimplanta mukozīta bojājumi var sadzīt pēc aplikuma kontroles procedūru veikšanas.

Periimplanta mukozīta gadījuma definēšana ikdienas praksē:

- asiņošana un / vai strutošana zondējot;
- nav kaula zuduma.

5.3. Periimplantīts

Periimplantīts ir ar bakteriālo aplikumu saistīts patoloģisks stāvoklis, kas norit zobu implantus aptverošajos audos. Tam raksturīgs iekaisums periimplanta gļotādā un kaula balsta zudums.

Periimplantīta skartajās vietās novērojamas iekaisuma klīniskās pazīmes, tostarp asiņošana un / vai strutošana zondējot, palielināts zondēšanas dziļums un / vai gļotādas malas recesija un radioloģiski novērojams kaula zudums salīdzinājumā ar iepriekšējiem izmeklējumiem (sk. 26. att.). Periimplantīta bojājumi sniedzas apikāli no saistepitēlija un ir plašāki nekā periimplanta mukozīta un periodontīta gadījumā.

Tiek uzskatīts, ka pirms periimplantīta ir periimplanta mukozīts. Dati liecina, ka pacientiem, kuriem diagnosticēts periimplanta mukozīts, var rasties periimplantīts, it īpaši regulāras uzturošās terapijas un aprūpes trūkuma gadījumā. Periimplantīts progresē straujāk salīdzinājumā ar periodontītu un norit nelineārā un paātrinātā veidā.

Bakteriālā aplikuma un periimplantīta saistība tiek pamatota ar pētījumu datiem, kuri liecina, ka pacienti ar sliktu mutes dobuma higiēnu, kuri nesaņem regulāru uzturošo terapiju, ir pakļauti augstākam periimplantīta attīstības riskam un ka ar efektīvas pretinfekcijas stratēģijas palīdzību slimības progresija ir veiksmīgi apturama.



26. attēls. Periimplantīts

Ir gūti pārliecinoši pierādījumi, ka pacientiem ar smaga periodontīta anamnēzi ir palielināts periimplantīta risks. Dati, kas norāda uz smēķēšanu un cukura diabētu kā potenciāliem periimplantīta riska faktoriem, nav pārliecinoši.

5.3.1. Periimplantīta gadījumu definēšana klīniskajā praksē

Klīniskajā praksē periimplantīta gadījumi tiek definēti šādi:

- asiņošana un / vai strutošana zondējot;
- palielināts zondēšanas dziļums salīdzinājumā ar iepriekšējiem izmeklējumiem;
- kaula zudums (sk. 4. tab.).

4. tabula. Periimplanta audu veselības, periimplanta mukozīta un periimplantīta gadījumu definēšana ikdienas praksē

Diagnoze	Periimplanta audu veselība	Periimplanta mukozīts	Periimplantīts
Asiņošana zondējot	Nav	Ir	Ir
Kaula zudums*	Nav	Nav	Ir

* Kaula līmenis atrodas zemāk, nekā pieļaujams pēc sākotnējās kaula remodelācijas pirmā slogošanas gada laikā

Ja iepriekšējo izmeklējumu dati nav pieejami, periimplantīta diagnozi nosaka, pamatojoties uz šādiem rādītājiem:

- asiņošana un / vai strutošana zondējot;
- zondēšanas dziļums ≥ 6 mm;
- kaula līmenis ≥ 3 mm apikāli no implanta intraosālās daļas koronālās malas.

5.3.2. Periimplantīta gadījumu definēšana epidemioloģiskajos pētījumos

Epidemioloģiskajos pētījumos pielietojami tie paši ikdienas klīniskajā praksē lietotie periimplanta audu veselības, periimplanta mukozīta un periimplantīta definēšanas kritēriji.

Epidemioloģiskajos pētījumos periimplantīta gadījumu definē, ja ir

- asiņošana un / vai strutošana zondējot;
- palielināts zondēšanas dziļums salīdzinājumā ar iepriekšējiem izmeklējumiem;
- kaula zudums.

Epidemioloģiskajos pētījumos kaula izmaiņu novērtēšanā jāņem vērā iespējamā mērījumu kļūda. Kaula zudums jāreģistrē, izmantojot sliekšni, kas pārsniedz

mērījuma kļūdas robežas (0,5 mm). Ideālā gadījumā epidemioloģiskajā pētījumā jāiekļauj iepriekšējie mērījumi, kas iegūti implanta pirmā slogošanas gada laikā.

Gadījumos, kad nav pieejami iepriekšējie radioloģiskie dati, kaula līmenis ≥ 3 mm apikāli no implanta intraosālās daļas koronālās malas, kā arī asiņošana vai strutošana zondējot liecina par periimplantīta diagnozi.

Jāņem vērā, ka nav viena veida implantu un ir pieejami dažnedažāda dizaina implantanti, kam ir atšķirīgas virsmas īpašības un dažādi ķirurģijas un slogošanas protokoli. Ir jānosaka zondēšanas dziļums un asiņošana zondējot. Klīnicistiem tiek rekomendēts veikt radiogrāfiskos un zondēšanas mērījumus tūlīt pēc implanta protezēšanas pabeigšanas. Iegūtā informācija izmantojama kā izejošie dati turpmākai mērījumu salīdzināšanai.

Literatūra

Avots:

European Federation of Periodontology. (2019). *New Classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. Guidance for clinicians*. Iegūts no: <https://www.efp.org/publications-education/new-classification/resources/guidelines/>

Papildliteratūra:

Kornman, K. S. and Tonetti, M. S. (Eds.). (2018). Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. *Journal of Clinical Periodontology*. 45(7), 20.

Periodonta un periimplanta audu slimību un stāvokļu klasifikācija

1. Periodonta veselība, smaganu slimības un stāvokļi

Periodonta un smaganu veselība:

- klīniski veselās smaganas intaktā periodontā;
- klīniski veselās smaganas reducētā periodontā:
 - stabila periodontīta pacients;
 - pacients bez periodontīta.

Aplikuma biofilmas izraisīts gingivīts:

- saistīts tikai ar aplikuma biofilmu;
- sistēmisku vai lokālu riska faktoru veicināts gingivīts;
- medikamentu izraisīta smaganu palielināšanās.

Aplikuma biofilmas neizraisītas smaganu slimības:

- ģenētiski un / vai attīstības traucējumi;
- specifiskas infekcijas;
- iekaisīgi un imūnie stāvokļi;
- reaktīvi procesi;
- audzēji;
- endokrīnas, uztures un vielmaiņas slimības;
- traumatiski bojājumi;
- smaganu pigmentācija.

Aplikuma biofilmas neizraisītas smaganu slimības

1. Ģenētiski un / vai attīstības traucējumi – pārmantota smaganu fibromatoze.
2. Specifiskas infekcijas:

2.1. Baktēriju izraisītas infekcijas:

- nekrotizējošās periodonta slimības (ierosinātāji: *Treponema spp.*, *Selenomonas spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Prevotella intermedia* u. c.);
- gonoreja (ierosinātājs: *Neisseria gonorrhoeae*), sifiliss (izraisītājs: *Treponema pallidum*), tuberkuloze (ierosinātājs: *Mycobacterium tuberculosis*);
- streptokoku gingivīts (ierosinātāji: dažādi streptokoku celmi).

- 2.2. Vīrusu izraisītas infekcijas:
 - plaukstu, pēdu un mutes slimība (ierosinātājs: Koksaki vīruss);
 - herpes vīruss mutes dobumā (ierosinātājs: *Herpes simplex 1 vai 2*); tas var būt primārs vai atkārtots;
 - vējbakas vai jostas roze (ierosinātājs: *Varicella zoster*);
 - kontagiozais molusks (ierosinātājs: *Molluscum contagiosum*);
 - plakanšūnu papiloma (ierosinātājs: cilvēka papilomas vīruss);
 - smailā kondiloma (ierosinātājs: *Condyloma acuminatum*);
 - parastās kārpas (ierosinātājs: *Verruca vulgaris*);
 - fokāla epiteliāla displāzija.
- 2.3. Sēnīšu infekcijas – kandidoze, citas mikozes (piemēram, histoplazmoze, aspergiloze).
3. Iekaisīgie un imūnie stāvokļi un bojājumi:
 - 3.1. Hipersensitivitātes reakcijas – kontaktalerģija, plazmas šūnu gingivīts, daudzformu eritēma (*Erythema multiforme*).
 - 3.2. Ādas un gļotādu autoimūnas slimības – parastā pūšļēde jeb pemfiguss (*Pemphigus vulgaris*), pemfigoīds, plakanā mezgliņēde (*Lichen planus*), sistēmiskā sarkanā vilkēde (*Lupus erythematosus*).
 - 3.3. Granulomatozi iekaisīgie stāvokļi (orofaciāla granulomatoze) – Krona slimība, sarkoidoze.
4. Reaktīvi procesi – epulī: fibrozs epulis, kalcificējošā fibroblastiskā granuloma, piogēnā granuloma (vaskulārs epulis), perifēriskā vai centrālā gigantšūnu granuloma.
5. Audzēji:
 - 5.1. Vēždraudes stāvokļi – leikoplakija, eritroplakija;
 - 5.2. Ļaundabīgie audzēji – plakanšūnu vēzis, leikoze (leikēmija), limfoma.
6. Endokrīnas, uztures un vielmaiņas slimības, piemēram, cinga, kas radusies C vitamīna trūkuma dēļ.
7. Traumatiski bojājumi:
 - 7.1. Fiziski mehāniski ievainojumi – berzes keratoze, zobu sukas izraisīta čūla, tīšs bojājums (paškaitējums);
 - 7.2. Ķīmiski (toksiski) bojājumi – hlorheksidīna, acetilsalicilskābes, kokaīna, ūdeņraža peroksīda, zobu tīrīšanas līdzekļu, paraformaldehīda vai kalcija hidroksīda izraisīts ķīmisks apdegums.
8. Smaganu pigmentācija – smaganu pigmentācija jeb melanoplakija, smēķētāju melanoze, medikamentu izraisīta pigmentācija (ierosinātāji pretmalārijas līdzekļi, minociklīns), amalgamas tetovējums.

2. Periodontīta formas

Nekrotizējošas periodonta slimības:

- nekrotizējošs gingivīts;
- nekrotizējošs periodontīts;
- nekrotizējošs stomatīts.

Periodontīts kā sistēmisku slimību izpausme

Šo stāvokļu klasificēšanai izmantojami primārās sistēmiskās slimības kodi atbilstoši Starptautiskai statistiskai slimību un veselības problēmu klasifikācijai (SSK).

Periodontīta stadijas (pēc smaguma un ārstēšanas sarežģītības):

- **I stadija** – iniciāls (sākotnējs) periodontīts;
- **II stadija** – vidēji smags periodontīts;
- **III stadija** – smags periodontīts ar potenciālu zobu zaudējumu;
- **IV stadija** – smags periodontīts ar potenciālu visu zobu (sakodiena) zaudējumu.

Periodontīta apjoms un izplatība: lokalizēts, ģeneralizēts, molāru un incižīvu lokalizācija.

Periodontīta pakāpes (pēc slimības progresijas ātruma):

- **A pakāpe** – lēna progresija;
- **B pakāpe** – vidēji ātra progresija;
- **C pakāpe** – ātra progresija.

3. Sistēmisko slimību izpausmes periodontā, attīstības un iegūtie stāvokļi

Sistēmiskās slimības vai stāvokļi, kas ietekmē periodonta audus

Citi periodonta stāvokļi:

- periodontālie abscesi;
- endodontiski periodontāli bojājumi.

Mukogingivālas deformācijas un stāvokļi:

- smaganu fenotips;
- smaganu un / vai mīksto audu recesija;
- smaganas trūkums;
- samazināts vestibulārais dziļums;
- lūpas saitītes un / vai muskuļu piestiprinājuma pozīcijas novirzes;

- pārmērīgs smaganu apjoms;
- krāsas pārmaiņas;
- atsegtās zoba saknes virsmas stāvoklis.

Traumatiski oklūzijas spēki:

- primāra oklūzijas trauma;
- sekundāra oklūzijas trauma;
- ortodontiskie spēki.

Ar protēzēm un zobiem saistīti faktori, kas veicina aplikuma izraisītas smaganu slimības un / vai periodontītu:

- lokalizēti, ar zobiem saistīti faktori;
- lokalizēti, ar protēzēm saistīti faktori.

4. Periimplanta audu slimības un stāvokļi

- Periimplanta audu veselība.
- Periimplanta mukozīts.
- Periimplantīts.
- Periimplanta mīksto un cieto audu deficīts.