

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2021 წლის 1 აპრილის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2021 წლის 21 ივნისის №01-234/ო ბრძანებით

პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების პროფილაქტიკა და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების პროფილაქტიკა და მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	12
4. პროტოკოლის მიზანი.....	13
5. სამიზნე ჯგუფი	13
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	13
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	13
8. რეკომენდაციები	14
8.1. ჯანმრთელი ღრძილი და პაროდონტი.....	17
8.2. მხოლოდ კბილის ნადებით გამოწვეული გინგივიტი.....	20
8.3. პაროდონტიტი (ქრონიკული პაროდონტიტი) და პაროდონტიტი სტადია III C დონე (პუბერტატული, იუვენილური, სწრაფად პროგრესირებადი პაროდონტიტი).....	22
8.4. პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები (პაროდონტის წყლულოვან - ნეკროზული დაავადებები).....	46
8.5. პაროდონტის სტადია IV C დონე	47
8.6. პაროდონტის სხვა მდგომარეობები	49
9. მოსალოდნელი შედეგები	51
10. აუდიტის კრიტერიუმები	51
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადა	52
12. პროტოკოლის დანერგვის საჭირო რესურსი	52
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	54
14. პროტოკოლის ავტორები	55
15. გამოყენებული ლიტერატურა	55

1. პროტოკოლის დასახელება: პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების პროფილაქტიკა დამართვა.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
კბილის ნადებით გამოწვეული გინგივიტი (gingivitis plaque induced) მწვავე (acuta) ქრონიკული(chronic)	K05.00 K05.0 K05.1
ქრონიკული პაროდონტიტი (chronic periodontitis) ლოკალური - localized მსუბუქი - sleigth საშუალო - moderate მძიმე -severe გენერალიზებული - generalized მსუბუქი- sleigth საშუალო - moderate მძიმე - severe	K05.3 K05.31 K05.311 K05.312 K05.312 K05.32 K05.321 K05.322 K05.323
აგრესიული პაროდონტიტი, (aggressive periodontitis) აგრესიული პაროდონტიტი, ლოკალური მსუბუქი-sleigth საშუალო- moderate მძიმე - severe აგრესიული პაროდონტიტი,გენერალიზებული მსუბუქი- sleigth საშუალო- moderate მძიმე - severe	K05.2 K05.21 K05.211 K05.212 K05.213 K05.22 K05.321 K05.222 K05.223
წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებები (nekrotic ulceroza periodontitis)	K05.10 (A69.1)
პაროდონტული აბსცესი (abscess periodontal)	K05.21
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის სწავლება	SCXB02
პირის ღრუს პროფესიული ჰიგიენა	SCXD02
პაროდონტული თერაპია	SDXA02

**პაროდონტისა და პერი-იმპლანტის
დაავადებების და მდგომარეობების კლასიფიკაცია
(ამსტერდამი, 22 ივნისი, 2018 წ.)**

I. პაროდონტის ჯანმრთელობა, ღრძილის დაავადებები და მდგომარეობები

1. პაროდონტისა და ღრძილის ჯანმრთელობა

1. ინტაქტური პაროდონტი
2. კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი
3. პაროდონტის დაავადებები სტაბილიზაციის ფაზაში
4. პაროდონტის დაავადებები რემისიის/კონტროლის ფაზაში

2. გინგივიტი: გამოწვეული ბიოაპკით

1. მხოლოდ ბიოაპკით გამოწვეული გინგივიტი
2. განპირობებული სისტემური ან ადგილობრივი რისკ-ფაქტორებით

2.1. სისტემური რისკ-ფაქტორები (მამოდიფიცირებელი რისკ-ფაქტორები)

- ა. მწველობა
- ბ. ჰიპერგლიკემია
- გ. არასრულფასოვანი კვება
- დ. ფარმაკოლოგიური ფაქტორები
- ე. სასქესო ჰორმონები
 1. პუბერტული
 2. მენსტრუალური ციკლი
 3. ორსულობა
 4. ორალური კონტრაცეპტივები
- ვ. ჰემატოლოგიური მდგომარეობები

2.2. ადგილობრივი რისკ-ფაქტორები (განმაპირობებელი ფაქტორები)

- ა. ბიოაპკის რეტენციის ფაქტორები (მაგ. არასრულფასოვანი რესტავრაციის კიდეები)
- ბ. ჰიპოსალივაცია

3. მედიკამენტებით განპირობებული ღრძილების გადიდება

3. ღრძილების დაავადებები: არ არის გამოწვეული ბიოაპკით

1. გენეტიკური/განვითარების დარღვევები

1.1. ღრძილის მემკვიდრული ფიბრომატოზი - Hereditary gingival fibromatosis (HGF)

2. სპეციფიური ინფექციები

2.1. ბაქტერიული წარმოშობის

1. გონორეა - Gonorrhoea (გამოწვეული Neisseria gonorrhoea-ით)
2. სიფილისი - Syphilis (გამოწვეული Treponema pallidum -ით)
3. ტუბერკულოზი - Tuberculosis (გამოწვეული Mycobacterium tuberculosis -ით)
4. სტრეპტოკოკური გინგივიტი - გამოწვეული streptococcus -ის შტამებით

2.2. ვირუსული წარმოშობის

ხელის, ფეხის და პირის ღრუს დაავადება - Hand-foot-and mouth disease (გამოწვეული Coxsackie-ის ვირუსით)

პირველადი და მორეციდივე ჰერპესი (გამოწვეული Herpes simplex 1/2-ის ვირუსით)

შემოსართყლული ლიქენი, ჩუტყვავილა (გამოწვეული Vericella-zoster -ის ვირუსით)

კონტაგიოზური მოლუსკი - Molluskum contagiosum (გამოწვეული Molluskum contagiosum -ის ვირუსით)

გამოწვეული Human papilloma -ს ვირუსით (ბრტყელუჯრედოვანი პაპილომა - Squamous cell papilloma, წვეტიანი კონდილომა - Condyloma acuminatum, ვულგარული მეჭეჭი - Verruca vulgaris, კეროვანი ეპითელური ჰიპერპლაზია - Focal epithelial hyperplasia)

2.3. სოკოვანი წარმოშობის

კანდიდოზი - Candidiasis (გამოწვეული Candida -ს გვარის სოკოებით)

სხვა მიკოზები: მაგალითად, ჰისტოპლაზმოზი - Histoplasmosis, ასპერგილოზი - Aspergillosis

3. ანთებითი და იმუნური მდგომარეობები

3.1. ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციები

კონტაქტური ალერგია - Contact allergy

პლაზმურუჯრედული გინგივიტი - Plasma cell gingivitis

მრავალფორმიანი ერითემა - Erythema multiforme

3.2. კანის და ლორწოვანი გარსების აუტოიმუნური დაავადებები

ჰემფარიტი პემფიგუსი - Pemphigus vulgaris

პემფიგოიდი - Pemphigoid

ბრტყელი ლიქენი - Lichen planus

წითელი მგლურა - Lupus erythematosus

სისტემური (მწვავე) ერითემატოზური მგლურა - Ssystemic lupus erythematosus

დისკოიდური (ქრონიკული) ერითემატოზური მგლურა - Discoid lupus erythematosus

3.3. გრანულომატოზური ანთებითი მდგომარეობები - Orofacial granulomatosis

კრონის დაავადება - Crohn's disease

სარკოიდოზი - Sarcoidosis

4. რეაქტიული პროცესები

4.1. ეპულიდები - Epulides

ფიბროზული ეპულისი - Fibrous epulis

კალციფიცირებული ფიბრობლასტური გრანულომა - Calcifying fibroblastic granuloma

სისხლძარღვოვანი ეპულისი (პიოგენური გრანულომა) - Vascular epulis (Pyogenic granuloma)

გიგანტურუჯრედოვანი გრანულომა პერიფერიული ან ცენტრალური - Giant cell granuloma periferal or central

5. ნეოპლაზმები

5.1. კიბოსწინარე დაავადებები

ლეიკოპლაკია - Leukoplakia

ერიტროპლაკია - Erythroplakia

5.2. ავთვისებიანი დაავადებები

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა - Squamous cell carcinoma

ლეიკემია - Leukemia

ლიმფომა - Lymphoma

ჰოჯკინის ლიმფომა - Hodgkin lymphoma

არა ჰოჯკინის ლიმფომა - Non- Hodgkin lymphoma

6. ენდოკრინული, ნუტრიციული და მეტაბოლური დაავადებები

6.1. ვიტამინების დეფიციტი

ვიტამინ C-ს დეფიციტი - Scurvy

7. ტრავმული დაზიანებები

7.1 ფიზიკური/ მექანიკური ტრავმები

ფრიქციული (ხახუნით განპირობებული) კერატოზი - Frictional keratosis

მექანიკური ფაქტორით განპირობებული ღრძილის დაწყლულება-

Mechanically induced gingival ulceration თვითდაზიანებები

7.2. ქიმიური (ტოქსიური) დამწვრობა

7.3. თერმული ტრავმები

ღრძილის დამწვრობა

8. ღრძილის პიგმენტაცია

მელანოპლაკია - Melanoplakia

მწეველთა მელანოზი - Smoker's melanosis

მედიკამენტებით განპირობებული პიგმენტაცია (ანტიმალარიული

პრეპარატები, მინოციკლინი) amalgamis tatu

II. პაროდონტიტი

1. პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები

ა. ნეკროზული გინგივიტი

ბ. ნეკროზული პაროდონტიტი

გ. ნეკროზული სტომატიტი

2. პაროდონტიტი, როგორც სისტემური დაავადებების მანიფესტაცია (ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ის დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც შედის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში და მინიჭებული აქვთ ICD კოდები)

3. პაროდონტიტი

ა. სტადიები: დაფუძნებული დაავადების სიმძიმესა და მართვის

სირთულეზე

სტადია I: მსუბუქი პაროდონტიტი

სტადია II: საშუალო პაროდონტიტი

სტადია III: მძიმე პაროდონტიტი ერთეული კბილის (≤ 4)

დანაკარგით

სტადია IV: მძიმე პაროდონტიტი კბილების (≥ 5) დანაკარგით

ბ. გავრცელება: ლოკალური, გენერალიზებული, დაზიანება მოლარებისა და საჭრელების მიდამოში

გ. დონეები: პროგრესირების ალბათობა და რისკი, მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი

I. A დონე: დუნედ მიმდინარე პროცესი

II. B დონე: ზომიერად მიმდინარე პროცესი

III. C დონე: სწრაფად მიმდინარე პროცესი

III. პაროდონტზე მოქმედი სხვა მდგომარეობები

1. სისტემური დაავადებების ან მდგომარეობების გავლენა პაროდონტის ქსოვილებზე

1.1. გენეტიკური დარღვევები - Genetic disorders

1.1.1. იმუნურ დარღვევებთან დაკავშირებული დაავადებები

დაუნის სინდრომი - Down syndrome - Q90.9

ლეიკოციტთა ადჰეზიის უკმარისობის სინდრომები - Leukocyte adhesion deficiency syndromes - D72.0

პაპიონ-ლევერის სინდრომი - Papillon-Lefèvre syndrome - Q82.8

ჰაიმ-მუნკის სინდრომი - Haim-Munk syndrome - Q82.8

ჩედიაკ-ჰიგაშის სინდრომი - Chediak-Higashi syndrome - E70.3

მძიმე ნეიტროპენია - Severe neutropenia

თანდყოლილი ნეიტროპენია (კოსტმანის სინდრომი) - Congenital neutropenia (Kostmann syndrome - D70.0

ციკლური ნეიტროპენია - Cyclic neutropenia - D70.4

პირველადი იმუნოდეფიციტური დაავადებები - Primary immunodeficiency diseases

ქრონიკული გრანულომატოზური დაავადება - Chronic granulomatous disease - D71.0

ჰიპერიმუნოგლობულინ E სინდრომი - Hyperimmunoglobulin E syndromes
- D82.9

კოჰენის სინდრომი - Cohen syndrome - Q87.8

1.1.2. დაავადებები, რომლებიც გავლენას ახდენენ პირის ღრუს ლორწოვანსა და ღრძილის ქსოვილზე

ბულოზური ეპიდერმოლიზი - Epidermolysis bullosa

დისტროფიული ბულოზური ეპიდერმოლიზი - Dystrophic epidermolysis
bullosa

კინდლერის სინდრომი - Kindler syndrome - Q81.8

პლაზმინოგენის უკმარისობა - Plasminogen deficiency - D68.2

1.1.3. შემერთებელ ქსოვილზე მოქმედი დაავადებები

ელერს-დანლოსის სინდრომი (IV, VIII ტიპები) - Ehlers-Danlos syndrome (types
IV, VIII) - Q79.6

ანგიოედემა (C-1 ესტერაზას ინჰიბიტორის დეფიციტი) - Angioedema (C1-
inhibitor deficiency) - D84.1

სისტემური წითელი მგლურა - Systemic lupus erythematosus - M32.9

1.1.4. მეტაბოლური და ენდოკრინული დაავადებები

გლიკოგენოზი - Glycogen storage disease - E74.0

გოშეს დაავადება - Gaucher disease - E75.2

ჰიპოფოსფატაზია - Hypophosphatasia - E83.30

ჰიპოფოსფატემიური რაქიტი - Hypophosphatemic rickets - E83.31

ჰაიდუ-ჩენის სინდრომი - Hajdu-Cheney syndrome - Q78.8

შაქრიანი დიაბეტი - Diabetes mellitus - E10 (ტყვე 1), E11 (ტყვე 2)

სიმსუქნე - Obesity - E66.9

ოსტეოპოროზი - Osteoporosis - M81.9

1.2. შეძენილი იმუნოდეფიციტური დაავადებები

შეძენილი ნეიტროპენია - Acquired neutropenia - D70.9

აივ/შიდსი - HIV infection - B24

1.3. ანთებადი დაავადებები

შეძენილი ბულოზური ეპიდერმოლიზი - Epidermolysis bullosa acquisita - L12.3

ნაწლავის ანთებითი დაავადება - Inflammatory bowel disease - K50, K51.9, K52.9
ართრიტები (რევმატული ართრიტი, ოსტეოართრიტი) - Arthritis (rheumatoid arthritis, osteoarthritis) - M05, M06, M15-M19

1. სხვა სისტემური დარღვევები, რომლებიც გავლენას ახდენენ პაროდონტის დაავადებების პათოგენეზზე

ემოციური სტრესი და დეპრესია - Emotional stress and depression - F32.9

მწველობა (ნიკოტინ დამოკიდებულება) - Smoking (nicotine dependence) - F17

მედიკამენტები

2. სისტემური დარღვევები, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ პაროდონტის ქსოვილების დანაკარგი პაროდონტიტის განვითარების გარეშე

3.1. სიმსივნეები - Nეოპლასმს

პაროდონტული ქსოვილების პირველადი სიმსივნური დაავადებები - Oral squamous cell carcinoma

პირის ღრუს ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა - Oral squamous cell carcinoma - C03.0 – 1

ოდონტოგენური სიმსივნეები - Odontogenic tumors - D48.0

პაროდონტის ქსოვილების სხვა პირველადი სიმსივნეები - Other primary neoplasms of periodontal tissue - C41.0

პაროდონტის ქსოვილების მეორადი მეტასტაზური სიმსივნეები - Secondary metastatic neoplasms of periodontal tissue - C06.8

3.2. სხვა დარღვევები, რომლებმაც შეიძლება იმოქმედონ პაროდონტის ქსოვილებზე

გრანულომატოზი პოლიანგიიტით - Granulomatosis with polyangiitis - M31.3

ლანგერჰანსის უჯრედების ჰისტოციტოზი - Langerhans cell histiocytosis - C96.6

გიგანტურუჯრედოვანი გრანულომა - Giant cell granulomas - K10.1

ჰიპერპარათირეოიდიზმი - Hyperparathyroidism - E21.0

სისტემური სკლეროზი (სკლეროდერმა) – Systemic sclerosis (scleroderma) - M34.9

ძვლის ოსტეოლიზური დაავადება (გორჰამ-სტოუტის სინდრომი) - Vanishing bone disease (Gorham-Stout syndrome) - M89.5

2. პაროდონტული აბსცესები და ენდო-პაროდონტული დაზიანებები

1. პაროდონტული აბსცესი

2. ენდო-პაროდონტული დაზიანებები

3. მუკო-გინგივური დეფორმაციები და მდგომარეობები

1. ღრძილის ფენოტიპი

ა. თხელი ფენოტიპი

ბ. სქელი ფენოტიპი

გ. სქელი ბრტყელი ფენოტიპი

2. ღრძილის/რბილი ქსოვილების რეცესია

ა. ვესტიბულური ან ლინგვალური ზედაპირი

ბ. ინტერპროქსიმული (პაპილარული)

გ. რეცესიის სიმძიმე (Cairo F, et al. RT1, 2, 3)

დ. ღრძილის სისქე

ე. ღრძილის სიგანე

ვ. ყელის არაკარიესული (NCCL)/კარიესული დეფექტები

ზ. პაციენტის ესთეტიკური ჩივილი (Smile Esthetic Index)

თ. ჰიპერესთეზია

3. კერატინიზირებული ღრძილის ნაკლებობა

4. შემცირებული კარიბჭის სიღრმე

5. ლაგმების/კუნთების ანომალური განლაგება

6. ღრძილების ზომაში მატება

ა. ცრუ ჯიბე

ბ. ღრძილის უსწორმასწორო კიდე

გ. ღრძილოვანი ღიმილი (EGD – excessive gingival display)

დ. ღრძილის გადიდება

7. პათოლოგიური ფერი

4. ტრავმული ოკლუზიის ძალები

1. პირველადი ოკლუზიური ტრავმა

2. მეორადი ოკლუზიური ტრავმა

3. ორთოდონტული ძალები

5. კბილთან და პროთეზირებასთან დაკავშირებული ფაქტორები

1. კბილთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები, რომლების შეუძლიათ

ნადებით გამოწვეული ღრძილის დაავადებების/ პაროდონტიტის პროვოცირება

ა. კბილის ანატომიური ფაქტორები (მინანქრის ცერვიკალური მდებარეობა (CEP), მინანქრის წვეთი)

ბ. კბილის ფესვის მოტეხილობები

გ. ფესვის ცერვიკალური რეზორბცია, დულაბის წვეთი

დ. ინტერპროქსიმალური (ფესვებს შორის) მანძილი

ე. პასიური ამოჭრა (APE - altered passive eruption)

2. პროთეზირებასთან დაკავშირებული ლოკალური ფაქტორები

ა. სუპრაკრესტალურ შემაერთებელ ქსოვილში რესტავრაციის კიდე

ბ. კლინიკური პროცედურები დაკავშირებული არაპირდაპირ რესტავრაციებთან

გ. ჰიპერესთეზია/ტოქსიური რეაქცია სტომატოლოგიურ მასალებზე

IV. პერი-იმპლანტის დაავადებები და მდგომარეობები

1. პერი-იმპლანტის ჯანმრთელობა

2. პერი-იმპლანტის მუკოზიტი

3. პერიიმპლანტიტი

4. პერი-იმპლანტის რბილი და მაგარი ქსოვილების დეფიციტები

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი ეყრდნობა შემდეგ გაიდლაინებსა და კლასიფიკაციებს:

- ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციის - American Dental Association (ADA) სამეცნიერო საკითხების საბჭოს - Council on Scientific Affairs (CSA) მიერ შემუშავებული გაიდლაინი - “Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planning with or without adjuncts” –2015;
- ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) მიერ მოწოდებული გაიდლაინი „Guidelines for Effective Prevention of Periodontal Diseases“ –2015;
- ბრიტანეთის პაროდონტოლოგთა ასოციაცია -British Society of Periodontology (BSP) მიერ მოწოდებული გაიდლაინი „The Good Practitioner’s Guide to Periodontology“ –2016;
- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) პაროდონტის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია - International Statistical Classification of Diseases and

Related Health Problems (ICD 10) - 2016/17;

- ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) ევრდა ამერიკის პაროდონტოლოგთა აკადემიის - American Academy of Periodontology (AAP) მიერ მოწოდებული „პაროდონტის და პერი-იმპლანტის დაავადებების დამდგომარეობების კლასიფიკაცია“, ამსტერდამი, 2018წ;
- ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) მიერ მოწოდებული გაიდლაინი (მის შექმნაში მონაწილეობდა პაროდონტოლოგთა 36 ასოციაცია) 2020 წლის 3 აპრილი.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, სტომატოლოგიურ პათოლოგიათა შორის ყველაზე გავრცელებული - პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების პროფილაქტიკის, დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება პაროდონტის კომპლექსის ზემოაღნიშნული დაავადებები.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმი-სტომატოლოგებისთვის, სპეციალობით - თერაპიული სტომატოლოგია, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სხვა პერსონალისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში (სტომატოლოგიური კლინიკა, სტომატოლოგიური კაბინეტი, სტაციონარული დაწესებულების სტომატოლოგიური კაბინეტი) პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

წინამდებარე პროტოკოლში ასახულია შემდეგისაკვანძო საკითხები:

- პაროდონტიტის და მიკრობული ნადებით გამოწვეული გინგივიტის მკურნალობა ეფექტურია იმ შემთხვევაში, როდესაც ლიკვიდირებულია ანთების ფენომენი, გაუმჯობესებულია პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, მეტ-ნაკლებად აღდგენილია პაროდონტის მორფო-ფიზიოლოგიური პარამეტრები;
- მკურნალობის გეგმის შედგენის და მიღებული შედეგების ინტერპრეტირებისას, ექიმისა და მისი გუნდის მოქმედება მიმართულია წარმატებული კლინიკური შედეგისკენ, რაც პაციენტისათვის კლინიკური სარგებლის მომტანია. თუმცა გასათვალისწინებელია ზოგიერთი პარალელური კლინიკური მდგომარეობა, რომელიც ზოგჯერ ამძიმებს ძირითად დაავადებას და ცვლის მკურნალობის ტაქტიკას. ამ შემთხვევაში რეკომენდებულია მკურნალობის გეგმაში გარკვეული კორექტირების შეტანა ისე, რომ გათვალისწინებულ იქნას იმ ზიანის მასშტაბი, რაც შეიძლება ჩამოყალიბდეს კონკრეტულ სიტუაციაში;
- მკურნალი გუნდის მიერ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გეგმის შერჩევა და მისი პაციენტისთვის შეთავაზება უნდა მოხდეს იმ მტკიცებულებების საფუძველზე, რასაც იძლევა კლინიკური და ობიექტური გამოკვლევის შედეგები. თავის მხრივ, მტკიცებულებათა ხარისხი კი პირდაპირ გავლენას ახდენს პაციენტის მოტივაციაზე;
- არსებული პროტოკოლის გაცნობისას ჯანდაცვის პერსონალმა (ექიმი, უმცროსი ექიმი, ექიმი-რენტგენოლოგი) ზუსტად უნდა გაიზიაროს როგორი თანმიმდევრობით უნდა ჩატარდეს პაციენტის გამოკვლევა, მკურნალობის გეგმის შედგენა, მისი პაციენტისთვის შეთავაზება, მკურნალობის ჩატარება და სავარაუდო პროგნოზის განმარტება. ზემოაღნიშნული დაავადებების მკურნალობა ინვაზიური პროცედურაა, რაც პაროდონტის ქსოვილებში ინტერვენციას გულისხმობს;
- ამ დაავადების მქონე პაციენტისთვის არსებული პათოლოგიის ახსნა და ღრმა ანალიზი, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის მზადყოფნას მკურნალობის დასაწყებად და გააუმჯობესებს მკურნალობაში გუნდურ პრინციპს (ექიმი, პაციენტი, საექთნო პერსონალი);

- პაციენტის სრულყოფილი კლინიკური, რენტგენოგრაფიული, ლაბორატორიული გამოკვლევა და მიღებულ შედეგთა განმარტება პაციენტისთვის მარტივ და გასაგებ ენაზე;

- მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შეთავაზება შესასრულებელი სამკურნალო პროცედურების განფასება (ხარჯთაღრიცხვა) და მკურნალობის ვადების შესახებ ინფორმაციის გადაცემა;

- შესაძლო გართულებები და თანმხლები მდგომარეობები, რაც მკურნალობის პროცესში და მის შემდგომ შეიძლება ჩამოყალიბდეს;

- პაციენტის ინფორმატიულობა პირის ღრუს ინდივიდუური ჰიგიენის წესების და ექიმთან ვიზიტების სიხშირის შესახებ;

- თუ დიაგნოსტიკა და მკურნალობა რაიმე ტიპის სამეცნიერო კვლევის საგანია (ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა, მეთოდთა და საშუალებათა მოწოდება და დანერგვა, მკურნალობის ნოვაციურ მეთოდთა და საშუალებათა შეთავაზება, მკურნალობის შედეგებისა და ეფექტური ან არაეფექტური ანალიზი), რეკომენდებულია კვლევის მწყობრი გეგმის შედგენა და მისი განხორციელება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს კვლევის წარმოების ნებართვის ოფიციალური დოკუმენტი და იმ დაწესებულების ხელმძღვანელისა და პაციენტის წერილობითი თანხმობა, რასაც შემდგომში დაეფუძნება სამეცნიერო კვლევა;

- მიუღებელია:

- ანესთეზიის შესრულება პაციენტის ალერგიული განწყობის გაუთვალისწინებლად და (ან) ალერგოლოგთან კონსულტაციის გარეშე;

- მკურნალობის თუნდაც რომელიმე ეტაპის იგნორირება და უგულებელყოფა;

- პაციენტის ამბულატორიული ბარათის წარმოება მისი პირადი თანხმობის დამადასტურებელი ხელმოწერის გარეშე;

წინამდებარე პროტოკოლში განხილული დაავადებები ეყრდნობა 2018 წელს ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) და ამერიკის პაროდონტოლოგთა აკადემიის - American Academy of Periodontology (AAP) მიერ მოწოდებული „პაროდონტის და პერი-იმპლანტის დაავადებების და მდგომარეობების

კლასიფიკაციას“ (ამსტერდამი, 22 ივნისი, 2018 წ.). ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) მიერ მოწოდებულ მკურნალობის ახალ გაიდლაინს, რომლის შექმნაში მონაწილეობდა 36 პაროდონტოლოგიური ასოციაცია – 3 აპრილი 2020 წელი.

პაროდონტის და პერი-იმპლანტის დაავადებებისა და მდგომარეობების

კლასიფიკაცია

(2018)

პაროდონტის დაავადებები და მდგომარეობები

პაროდონტის ჯანმრთელობა, ღრძილის დაავადებები და მდგომარეობები			პაროდონტიტი			პაროდონტზე მოქმედი სხვა მდგომარეობები				
პაროდონტისა და ღრძილის ჯანმრთელობა	გინგივიტი: გამოწვეული ბიოაპკით	ღრძილის დაავადებები: არ არის გამოწვეული ბიოაპკით	პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები	პაროდონტიტი	პაროდონტიტი, როგორც სისტემური დაავადებების მანიფესტაცია	სისტემური დაავადების ან მდგომარეობების გავლენა პაროდონტის ქსოვილებზე	პაროდონტული აბსცესები და ენდოპაროდონტული დაზიანებები	მუკოგინგივური დეფორმაციები და მდგომარეობები	ტრავმული ოკლუზიის ძალები	კბილთან და პროთეზირება-სთან დაკავშირებული ფაქტორები

პერი-იმპლანტის დაავადებები და მდგომარეობები

პერი-იმპლანტის დაავადებები და მდგომარეობები			
პერი-იმპლანტის ჯანმრთელობა	პერი-იმპლანტის მუკოზიტი	პერიიმპლანტიტი	პერი-იმპლანტის რბილი და მაგარი ქსოვილების დეფიციტები

8.1. ჯანმრთელი ღრძილი და პაროდონტი

ანთების შემავასებელი პარამეტრები:

სისხლდენა ზონდირებისას (Bleeding on Probing) – BoP

BoP= ზონდირებისას სისხლმდენი მიდამოების რაოდენობა: გამოკვლეული მიდამოების რაოდენობაზე X 100 =--- %

წარმოადგენს კრიტიკულად მნიშვნელოვან პარამეტრს და მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ჩატარდეს სრული სიზუსტით. ითვლება, რომ სისხლდენა არის გინგივიტის ნიშანი, რომელიც ვლინდება ანთების ხილულ ნიშნებზე (შეშუპება და ჰიპერემია) უფრო ადრე. სისხლდენის არარსებობა ზონდირებისას (BoP) ითვლება კლინიკურად ჯანმრთელ მდგომარეობად.

პროცედურა ტარდება პაროდონტულ ნაპრალში პაროდონტული ზონდის მსუბუქი (0.25N) ზეწოლით. ჰისტოლოგიურად: სისხლდენა მსუბუქი ზეწოლისას დაკავშირებულია იმასთან, რომ მომატებულია უჯრედებით მდიდარი, შემცირებული კოლაგენის მქონე შემაერთებელი ქსოვილი, მაგრამ არ არის მომატებული ვასკულარიზაცია.

ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა (Periodontal Probing Depth)- Ppd

დღემდე, ვიწროპაროდონტული ნაპრალი პაროდონტის ჯანმრთელობაზე, ხოლო ღრმა ჯიბე პაროდონტის დაავადებებზე მიუთითებდა. აღნიშნული არ არის საკმარისი მტკიცებულება. მაგალითად, ღრმა ჯიბე შესაძლოა, იყოს სტაბილური, ანთების ნიშნების გარეშე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, თუკი ტარდება შესაბამისი ღონისძიებები და რეგულარული ზრუნვა პაროდონტის ჯანმრთელობაზე. ასე რომ, ღრმა ჯიბე შესაძლოა არსებობდეს ისე, რომ მას ვუწოდოთ „ჯანმრთელი“ ჯიბე. უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა Ppd, კბილ-ღრძილოვანი მიმაგრება, ძვლის განლევის ხარისხი, არ არის დაავადების ადეკვატური განმსაზღვრელი. შესაბამისად, მხოლოდ Ppd და კბილ-ღრძილოვანი შეერთების მაჩვენებელი არ უნდა იქნას გამოყენებული ჯანმრთელობის თუ პათოლოგიის შესავასებლად. ისინი კომბინაციაში უნდა გამოვიყენოთ ისეთ უმნიშვნელოვანეს პარამეტრთან ერთად როგორც არის BoP .

კბილების მორყევა

როგორც ცნობილია, კბილი არ არის ოსტეონტეგირებული ძვალთან ისე, როგორც იმპლანტი. ისინი განიცდიან ფიზიოლოგიურ მიკროექსკურსიას. ამ მორყევის ამპლიტუდით განისაზღვრებოდა მორყევა ფიზიოლოგიურია თუ - პათოლოგიური. 0,2 მმ დიაპაზონში კბილის მორყევა მიეკუთვნება ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას. თუმცა, კბილების მობილურობას (რომელთაც არ აქვს ანთებითი პაროდონტი) განაპირობებს ორი ჰისტოლოგიური ფაქტორი: პაროდონტის სიმაღლე და პერიოდონტის იოგის სიგანე.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის შემთხვევაში მომატებულ მობილურობას განაპირობებს პერიოდონტის იოგის სისქის მატება. ეს, როგორც წესი, ოკლუზიური ტრავმაა. დღეიდან მორყევის მომატება ვეღარ იქნება გამოყენებული როგორც დაავადების ნიშანი ისეთი კბილებისათვის, რომელთაც აქვთ შეცვლილი, მაგრამ ჯანმრთელი პაროდონტი. კბილების მობილურობა მხოლოდ იმის გამო შეიძლება იყოს მომატებული, რომ გაუარესდა ზრუნვა პაროდონტზე (მოვლის კუთხით) და ამ დროს პაროდონტი შეიძლება იყოს სრულიად ჯანმრთელი.

ამდენად, ჰიპერმობილურობა უნდა ჩაითვალოს ნორმად, როდესაც შესუსტებულია პაროდონტზე ზრუნვა, მოვლა, მაგრამ იოგის სისქე ნორმაშია. ეს მდგომარეობა მიეკუთვნება ფიზიოლოგიურ მობილურობას.

რაც შეეხება მობილურობის მატებას, როდესაც გაფართოებულია პერიოდონტული ნაპრალის სისქე, ითვლება, რომ ეს ფიზიოლოგიური ადაპტაციაა ალტერნატიულ ფუნქციასთან და არა პათოლოგიური პროცესი.

აქედან გამომდინარე, კბილის მორყევა აღარ ითვლება ნიშნად, რომლითაც უნდა შეფასდეს პაროდონტის ჯანმრთელობა თუ დაავადების ხარისხი.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის რენტგენოლოგიური მახასიათებლები

ინტაქტური პაროდონტი რენტგენოგრამაზე მოიცავს ანატომიურად ინტაქტურ კბილთაშორის ძვლოვან ძგიდეებს (Lamina dura), რომლებსაც არ აღენიშნება განლევის ტენდენცია ფურკაციის მიდამოში, ხოლო მანძილი კბილთაშორისი ძვლოვანი ძგიდის ყველაზე კორონალური მწვერვალიდან (AC) მინანქარ-დენტინის საზღვრამდე (CEJ) არის 2 მმ. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს მანძილი ჯანმრთელ პირებში შესაძლოა მერყეობდეს 1-დან 3 მმ-მდე. ამასთან, მნიშვნელოვანია

პაციენტის ასაკი, კბილების მდებარეობა. მხოლოდ რენტგენოლოგიური მონაცემები არ არის საკმარისი კლინიკურად ჯანმრთელი მდგომარეობის შესაფასებლად.

ჯანმრთელი ღრძილი და პაროდონტი განისაზღვრება 4 დონით:

1. ჭეშმარიტად ჯანმრთელი პაროდონტი (pristine helth) - განიხილება, როგორც პაროდონტი, რომელსაც არ აღენიშნება ჰისტოლოგიურად ანთება და რაიმე სახის ანატომიური ცვლილება, თუმცა ზრდასრული ადამიანების უმეტეს ნაწილს ეს ასე არაა აქვს.

2. კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი - ეს არის მდგომარეობა, როდესაც კლინიკურად არ აღინიშნება ანთება, თუმცა ძვალი შესაძლოა იყოს ინტაქტურიც და განლეულიც (ზომაში შემცირებული). აღნიშნული განმარტება ეხება პირებსაც, რომელთაც ჰქონდათ პაროდონტის დაავადებები - გინგივიტი და პაროდონტიტი, ჩატარებული აქვთ მკურნალობა და დაუბრუნდნენ კლინიკურად ჯანმრთელ მდგომარეობას როგორც სრულყოფილად ჯანმრთელი ძვლოვანი ქსოვილით, ისე ზომაში შემცირებული ძვლით.

კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტის (პაროდონტის ჯანმრთელობა) განმსაზღვრელი სამი ძირითადი ფაქტორი:

1. მიკრობული.
2. მასპინძელი ორგანიზმის მდგომარეობა.
3. გარემო ფაქტორები.

ჭეშმარიტად ჯანმრთელი პაროდონტი - არ აღინიშნება სისხლდენა, ანატომიურად არანაირი ცვლილება არ გვაქვს.

პაროდონტის გამოსავალი შესაძლოა იყოს:

- ა) სტაბილური პაროდონტიტი;
- ბ) პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში.

3. პაროდონტის დაავადებები სტაბილიზაციის ფაზაში - ეს არის მდგომარეობა, როდესაც პაროდონტიტის მკურნალობა იყო წარმატებული, აღარ არის:

- ანთების კლინიკური ნიშნები და ანთების შესაფასებელი პარამეტრების გაუარესების ტენდენცია ხანგრძლივი დროის განავლობაში;
- აღარ არის ან უმნიშვნელოა BoP და Ppd;
- აღარ არის პროგრესირებადი დესტრუქცია;

- დიაბეტი კომპენსირებულია და კონტროლდება;
- პაციენტი აღარ ეწევა.

4. პაროდონტის დაავადებები რემისიის/კონტროლის ფაზაში - ეს არის მდგომარეობა, როდესაც პაციენტის სრული განკურნება ვერ მოხდა, თუმცა პაროდონტის მდგომარეობა და პარამეტრები გაუმჯობესდა. პაციენტი პერიოდულად საჭიროებს მკურნალობას. ასევე, პერიოდულად ხდება ანთების შესაფასებელი კლინიკური პარამეტრების გაუარესება.

8.2. გინგივიტი: გამოწვეული ბიოაპკით

გინგივიტი პაროდონტის კომპლექსის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული, ანთებადი ბუნების დაავადებაა (გვხვდება მოსახლეობის 90%-ში). კბილის ბალთით გამოწვეული გინგივიტი - ეს არის ანთება, გამოწვეული კბილის ზედაპირზე არსებული ბიოაპკით. გინგივიტი იწყება, როგორც კი კბილის ბალთა აკუმულირდება კბილის ზედაპირზე. ირღვევა სიმბიოზი ბიოაპკსა და მასპინძელი ორგანიზმის იმუნურ პასუხს შორის და იწყება დისბაქტერიოზი. გინგივიტი გვხვდება როგორც ბავშვთა ასაკში, ისე მოზრდილებში. მას სხვადასხვა სიმძიმე და გამოვლინება აქვს: ლოკალურია გინგივიტი, როდესაც ანთებადია ღრძილის 30%-ზე ნაკლები კბილების მიდამოში, გენერალიზებულია - ანთებადია ღრძილის 30%-ზე მეტი კბილის მიდამოში. დაავადება მსუბუქი ფორმისაა, როდესაც აღინიშნება ფერის და ქსოვილების ტექსტურის უმნიშვნელო ცვლილება. საშუალო ფორმის - სიწითლე, შეშუპება, ღრძილის ზომაში გადიდება და სისხლდენა ზონდირებისას. მძიმე ფორმის - ძლიერ გამოხატული სიწითლე და შეშუპება, სისხლდენა შეხებისას.

გინგივიტები სამ დიდ ჯგუფად იყოფა: 1. მხოლოდ ბიოაპკით გამოწვეული. 2. გამოწვეული სისტემური ან ადგილობრივი რისკ-ფაქტორებით და 3. მედიკამენტებით განპირობებული ღრძილის გადიდება. კბილის ნადებით გამოწვეული გინგივიტი ხასიათდება მიკრობული ფლორით გამოწვეული ღრძილის დვრილის და ღრძილის კიდის ანთებით.

გინგივიტის შესაძლო კლინიკური სიმპტომებია:

- სისხლდენა;
- ერითემა (შეწითლება);
- შეშუპება;
- ღრძილის გადიდება (მედიკამენტებით განპირობებული)

მიუხედავად იმისა, რომ გინგივიტის სიმძიმე, კბილის მიკრობული რაოდენობის, ნადების შემადგენლობის და ადამიანის ორგანიზმის იმუნური პასუხის გათვალისწინებით, სხვადასხვაა და შეიძლება მეტად მრავალფეროვანი იყოს. როგორც წესი, ამ დროს პაროდონტის ღრმად განლაგებული ქსოვილები (ალვეოლური ძვალი, კბილ-ღრმილოვანი შეერთება) არ ზიანდება. თუმცა, ბევრ შემთხვევაში გინგივიტი პაროდონტიტის წინაპირობაა.

წინამდებარე პროტოკოლში განიხილება “გინგივიტი: გამოწვეული ბიოაპკით”, როგორც პაროდონტის ერთ-ერთი ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადება, ყველა სხვა ჯგუფი (სისტემური მდგომარეობით განპირობებული, მემკვიდრული/ განვითარების დარღვევები, ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი წარმოშობის, ჰიპერესთეზიური რეაქციები, კანის და ლორწოვანი გარსის აუტოიმუნური დაავადებები, გრანულომატოზური ანთებითი მდგომარეობები, კიბოსწინარე და ავთვისებიანი დაავადებები, ჰიპოვიტამინოზები, ტრავმული დაზიანებები და ა.შ.) განხილულ იქნება პროტოკოლში: „პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები“ გაცილებით წვრილად და სკურპულოზურად.

გინგივიტის განვითარებისას შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს ე.წ. ღრმილოვანი ჯიბე, ან ზოგ შემთხვევაში ღრმილის ზომაში გადიდების ხარჯზე - ე.წ. ცრუ ჯიბე. ეს ჯიბეები განსხვავდებიან პაროდონტული ჯიბისგან, ვინაიდან ამ დროს კბილ-ღრმილოვანი შეერთება არ არის დარღვეული და არ შეიმჩნევა შემაერთებელი ეპითელის აპიკალური პროლიფერაცია. თუმცა, რაკილა ცრუ ჯიბის შიგთავსი ცუდად მარაგდება ჟანგბადით, დროთა განმავლობაში, მასში პაროდონტოპათოგენური ანაერობული მიკროორგანიზმის გამრავლების გამო შესაძლებელია (და ხშირად ასეც ხდება) ჩამოყალიბდეს პაროდონტული ჯიბე- ანუ გინგივიტი გადაიზარდოს პაროდონტიტში.

ღრმილის ზომაში გადიდება სხვადასხვა ფორმისაა: მსუბუქი ფორმის ღრმილის გადიდება მოიცავს ღრმილის კბილთაშორის დვრილს. საშუალო ფორმის - კბილთაშორის და მარგინალურ ღრმილს, ხოლო მძიმე ფორმის ღრმილის გადიდება - ღრმილის კბილთაშორის დვრილს, მარგინალურ და მიმაგრებულ ღრმილს. გავრცელების მიხედვით ლოკალური ღრმილის გადიდება მოიცავს ერთ ან რამდენიმე კბილს, ხოლო გენერალიზებული ღრმილის - მთელ პირის ღრუს.

გინგივიტის ყველა ფორმა (მრავალფეროვნების მიუხედავად) არ გადადის პაროდონტიტში. დღეისათვის არ არსებობს მეცნიერული დასკვნა იმის შესახებ, თუ

გინგივიტის რომელი ფორმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს პაროდონტიტი.

დროული მკურნალობისას გინგივიტი სრულად განიკურნება. მკურნალობის გეგმა შეიძლება მოკლედ ასე ჩამოყალიბდეს:

- პაციენტისთვის მოტივაციის შექმნა;
- პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის თითოეული ნიუანსის სწავლება;
- კბილის ნადებების და ქვების პროფესიული მოშორება. განმეორებით - პროცესის გამწვავების შემთხვევაში.

ნადებით, თუ რაიმე სხვა მამოდიფიცირებელი ფაქტორით გამოწვეულ გინგივიტს ახასიათებს:

- ანთება, რომელიც არ სცილდება კბილ-ღრმილოვან შეერთებას;
- ანთება შექცევადია ბიოაპკის მოცილების შემდეგ;
- გინგივიტის მკურნალობა პაროდონტის პრევენციაა.

ბიოაპკით განპირობებული გინგივიტი განლულ პაროდონტზე არის მდგომარეობა,

როდესაც :

- განლულია პაროდონტი;
- კბილთაშორისი ძვლოვანი ძგიდის სიმაღლე შემცირებულია, თუმცა არ აღინიშნება ძვლის პროგრესირებადი დესტრუქცია;
- კბილ-ღრმილოვანი შეერთება დარღვეული არ არის;
- დაავადება გამოწვეულია მხოლოდ ბიოაპკით.

8.3. პაროდონტიტი (ქრონიკული პაროდონტიტი) და პაროდონტიტი სტადია III C დონე (პუბერტატული, იუვენილური, სწრაფად პროგრესირებადი პაროდონტიტი)

პაროდონტიტი ქრონიკული, მულტიფაქტორული, ანთებითი დაავადებაა, რომელიც დაკავშირებულია ბიოაპკთან და ხასიათდება კბილის ირგვლივი ქსოვილების პროგრესული დესტრუქციით.

პაროდონტიტი განპირობებულია:

- ღრმილქვეშა მიკროორგანიზმების,

- მასპინძელი ორგანიზმის იმუნური პასუხის,
- გარემო ფაქტორების ურთიერთქმედებით.

პაროდონტიტი ხასიათდება კბილის საყრდენ-მაფიქსირებელი აპარატის დესტრუქციით. მისი ძირითადი ნიშნებია:

- პაროდონტის ქსოვილების დაკარგვა, რომელსაც თან ახლავს კლინიკური მიმაგრების დანაკარგი,
- პაროდონტული ჯიბეები,
- სისხლდენა ღრძილიდან,
- რადიოგრაფიულად კი გამოიხატება ყბის ძვლის ალვეოლური მორჩის განლევი (Papapnou et al.,2018).

მკურნალობის გარეშე სრულდება კბილის დაკარგვით და უმრავლეს შემთხვევებში ექვემდებარება მკურნალობას.

პაროდონტიტი ძალიან მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის პრობლემაა. საბოლოოდ მივყავართ კბილების დაკარგვამდე, უარყოფითად აისახება ლეჩვის ფუნქციაზე და ესთეტიკაზე, სიცოცხლის ხარისხზე, თვითშეფასებაზე, ასევე, ადამიანის ზოგად ჯანმრთელობაზე.

პაროდონტიტის ფორმები

1. პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები:

- ნეკროზული გინგივიტი;
- ნეკროზული პაროდონტიტი;
- ნეკროზული სტომატიტი.

2. პაროდონტიტი მანიფესტირებული სისტემური დაავადებებით (ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ის დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც შედის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში და მინიჭებული აქვთ ICD კოდები).

3. პაროდონტიტი

ა) **სტადიები:** დაფუძნებულია სიმძიმესა და მართვის სირთულეზე:

I სტადია: მსუბუქი პაროდონტიტი

II სტადია: საშუალო პაროდონტიტი

III სტადია: მძიმე პაროდონტიტი ერთეული კბილის (≤ 4) დანაკარგით

IV სტადია: მძიმე პაროდონტიტი კბილების (≥ 5) დანაკარგით

პაროდონტის დაავადებათა კლასიფიკაცია სტადიების მიხედვით

მახასიათებლები	სტადია I	სტადია II	სტადია III	სტადია IV
კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დანაკარგი - CAL	1-2 მმ	3-4 მმ	≥5 მმ	≥5 მმ
ძვლის დანაკარგი რენტგენოლოგიურად	კორონარულ მესამედში (<15%)	კორონარულ მესამედში (15-33%)	ფესვის შუიდან აპიკალურ მესამედამდე	ფესვის შუიდან აპიკალურ მესამედამდე
კბილის დანაკარგი	არ არის	არ არის	≤4	≥5
ჯიბის სიღრმე	≤4 მმ	≤5 მმ	სტადია II მახასიათებლებთან ერთად ≥6 მმ	სტადია III მახასიათებლებთან ერთად ≥6 მმ
ძვლოვანი ქსოვილის მდგომარეობა	ძვლის ჰორიზონტალური რღვევა	ძვლის ჰორიზონტალური რღვევა	სტადია II მახასიათებლებთან ერთად ძვლის ვერტიკალური რღვევა ≥3 მმ	სტადია III მახასიათებლები
სხვა	-	-	ფურკაციის დაზიანება F2 ან F3, ღრძილის კიდის ზომიერი დაზიანება	სტადია III მახასიათებლები საღეჭი ფუნქციის მოშლა, მეორადი ოკლუზიური ტრავმა, კბილების მორყევის ხარისხი ≥II, ღრძილის კიდის მძიმე დაზიანება, დარჩენილია 20 კბილამდე

სტადიის შემცირება არ უნდა მოხდეს მანამ, სანამ ამ კონკრეტული სტადიის ძირითადი კრიტერიუმები არ გაუმჯობესდება (Tonetti, Greenwell and Kornman 2018).

ბ) გავრცელების მიხედვით:

- ლოკალური (პათოლოგიური პროცესი ერთი ან რამდენიმე კბილის მიდამოში);
- გენერალიზებული (პათოლოგიური პროცესი თითქმის ყველა კბილის მიდამოში);
- დაზიანება მოლარებისა და საჭრელების მიდამოში.

გ) დაავადების **დონეები** დაფუძნებულია პროგრესირების ალბათობასა და რისკზე, მკურნალობის მოსალოდნელ შედეგზე:

- I. A დონე: დუნედ მიმდინარე პროცესი.
- II. B დონე: ზომიერად მიმდინარე პროცესი.
- III. C დონე: სწრაფად მიმდინარე პროცესი.

დონეებზე დაფუძნებული პაროდონტიტის კლასიფიკაცია

დონე	A დონე (დუნედ მიმდინარე პროცესი)	B დონე (ზომიერად მიმდინარე პროცესი)	C დონე (სწრაფად მიმდინარე პროცესი)
	პროგრესირების	პირდაპირი	მაჩვენებელი
რენტგენოლოგიურად ძვლის დანაკარგი, კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დანაკარგი - CAL	არ არის ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში	<2 მმ ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში	≥2 მმ ძვლის დანაკარგი 5 წელიწადში
	პროგრესირების	არაპირდაპირი	მაჩვენებელი
% ძვლის დანაკარგი/ასაკი	<0,25	0,25 - 1.0	>1.0
ბიოაპკით გამოწვეული ცვლილებები	მცირე ხარისხის დესტრუქცია	ზომიერი დესტრუქცია	ძლიერი დესტრუქცია სწრაფი პროგრესირებით და დაავადების ახალგაზრდა ასაკში მანიფესტირებით (არ ექვემდებარება სტანდარტულ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას)

რისკ		ფაქტორები	
მწველობა	არა მწვევლი	<10 სიგარეტი დღეში	≥10 სიგარეტი დღეში
დიაბეტი	ნორმოგლიკემია/ დიაბეტი არ დიაგნოსტირდება	დიაბეტიან პაციენტებში გლიკოზირებუ- ლი ჰემოგლობინი <7%	დიაბეტიან პაციენტებში გლიკოზირებული ჰემოგლობინი ≥7%

დონე უნდა გამოვიყენოთ როგორც პაროდონტიტის პროგრესის ინდიკატორი. კრიტერიუმს დონის განსაზღვრისათვის წარმოადგენს პროგრესის პირდაპირი ან არაპირდაპირი მტკიცებულებები. საწყისად კლინიცისტმა პაციენტს უნდა მიანიჭოს B დონე, ხოლო შემდეგ კვლევებისა და მტკიცებულებების საფუძველზე შეუცვალოს A ან C დონედ (Tonetti, Greenwell and Kornman 2018). დონის არსებობას ვიყენებთ პირდაპირ. მისი არარსებობის შემთხვევაში პროცენტებში გამოსახული რადიოგრაფიული ძვლის დანაკარგი უნდა გავყოთ პაციენტის ასაკზე (RBL/age). შესაბამისად, თუ მიღებული შედეგი <0,25-ზე ეს არის A დონე, 0,25-1,0-მდე – B, ხოლო თუ შედეგი >1,0-ზე - C დონე. პაროდონტიტი პაროდონტის კომპლექსის ანთებადი ბუნების დაავადებაა. მისი ძირითადი კლინიკური ნიშნებია:

- ხშირადი უმტკივნეულო მიმდინარეობა;
- ღრძილზედა და ღრძილქვეშა ქვის და ნადების არსებობა;
- ზონდირებისას სისხლდენა;
- კბილ-ღრძილოვანი შეერთების (ეპითელიური შეერთება) დარღვევა;
- პაროდონტული ჯიბის წარმოქმნა.

ეტიოლოგიური ფაქტორებია მიკრობული ნადების დაგროვება, მისი მინერალიზაცია და შემდგომში ღრძილზედა (სუპრაგინგივალური) და /ან ღრძილქვეშა (სუბგინგივალური) ქვის დაგროვება; პაროდონტული მარკერების - ანაერობების (უმეტესად კი Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsythus და Actinobacillus actinomycetemcomitans) არსებობა პაროდონტულ ჯიბეებში. კბილის მიკრობული ნადებით გამოწვეული ანთებადი მოვლენები თანდათანობით იწვევს პაროდონტის და ალვეოლური მორჩის რღვევას, კბილების მორყევას და დაკარგვას.

განსაკუთრებულად ყურადსაღებია სხვადასხვა გენეტიკური თუ გარემო ფაქტორების როლი, როგორცაა:

- სიგარეტის წევა;
- ინტერლეიკინ -1-ის გენის პოლიმორფიზმი;
- იმუნოსუპრესია;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- ოსტეოპოროზი.

თავის მხრივ, გრძელდება სამეცნიერო კვლევები, რომლებიც გამოავლენენ ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემაზე პაროდონტიტის ზემოქმედების როლს: ათეროსკლეროზი, არტერიული ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება, ინსულტი, ახალშობილის მცირე წონა, სისხლში გლუკოზის დონე და სხვა.

EFP მიერ შემოთავაზებული ალგორითმი პაროდონტიტის დიაგნოსტიკისათვის მოიცავს 4 საფეხურს:

1. პაციენტის იდენტიფიკაცია სავარაუდო პაროდონტიტით.
2. დიაგნოზის დაზუსტება.
3. პაროდონტიტის სტადიის განსაზღვრა;
4. პაროდონტიტის დონის განსაზღვრა (Tonetti and Sanz 2019).

დიაგნოზი ისმება გამოკვლევების ძირითადი (ანამნეზის შეკრება, პირის ღრუს დათვალიერება) და დამხმარე მეთოდების (კლინიკური - სისხლდენა ზონდირებისას (BoP), ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა (Ppd - მანუალური და/ან ელექტრო - Florida Probe), კბილების მორყევის დადგენა); რენტგენოლოგიური - ვიზიოგრაფია, პირშიგნითა რენტგენოგრაფია, ორთოპანტომოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია; ლაბორატორიული - სისხლის საერთო და ბიოქიმიური ანალიზი, მიკრობიოლოგიური, მორფოლოგიური და სხვა კვლევების) საფუძველზე.

პაროდონტიტის შეფასება კრიტერიუმების ოთხი ჯგუფით ხდება:

- **ანთების სიმძიმე (ანთების გამოხატულება)**
 - ღრძილის გარეგნული (ვიზუალური) მხარე;
 - ზონდირებისას სისხლდენის ხარისხი (BOP, Ppd);
 - კბილების მორყევის ხარისხი.
- **ინფექციის ეტიოლოგიური კრიტერიუმები და მიკროორგანიზმების მგრძნობელობა**
 - ბაქტერიული ნადები;

- პათოგენური ბაქტერიები;
- რისკის ფაქტორები.
- **დაავადების სიმძიმე**
 - დესტრუქციის გამოხატულება;
 - კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დაკარგვის ხარისხი;
 - ღრმა პაროდონტული ჯიბეების არსებობა;
 - კბილების მორყევა;
 - კბილთა გადანაცვლება.
- **კლინიკური შემთხვევის სიმძიმე**
 - რისკის ადგილობრივი ფაქტორები;
 - ფუნქციური ფაქტორები;
 - ესთეტიური ფაქტორები.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, წარმატებული მკურნალობის კრიტერიუმია ყველა ზემოჩამოთვლილი ნიშნის შემცირება (ან გაქრობა). კერძოდ: ჰიგიენური ინდექსის შემცირება, ზონდირებისას სისხლდენის არარსებობა, კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დონის ამაღლება, პაროდონტული ჯიბის სიღრმის შემცირება.

მკურნალობის გეგმის შედგენა და მისი თანმიმდევრობა

პაროდონტული მკურნალობის პრინციპები მისი ყველა ფორმისთვის მსგავსია:

მკურნალობის გეგმა წარმოადგენს თავისებურ მარშრუტს, რომელსაც უნდა გაჰყვეს პაციენტი;

მკურნალობა იგეგმება ხანგრძლივი დროით და გულისხმობს ექიმი თერაპევტ სტომატოლოგისა (პაროდონტოლოგიის მიმართულებით სამუშაო გამოცდილებით)

- და პაციენტის მჭიდრო თანამშრომლობას;
- თერაპევტის ძირითადი ამოცანაა პაროდონტის ჯანმრთელი მდგომარეობის დიდი ხნით შენარჩუნება და არა მხოლოდ ცალკეული კბილის გადარჩენა.

მკურნალობის გეგმა უნდა ისახავდეს შემდეგ ამოცანებს:

- 1) ეტიოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედების შემცირება ან სრულიად გაქრობა.
- 2) პაროდონტული ჯიბეების სიღრმის შემცირება ან მათი გაქრობა.

3) ღრძილისა და ყბის ძვლის ალვეოლური მორჩის ფიზიოლოგიური არქიტექტონიკის აღდგენა.

4) ფუნქციური ოკლუზიის აღდგენა (შექმნა) კბილთა რესტავრაციის ან (და) შერჩევითი მოქლიბვის საშუალებით.

5) პაროდონტული კომპლექსის მოვლა, ერთის მხრივ, ინდივიდუური ჰიგიენის და მეორეს მხრივ, პროფესიული ჰიგიენის საშუალებით.

თუ კლინიცისტი შეძლებს წარმატებით გადაჭრას ზემოთ აღნიშნული ამოცანები, მაშინ მკურნალობის ხანგრძლივი თერაპიული ეფექტი გარანტირებულია.

პაროდონტული მკურნალობა იყოფა სტადიებად ანუ ფაზებად, რომელთა ხანგრძლივობა დაავადების სიმძიმის მიხედვით სხვადასხვაა. უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობისას პაციენტის ინდივიდუური თავისებურებები შეიძლება ძალიან განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან. აქ მნიშვნელოვანია როგორც ორგანიზმის ზოგადი დაავადებების არსებობა, ასევე, ასაკი, პაციენტის სურვილი და ფინანსური შესაძლებლობები.

პაროდონტოლოგიაში თანამედროვე ტენდენციად ითვლება:

- კონსერვატული მეთოდების პრიორიტეტი ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით;
- დამზოგველი დამოკიდებულება პაროდონტის ქსოვილებისადმი;
- ნაკლებ ტრავმული, მცირედ ინვაზიური, მიკროქირურგიული მკურნალობის მეთოდების უპირატესი გამოყენება;
- ეტიოტროპული და პათოგენეზური თერაპიის სპექტრის გაფართოება.

ამდენად, მკურნალობის „ოქროს წესი“ ასე შეიძლება ჩამოყალიბდეს: პაროდონტის დაავადების მკურნალობა არის კომპლექსური, მაქსიმალურად ინდივიდუური, თანმიმდევრული და სისტემატური:

- **კომპლექსურობა:** კონკრეტულ შემთხვევაში მკურნალობის სქემაში კომპლექსური ღონისძიებების - კონსერვატული, საჭიროების შემთხვევაში - ქირურგიული, ორთოპედიული, ორთოდონტული და ფიზიოთერაპიული მეთოდების ჩართვა. მკურნალობა უნდა იყოს ეტიოტროპული, პათოგენეზური, სიმპტომური ანუ დაავადების განვითარების მიზეზისკენ მიმართული;
- **ინდივიდუალობა:** თითოეული პაციენტის პაროდონტის ქსოვილების დაზიანების ფორმისა და სიმძიმის დეტალური ანალიზი. კლინიკური მიმდინარეობის

თავისებურებების, თანმდევი პათოლოგიის, ორგანიზმის ადგილობრივი და ზოგადი დაცვითი ფაქტორების გათვალისწინება;

- **თანმიმდევრულობა:** მკურნალობის საერთო ეფექტი დამოკიდებულია სამკურნალო მეთოდებისა და საშუალებების გამოყენების თანმიმდევრობაზე. მაგალითად, პათოგენეზური, ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის დანიშვნა აზრს მოკლებულია, თუ მანამდე არ ჩატარდა პირის ღრუს პროფესიული ჰიგიენა;

- **სისტემატურობა:** აუცილებელია რეგულარული შემანარჩუნებელი თერაპიის ჩატარება. ზემოაღნიშნული პროტოკოლი იზიარებს ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციის (ADA) სამეცნიერო საკითხების საბჭოს მიერ მიღებულ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინს პაროდონტიტის (ქრონიკული პაროდონტიტი) არაქირურგიული (კონსერვატული) მკურნალობის შესახებ.

პაროდონტის ანთებადი ბუნების დაავადებების კონსერვატული (თერაპია)

მკურნალობა - პაროდონტული ჯიბეების დახურული კიურეტაჟი

ტრადიციული თერაპიული მკურნალობის მიზანია პაროდონტის ქსოვილთა დესტრუქციის გამომწვევი მიკროორგანიზმებისაგან კბილის ირგვლივი ქსოვილების და ჯიბეების გათავისუფლება. ასევე, დაშლილი და დაინფიცირებული ქსოვილების მოშორება. აუცილებელი პირობაა, შეძლებისდაგვარად, კბილის ფესვის სუფთა, ბიოშეთავსესებადი, სადა, კრიალა ზედაპირის შექმნა.

მკურნალობის საწყის ეტაპზე აუცილებელია პაციენტის ჯანმრთელობის, ორგანიზმის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის დაწვრილებით შეკრებას.

მკურნალობის დაწყებამდე საჭიროა პაციენტის ინფორმირება დიაგნოზის შესახებ, გამომწვევი მიზეზების ახსნა, რისკ ფაქტორებზე, მკურნალობის მეთოდზე და მოსალოდნელ გამოსავალსა თუ რისკებზე საუბარი.

მკურნალობის პირველი საფეხური მიზნად ისახავს პაციენტის მოტივაციის შედეგად მისი უნარ-ჩვევებისა და ცხოვრების წესის შეცვლას. კერძოდ, რისკ-ფაქტორების კონტოლს და სუპრაგინგივური ნადების წარმატებით მოცილებას:

* სუპრაგინგივური ბიოაპკის კონტროლი,

* სხვადასხვა ღონისძიებები პაციენტის მოტივაციისა და ჰიგიენის ეფექტური კონტროლისათვის, პირის ღრუს ჰიგიენის ინსტრუქტაჟი (Oral Hygiene instructions - OHI),

* დამატებითი თერაპია ღრძილის ანთების სააწინააღმდეგოდ,

* პროფესიული მექანიკური ნადების მოცილება (Professional mechanical plaque removal (PMPR)).

აღნიშნული გულისხმობს სუპრაგინგივური ნადებისა და ქვების მოცილებას და ასევე, თუ შესაძლებელია, ნადებისათვის რეტენციული ფაქტორების მოხსნას,

* პაროდონტიტის პროგრესირების აღიარებული რისკ-ფაქტორების (მოწვევა, დიაბეტთან პაციენტში მეტაბოლიზმის კონტროლი, ფიზიკური ვარჯიში, სრულფასოვანი დიეტა, წონის დაკლება).

თანამედროვე *ჰაერ-ჰავლოვანი აბრაზიული სისტემები* ანუ *ჰენდიბლასტერები* წარმატებით გამოიყენება კბილის ზედაპირის გასაპრიალებლად, ნადებისა და პიგმენტაციის მოსაშორებლად. აბრაზივის მიერ განვითარებული მაღალი წნევის გასანეიტრალებლად ჰაერ-ჰავლოვან ნაკადს ემატება რა წყლის ჰავლი, მცირდება კბილის გადახურების ალბათობა. შვეიცარიის დენტალური აკადემიის (Swiss Dental Academy) უახლესი, 2016 წლის მონაცემებით ჰაერ-ჰავლოვანი აპარატის, კერძოდ, Air-Flow-ს გამოყენების ჩვენებაა ღრძილზედა თერაპია: ბიოაპკის მოხსნა თვით ძნელად მისაღწეად უბნებსა და აპროქსიმალურ ზედაპირებზე, პიგმენტური ლაქების მოხსნა, ფესვის ზედაპირის იდეალური პოლირება, იმპლანტების მოვლა, კბილების გათეთრება და გაპრიალება სპეციალურად შერჩეული (შემადგენლობა, აბრაზიულობა) ფხვნილების საშუალებით.

მკურნალობის პირველი ეტაპი უნდა გატარდეს ყველა პაროდონტიტით დაავადებულ პაციენტთან, სტადიის მიუხედავად, და საჭიროების შემთხვევაში, განმეორდეს ხშირად.

მკურნალობის მეორე საფეხური - ეტიოტროპული თერაპია (მიზეზთან დაკავშირებული თერაპია) მიზნად ისახავს სუბგინგივური ბიოაპკის და ქვების კონტროლს (შემცირება/ მოცილება). დამატებით, შესაძლოა, მოიცავდეს შემდეგ ჩარევებს:

* ფიზიკური ან ქიმიური აგენტების ჩართვა,

* მასპინძელი ორგანიზმის მამოდიფიცირებელი აგენტების გამოყენება (ლოკალური ან სისტემური),

* ლოკალური ანტიმიკრობული პრეპარატების ჩართვა,

* სისტემური ანტიბიოტიკების გამოყენება.

სუბგინგივური ინსტრუმენტული დამუშავება აუცილებლად უნდა ჩატარდეს პაროდონტიტის მკურნალობის დროს, იმისათვის, რომ შემცირდეს ჯიბის სიღრმე, ღრძილის

ანთება და დაავადების სხვა ნიშნები.

ამ პროცედურის მიზანია რბილი და მაგარი ნადების მოცილების შედეგად ანთების შემცირება რბილ ქსოვილებში. საუკეთესო შედეგი არის ჯიბის “დახურვა” - $PPD \leq 4\text{მმ}$, არ აღინიშნება სისხლდენა ზონდირებისას - BOP.

ექიმს შეუძლია, აირჩიოს როგორც კვადრანტების მიხედვით დამუშავების მეთოდი, ასევე ერთმომენტური კიურეტაჟი (Full mouth procedure). სუბგინგივალური ინსტრუმენტული დამუშავება ტრადიციულად კეთდებოდა რამდენიმე ვიზიტად. ალტერნატიულ მეთოდებად შემოთავაზებულია ერთმომენტური პროტოკოლები. ერთმომენტური პროტოკოლები შესაძლოა იყოს ერთსეანსიანი ან 2 ეტაპიანი, რომელიც სრულდება 24 სთ-ში.

მკურნალობის ეს ეტაპი შედგება შემდეგი პროცედურებისაგან.

- ფესვის ზედაპირიდან ნადებისა და ქვების მოშორება;
- დულაბის ზედაპირული, დაინფიცირებული შრის მოშორება;
- ფესვის გაპრიალება (პოლირება);
- რბილი ქსოვილების კიურეტაჟი;
- ერთმომენტური კიურეტაჟი.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მკვეთრი საზღვარი ღრძილზედა და ღრძილქვეშა ქვების და ნადების მოშორების პროცედურებს შორის არ არსებობს.

პაროდონტის ანთებადი ბუნების დაავადებების ეტიოტროპული თერაპიის საფუძველს წარმოადგენს კბილის ნადებების მოშორება ინსტრუმენტებით და ფესვის ზედაპირის გასადავება (სკეილინგი და ფესვთა გასადავება - (სფგ) - Scaling & Root Planing (SRP)). სკეილინგი კბილის ფესვის ზედაპირიდან ნადების და ქვის მოშორების პროცედურაა. ფესვის ზედაპირის გასადავება გულისხმობს ფესვის ცემენტის დარბილებული შრის, დარჩენილი ნადების მოშორების და ზედაპირის გასადავების პროცედურას, რის შემდეგ კბილის ფესვის ზედაპირი მკვრივი, სუფთა და სადა ხდება.

ბოლო წლების მიღწევებისა და ახალი ტექნოლოგიების შედეგად ჯიბეების ტრადიციული მექანიკური (ინსტრუმენტული) დამუშავება ტარდება ერთ სეანსზე - მთლიანი პირის ღრუს მკურნალობა (FMT - Full Mouth Therapy). ეს არის მთლიანი პირის ღრუს ჯიბეების საბოლოო, ანტიმიკრობული, დახურული, არაქირურგიული, მექანო-ფარმაკოლოგიური მკურნალობა 24 საათის განმავლობაში, რათა გამოირიცხოს მეორადი ინფიცირება და მიკრობების გადატანა.

სფე შეიძლება ჩატადეს ხელის იარაღებით, აკუსტიკური და ულტრაბგერითი აპარატებით. ელექტრომექანიკური ინსტრუმენტები ძირითადად სამი ტიპისაა:

- დაბალსიხშირიანი სკვილერები (პნევმატური);
- მაგნიტოსტრიქტიული ულტრაბგერითი სკვილერები;
- პიეზოელექტრული ულტრაბგერითი სკვილერები.

განსაკუთრებული საუბრის თემაა 1999 წელს გერმანიაში ქ. მაინცის უნივერსიტეტის პროფესორების მიერ შემუშავებული ახალი თაობის მოდერნიზებული პიეზო-ელექტრული ულტრაბგერითი აპარატი Vector-სისტემა.

მისი უპირატესობა გენერირებული რხევაა, რის შედეგადაც წარმოიქმნება 25 000 ჰც-ის სიხშირის ბგერითი რხევა ინსტრუმენტის ღერძის გასწვრივ, კბილის ღერძის პარალელურად. სწორხაზოვანი რხევები არ იწვევს კბილის მაგარი ქსოვილის მექანიკურ დაზიანებას, პულპის გადახურებას - რაც მანიპულაციის უმტკივნეულობას განაპირობებს. ულტრაბგერითი ენერგია პაროდონტის ქსოვილებს გადაეცემა სპეციალური სითხით ვექტორის სუსპენზიით. იგი არ იწვევს ქსოვილთა ტრავმას, პაროდონტული ჯიბიდან გრანულაციური ქსოვილი ეფექტურად შორდება ულტრაბგერის ენერგიის საშუალებით და არა ინსტრუმენტული ზემოქმედებით. სპეციალური თავების საშუალებით მუშავდება ძნელად მისადგომი ადგილები: ბი- და ტრიფურკაციები. დუდაბი პოლირდება დამზოგველად, მისი ზედაპირის დაუზიანებლად, ულტრაბგერა სველ გარემოში ანტიმიკრობულ მოქმედებას ახდენს. საფუძვლიანად მუშავდება პაროდონტული ჯიბეები, ხდება მიკრობული ცხოველყოფილობის პროდუქტების, ენდოტოქსინების ირიგაცია. არ წარმოიქმნება ექიმისა და პაციენტისათვის საშიში მიკრობული აეროზოლის „ღრუბელი.“

თანამედროვე *ჰერ-ჭავლოვანი აბრაზიული სისტემები* ანუ *ჰენდიბლასტერები* წარმატებით გამოიყენება ფესვის ზედაპირის გასაპირილებლად, ნადებისა და პიგმენტაციის მოსაშორებლად. ფესვის ზედაპირის იდეალური პოლირებისათვის გამოიყენება სპეციალურად შერჩეული, ნაკლებაბრაზიული ფხვნილები.

პაროდონტიტის მკურნალობის დროს ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება

შესაძლებელია, როგორც ლოკალურად ასევე სისტემურად. ადგილობრივი მკურნალობის ძირითად უპირატესობას სისტემურთან შედარებით წარმოადგენს გვერდითი ეფექტების მცირე რაოდენობა და გაუმჯობესებული კლინიკური მონაცემები, ასევე, სამკურნალო პრეპარატებისადმი ბაქტერიული ტოლერანტობის განვითარების შემცირების შესაძლებლობა.

სისტემური ანტიბიოტიკების გამოყენება ნებადართულია კონკრეტული კატეგორიის პაციენტებთან - გენერალიზებული პაროდონტიტის სტადია III, ახალგაზრდა პაციენტებში. სისტემური ანტიბიოტიკების უპირატესობა მდგომარეობს მათ უნარში, მიაღწიონ პირის ღრუს ყველა ზედაპირსა და სითხეში, გარდა ამისა, ასევე, მათ აქვთ პოტენციალი, რომ მიაღწიონ პაროდონტის პათოგენებს, რომლებიც საბოლოოდ შეიჭრებიან მასპინძლის ქსოვილებში (Kim et al., 2010; Rudney, Chen, & Sedgewick, 2005).

გამოყენებული ანტიბიოტიკები შესაძლებელია იყოს:

1. ამოქსიცილინი (AMOX) 1000 მგ - 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე
2. კლარიტრომიცინი (CLAR) 500 მგ - 2-ჯერ დღეში 3 დღე
3. აზითრომიცინი (AZI) 500 მგ - 1-2-ჯერ დღეში 3-5 დღე
4. ორნიდაზოლი (ORD) 500 მგ - 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე
5. მეტრონიდაზოლი (MET) 500 მგ - 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე
6. მეტრონიდაზოლისა და ამოქსიცილინის კომბინაცია (MET+AMOX) - მეტრონიდაზოლი 500 მგ დოზით და ამოქსიცილინი 1000 მგ დოზით, 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე
7. სეკნიდოქსის და ამოქსიცილინის კომბინაცია - სეკნიდოქსი 2000 მგ დოზით ერთჯერადად და ამოქსიცილინი 1000 მგ დოზით 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე.

მკურნალობის მეორე საფეხური უნდა ჩატარდეს სტადიის მიუხედავად ყველა პაროდონტიტიან პაციენტთან, მხოლოდ იმ კბილებთან, სადაც აღინიშნება პაროდონტული ჯიბეები ან დაწყებულია პაროდონტის რღვევა.

ღრმა პაროდონტული ჯიბეების არსებობისას მკურნალობის პირველი და მეორე საფეხური უნდა ჩატარდეს ერთდროულად (თავიდან რომ ავიცილოთ პაროდონტული აბსცესის ჩამოყალიბება).

მკურნალობის მეორე საფეხურის შემდეგ თუ პაროდონტული ჯიბე >4 მმ-ზე და აღინიშნება სისხლდენა, ან შენარჩუნებულია ღრმა პაროდონტული ჯიბეები - ≥ 6 მმ-ზე, აუცილებელია მკურნალობაში მესამე საფეხურის ჩართვა.

მეორე საფეხურის შემდეგ თუ მკურნალობა იყო წარმატებული, პაციენტი გადადის

შემანარჩუნებელ პროგრამაზე (Supportive periodontal care - SPC).

მკურნალობის მესამე საფეხურის მიზანია პირის ღრუს იმ უბნების მკურნალობა, სადაც მეორე ეტაპზე ვერ მივიღეთ ადეკვატური შედეგი (პაროდონტული ჯიბე >4 თანმხლები სისხლდენით, ან ღრმა პაროდონტული ჯიბე ≥ 6 მმ). ეს ეტაპი მოიცავს:

- * განმეორებით სუბინგივურ ინსტრუმენტულ დამუშავებას ცალკე ან დამატებით თერაპიებთან ერთად,
- * ნაფლეთოვან პერიო ქირურგიას,
- * რეზექციულ პერიო ქირურგიას,
- * რეგენერაციულ პერიო ქირურგიას.

მას შემდეგ, რაც მიღებული იქნება იდეალური მკურნალობის ეფექტი, პაციენტი უნდა გადავიდეს შემანარჩუნებელ თერაპიაზე. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მესამე ეტაპის მკურნალობის ეფექტი ხშირად არ მიიღწევა ყველა კბილის მიდამოში პაროდონტიტის სტადია III-ის დროს.

შემანარჩუნებელი თერაპიის მიზანია შევინარჩუნოთ სტაბილური პაროდონტიტი. იგი მოიცავს I და II საფეხურების კონკრეტულ პუნქტების კომბინაციას და დამოკიდებულია პაციენტის პაროდონტულ სტატუსზე. ამ საფეხურზე აუცილებელია რეგულარული ინტერვალები პაციენტის ვიზიტებს შორის, რომლებიც ინდივიდუალურია და გამომდინარეობს პაციენტის საჭიროებიდან. მკურნალობის ამ საფეხურზე ისევ აქტუალურია ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დაცვა, რადგან ეს უკანასკნელი შემანარჩუნებელი თერაპიის უმნიშვნელოვანესი პუნქტია.

მკურნალობის ნებისმიერ საფეხურზე შესაძლოა, საჭირო გახდეს კონკრეტული კბილის ექსტრაქცია, რომელსაც უიმედო პროგნოზი აქვს.

სუპრაგინგივური ბიოაპკის კონტროლი მიიღწევა მექანიკური და ქიმიური საშუალებებით. მექანიკური ნადების კონტროლი ხდება კბილების გამოხეხვით, მანუალური თუ ელექტრო ჯაგრისებით, დენტალური ფლოსის, ინტერდენტალური ჯაგრისების, პირის ღრუს ირიგატორების, დრეკადი საჩხრეკების და ა. შ. საშუალებით. დამატებით მექანიკურ წმენდასთან ერთად რეკომენდებულია ანტისეპტიკური აგენტების (რომლებიც იწარმოება სხვადასხვა სახით ელექსირების თუ პირის ღრუს სავლებების სახით) გამოყენება. თუკი აუცილებელია პირის ღრუში კონკრეტული სავლებების გამოყენება, უმჯობესია ქლორჰექსიდინის, ცეტილპირიდინის ქლორიდის შემცველი პირის ღრუს სავლების შერჩევა ღრძილის ანთების კონტროლისათვის.

კბილების სრულფასოვანი გახეხვისაგან მიღებული სარგებელი გადაწონის ყველანაირ

პოტენციურ რისკს პირის ღრუში.

პაციენტები მოწვევის შეწყვეტით იუმჯობესებენ პაროდონტის ჯანმრთელობას, უმჯობესდება მკურნალობის გამოსავალი. პაციენტებს სჭირდებათ დამატებითი ღონისძიებების და კონსულტაციის მიღება ექიმ სტომატოლოგთან, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ხშირად ფარმაცოთერაპიის ჩართვა.

კლინიკური რეკომენდაციები

- თუ I და II ეტაპის დასრულების შემდეგ მიღებულია სასურველი გამოსავალი, პაციენტი გადადის შემანარჩუნებელ თერაპიაზე (SPC program).
- თუ სახეზე გვაქვს 4-5 მმ სიღრმის ჯიბეები, სასურველია განმეორებით სუბინგივური ინსტრუმენტული დამუშავება.
- თუ პაციენტს აღენიშნება 6 მმ ან მეტი სიღრმის პაროდონტული ჯიბე, ფურკაციის დაზიანებები და ძვლოვანი ჯიბეები, აუცილებელი ხდება მკურნალობის III ეტაპის დაგეგმვა.
- თუ მიღწეული არ არის პირის ღრუს ადეკვატური ჰიგიენა, არ უნდა ჩატარდეს მკურნალობის მესამე საფეხური.
- თუ აღინიშნება ღრმა პაროდონტული ჯიბეები - 6 მმ ან მეტი სიღრმის, პაროდონტიტი სტადია III, რეკომენდაციას ვუწევთ ნაფლეთოვან ოპერაციას მკურნალობის I და II საფეხურის შემდეგ.
- შემანარჩუნებელი თერაპიის დროს განმეორებითი ვიზიტი უნდა დაიგეგმოს 3 დან 12 თვემდე ინტერვალში, პაციენტის ინდივიდუური საჭიროებებიდან გამომდინარე.
- თამბაქოს მოხმარება უნდა შეწყდეს შემანარჩუნებელი თერაპიის დროს.
- აუცილებელია დიაბეტის კონტროლი.

ლაზერული ან ანტიმიკრობული ფოტოდინამიური თერაპიის გამოყენება

არაქირურგიულ მექანიკური ინსტრუმენტული დამუშავების დროს

ყველაზე მეტად გავრცელებული ლაზერი, რომელიც გამოიყენება პაროდონტიტების მკურნალობის დროს არის:

- დიოდის,
- ნახშირბადის დიოქსიდის (CO₂),
- ნეოდიმუმის,

- ალუმინნატრიუმის გარნეტი (ND YAG),
- ერბიუმის.

ლაზერის ის ტიპები რომელთაც აქვთ ტალღის სიგრძე 635-1600 ნმ, წარმატებით გამოყენება პაროდონტულ თერაპიაში.

პაროდონტიტის კომპლექსურ მკურნალობაში ასევე გამოიყენება ფოტოდინამიური თერაპია. თუმცა, მისი ეფექტურობა ნაკლებია ფესვის მექანიკურ დამუშავებასთან შედარებით.

პაროდონტიტის მკურნალობის გამოსავალი

პაროდონტიტის სტანდარტული მკურნალობა მოიცავს პირის ღრუს ჰიგიენის ინსტრუქტაჟს, ბიოაპკისა და ქვების მოცილებას, დამატებითი ანტიმიკრობული აგენტების გამოყენებით ან მის გარეშე, ქირურგიული მკურნალობით ან მის გარეშე. მკურნალობის შედეგად ვიღებთ პაციენტის გაუმჯობესებულ სიცოცხლის ხარისხს, დისკომფორტის მოხსნას ღეჭვისას, უკეთეს ესთეტიკას, შემცირებულ კბილების მორყევას, და ზოგად ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გავლენის შემცირებას.

ჯანმრთელი და კარგად ფუნქციონირებადი პირის ღრუ განაპირობებს ჯანმრთელ ორგანიზმს.

ითვლება, რომ ტკივილის არარსებობა, მისაღები ესთეტიკა, კმაყოფილი პაციენტი, წარმოადგენს მკურნალობის მნიშვნელოვან წარმატებულ გამოსავალს.

სასურველია მკურნალობამდე ექიმმა მიზნად დაისახოს მოსალოდნელი კონკრეტული შედეგი. თუმცა, მთავარ მიზანს წარმოადგენს ზონდირებისას სისხლდენის დაბალი მაჩვენებელი და ვიწრო და მცირე ზომის პაროდონტული ჯიბეები.

პაროდონტიტიან პაციენტებზე კლინიკურმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ მკურნალობის არაქირურგიული (კონსერვატული) მეთოდი შეიძლება იყოს მაღალეფექტური (Fedi P., Vernino A., Yray J. 2003).

ამდენად, რეზიუმეს სახით შეიძლება ითქვას:

1. დღეისათვის პაროდონტის პროფილაქტიკა და თერაპია ძირითადად ანტიმიკრობულია: საჭიროა შემცირდეს მიკრობების საერთო რიცხვი და შეძლებისდაგვარად მოხდეს პაროდონტოპათოგენური ბაქტერიების ელიმინაცია.
2. ბიოაპკის მოშორება - მკურნალობის ძირითადი მნიშვნელოვანი და გარდამტეხი

მომენტია და იგი ყოველთვის ხორციელდება ინსტრუმენტულ-მექანიკური მეთოდით - სუპრაგინგივურად - გინგივიტის დროს და სუპრა- და სუბგინგივურად - პაროდონტიტის დროს.

3. პროფესიული წმენდა იწყება „სუპრაგინგივური წმენდით“ ჰაერ-ჭავლოვანი მეთოდით: სპეციალურად შერჩეული სხვადასხვა აბრაზიულობის ნატრიუმის ბიკარბონატის, კალციუმის ნატრი-ფოსფორო-სილიკატის, ნატრიუმის კარბონატის, ტრიგალოზას შემცველი ფხვნილებით. შემდეგ, საჭიროების შემთხვევაში, ტარდება სკვილინგი პროფესიული, მექანიკური ინსტრუმენტებით - ბგერითი ან ულტრაბგერითი სკვილერების საშუალებით ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, კარგი მხედველობითი ეფექტის არსებობით (ტექნიკა washedfield). ღრძილზედა ქვების მოშორების შემდეგ ტარდება „რეინგივალური“ წმენდა და შორდება ღრძილქვეშა, მუქი ფერის „შრატისმიერი“ ქვა, პირველ რიგში - ბიოაპკი. აქაც ვიყენებთ ულტრაბგერით აპარატს სამუშაო გრძელი და თხელი თავებით; ან - ჯიბეების დამუშავებას ვექტორ სისტემით, ან - სპეციალური ჰაერ-ჭავლოვანი სუპრაგინგივალური თავებით ნაკლებ აბრაზიული გლიცინისა და დისაქარიდების შემცველი ფხვნილებით. სისხლმდენი ღრძილების დამუშავება ხდება ანტისეპტიკური გამოსავლებით (ქლორჰექსიდინის, ლისტერინის, ფიტოდანამატების შემცველობის და სხვა). არაქირურგიული თერაპია, ჩვენების მიხედვით, ტარდება ანესთეზიის ქვეშ.

4. საჭიროების შემთხვევაში პაროდონტული ჯიბეების დეზინფექცია ტარდება დიოდური ლაზერით და ფოტოდინამიური მეთოდით.

5. კბილების პროფესიული წმენდა პაროდონტიტის სტადიის I, II და III სხვადასხვა დონის (მსუბუქი და საშუალო ფორმის ქრონიკული პაროდონტიტი) დროს არის მკურნალობის აუცილებელი ეტაპი; ხოლო პროფილაქტიკური ღონისძიება პაროდონტიტის სტაბილიზაციის ფაზაში; პაროდონტიტის სტადიის III და IV C დონის (მძიმე ფორმის ქრონიკული და აგრესიული ფორმის პაროდონტიტი) დროს მას ემატება სისტემური ანტიბიოტიკოთერაპია.

6. ანტისეპტიკური საშუალებები გამოიყენება პაროდონტიტის (ქრონიკული და

აგრესიული ფორმის პაროდონტიტი) ყველა ფორმის დროს.

7. ადგილობრივი ანტიმიკრობული პრეპარატები (ქლორჰექსიდინის ჩიპი, მიმოციკლინის მიკროსფეროები) შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას პაროდონტიტის (ქრონიკული და აგრესიული ფორმის პაროდონტიტი) ყველა ფორმის დროს.

8. სისტემური მოქმედების ანტიბიოტიკები (დაცული პენიცილინები, დოქსიციკლინი) და ანტიპარაზიტული პრეპარატები (სეკნიდოქსი, მეტრონიდაზოლი და სხვა) გამოიყენება - პაროდონტიტის სტადია III და IV C დონის (აგრესიული ფორმის პაროდონტიტი), აბსცედირებული პაროდონტიტის დროს.

ამდენად, პაროდონტული ჯიბეების დახურული კიურეტაჟი თერაპიული, ანტინფექციური, ნაკლებად ინვაზიური მკურნალობაა, რომლის დროსაც ღრძილის რეცესიის საშიშროება მინიმალურია. იგი, ერთი მხრივ, მკურნალობის საბოლოო ფაზაა პაროდონტიტის სტადიის I და II A ან B დონის (ქრონიკული პაროდონტიტი მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის) დროს, ხოლო მეორე მხრივ, დაწყებითი ფაზა - დაავადების სტადიის III ან IV A, B ან C დონისას (ქრონიკული პაროდონტიტი მძიმე ფორმა და აგრესიული პაროდონტიტი). დახურული კიურეტაჟის უკუჩვენებებია: ანტიკოაგულანტების მიღება, კეროვანი ინფექციის რისკი, ზოგიერთი სისტემური დაავადება.

დახურული კიურეტაჟი ტექნიკურად რთული პროცედურა არ არის და მოიცავს შემდეგ ეტაპებს: ანესთეზია (ჩვენების მიხედვით), ჰაერ-ჭავლოვანი ღრძილზედა თერაპია, სკეილინგი, პაროდონტულ ჯიბეში ერთმომენტიანი კიურეტაჟი ან ჰაერ-ჭავლოვანი დამუშავება, ზედაპირის პოლირება და ფინირება.

მკურნალობის ეფექტი განმეორებითი დათვალიერებისას (გამოკვლევისას) ექიმს საშუალებას აძლევს, გადაწყვიტოს საჭიროა თუ არა ქირურგიული ჩარევა.

წინამდებარე პროტოკოლი ეყრდნობა ევროპის პაროდონტოლოგთა ფედერაციის - European Federation of Periodontology (EFP) მიერ მოწოდებულ მკურნალობის ახალ გაიდლაინს, ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციის საბჭოს მიერ მოწოდებულ კლინიკურ რეკომენდაციებს (გაიდლაინს) პაროდონტიტის (ქრონიკული პაროდონტიტის) არაქირურგიული მკურნალობის შესახებ.

ღრძილის კლინიკური მიმაგრების დონის ცვლილების საშუალო მაჩვენებლის შკალა	
კლინიკური მიმაგრების დონე (მმ.)	კლინიკური მაჩვენებლის შეფასება
0-0.2	ნულოვანი შედეგი
>0.2-0.4	მცირე შედეგი
>0.4-0.6	საშუალო შედეგი
>0.6	მნიშვნელოვანი შედეგი
<p>ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციის საბჭოს მიერ მოწოდებული კლინიკური რეკომენდაციები პაროდონტიტის (ქრონიკული პაროდონტიტი) არაქირურგიული მკურნალობის შესაფასებლად</p>	
<p>ძლიერი- მტკიცებულებები მყარად უჭერს მხარს ამ ინტერვენციას.</p> <p>სასარგებლო- მტკიცებულებები კეთილგანწყობილია ამ ინტერვენციის მიმართ</p> <p>სუსტი - მტკიცებულებები თავაზობს ამ ჩარევის რეალიზაციას მას შემდეგ, რაც ალტერნატიული მკურნალობა იქნება განხილული</p> <p>ექსპერტთა დადებითი მოსაზრება - მტკიცებულებები ნაკლებია, სარწმუნოების დონე დაბალი. გადამწყვეტია ექსპერტების აზრი</p> <p>ექსპერტთა უარყოფითი მოსაზრება - მტკიცებულებები ნაკლებია. სარწმუნოების დონე დაბალი. ექსპერტების აზრი უარყოფითი</p> <p>უარყოფითი - მტკიცებულებები ამ ჩარევის რეალიზაციის წინააღმდეგ</p>	
კლინიკური რეკომენდაცია	სიმძლავრე
სფგ (სხვა ჩარევის გარეშე)	
კლინიცისტი განიხილავს სფგ-ს როგორც პაროდონტიტის (ქრონიკული პაროდონტიტი) მკურნალობაში აუცილებელ საწყის ეტაპს	სასარგებლო
სფგ სისტემური დოქსიციკლინის სუბანტიმიკრობული დოზა	
კლინიცისტი განიხილავს სტადია II, III ან IV A ან B დონის (საშუალო და მძიმე ფორმის ქრონიკული) პაროდონტიტის სამკურნალოდ დოქსიციკლინის სუბანტიმიკრობული დოზის (20მგ-დღეში 2-ჯერ) დანიშნვას როგორც ეფექტურ სამკურნალო მანიპულაციას.	სასარგებლო

სფგ სისტემური ანტიმიკრობული პრეპარატებით	
კლინიცისტმა შესაძლებელია ასევე განიხილოს სხვა სისტემური ანტიმიკრობული პრეპარატების დანიშვნა როგორც ეფექტური სამკურნალო მანიპულაცია	სუსტი
სფგ ლოკალური მიწოდების ანტიმიკრობული პრეპარატებით	
სტადია II, III ან IV A ან B დონისას პაროდონტიტის (საშუალო და მძიმე ფორმის ქრონიკული) მქონე პაციენტებთან, კლინიცისტი განიხილავს ლოკალურად ქლორჰექსიდინის ჩიპის გამოყენებას როგორც სფგ-ს დანამატს.	სუსტი
სტადია II,III ან IV A ან B დონის (საშუალო და მძიმე ფორმის ქრონიკული) პაროდონტიტის მქონე პაციენტებთან, კლინიცისტი განიხილავს ლოკალურად დოქსიციკლინის გელის გამოყენებას როგორც სფგ-ს დანამატს.	ექსპერტეთა დადებითი მოსაზრება
სტადია II,III ან IV A ან B დონის (საშუალო და მძიმე ფორმის ქრონიკული) პაროდონტიტის მქონე პაციენტებთან, კლინიცისტი განიხილავს ლოკალურად მინოციკლინის მიკროსფეროების გამოყენება როგორც სფგ-ს დანამატს.	ექსპერტეთა დადებითი მოსაზრება
სფგ არაქირურგიული ლაზერის გამოყენებით	
სტადია II, III ან IV A ან B დონის (საშუალო და მძიმე ფორმის ქრონიკული) პაროდონტიტის მქონე პაციენტებთან, კლინიცისტი განიხილავს ფოტოდინამიური თერაპია დიოდური ლაზერით როგორც სფგ-ს დანამატს.	სუსტი
სფგ- სკეილინგი და ფესვთა გასადავება	
ფდთ- ფოტოდინამიური თერაპია	

III ეტაპი. მკურნალობის მეორე ფაზა - ქირურგიული მკურნალობა

მკურნალობის პირველი ფაზის შემდეგ ფესვების ზედაპირების ე.წ. დახურული დამუშავებისას (დახურული კიურეტაჟი) საჭიროა ჩავატაროთ განმეორებითი გამოკვლევა. თუ რომელიმე უბანი საჭიროებს განმეორებით კიურეტაჟს, სასურველია, იგი ჩატარებულ იქნას; ამასთან, ღრმა პაროდონტული ჯიბეების, ფესვების კონვერგენციის ან დივერგენციის, ფურკაციის დაზიანებისას, ხშირად საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.

პაროდონტული ქირურგიისადმი თანამედროვე მიდგომა ასეთია: „მასობრივი ქირურგიული ჩარევის ორგანიზების ნაცვლად უმჯობესია, პაციენტებს ჩაუტარდეს ინტენსიური დიაგნოსტიკური პროფილაქტიკური და თერაპიული მომსახურება, ანუ კონსერვატული მკურნალობა“.

დაწყებითი, კონსერვატული და შემდგომი ქირურგიული მკურნალობის მიზანი ერთი და იგივეა, მაგრამ მის მისაღწევად გამოიყენება განსხვავებული მიდგომა.

პაროდონტული ქირურგიული მანიპულაციები იყოფა ორ ჯგუფად. პირველში გაერთიანებულია პაროდონტული ჯიბის აღმოსაფხვრელად მიმართული ქირურგიული მეთოდები:

- პაროდონტული ჯიბის ღიაკიურეტაჟი;
- გინგივექტომია და გინგივოპლასტიკა;
- ნაფლეთის აპიკალურად გადანაცვლება;
- ნაფლეთოვანი ოპერაცია;
- პაროდონტის ქსოვილების მართვადი რეგენერაცია.

მეორე ჯგუფს მიეკუთვნება მანიპულაციები, რომელიც მიმართულია პაროდონტიტის გამომწვევი ან ხელშემწყობი ფაქტორების - პირის ღრუს კარიბჭის ანატომიის დარღვევების მოსახსნელად. ასეთია:

- ლაგამებისა და ჭიმების პლასტიკა;
- ადგილობრივი ქსოვილებით ვესტიბულოპლასტიკა;
- ვესტიბულოპლასტიკა სასიდან აღებული ნაფლეთით (ტრანსპლანტანტით);
- რეცესიის აღმოსაფხვრელი ოპერაციები (ნაფლეთის გადანაცვლება ფეხზე - კორონალური, ლატერალური, სუბეპითელური სასის ნაფლეთები).

რეცესია - ღრძილის კიდის აპიკალური ცვლილება, გამოწვეული სხვადასხვა მდგომარეობით/პათოლოგიით. ის ასოცირებულია კლინიკური შეკავშირების დაკარგვასთან. ის შეიძლება განვითარდეს ყველა ზედაპირზე (ლოყისკენა, ენისკენა, ინტერპროქსიმალური).

ღრძილის რეცესიის და ფესვის გაშიშვლების შედეგად ვითარდება:

- ' ცუდი ესთეტიკა;

- აწეული მგრძობელობა;
- კარიესი/არაკარიესული დაზიანება კბილის ყელის მიდამოში.

Cairo et al., 2011 მიერ მოწოდებულია რეცესიის ახალი კლასიფიკაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს ინტერდენტალური კლინიკური მიმაგრების დონის (CAL) გაზომვა:

- რეცესია ტიპი 1 (RT1): ღრძილის რეცესია აპროქსიმალური (interproximal attachment) მიმაგრების დარღვევის გარეშე. აპროქსიმალურად კბილის მედიალურად და დისტალურად მინანქარ-დულაბის კავშირი (CEJ) არ ჩანს.
- რეცესია ტიპი 2 (RT2): ღრძილის რეცესია აპროქსიმალური მიმაგრების დანაკარგით, რომელიც ტოლია ან ნაკლებია მარგინალური (ვესტიბულურად) მიმაგრების დანაკარგზე.
- რეცესია ტიპი 3 (RT3): ღრძილის რეცესია აპროქსიმალური მიმაგრების დანაკარგით, რომელიც მეტია მარგინალური (ვესტიბულურად) მიმაგრების დანაკარგზე.

აპროქსიმალური მიმაგრების დანაკარგი იზომება აპროქსიმალურად მინანქარ-დულაბის კავშირიდან ჯიბის სიღრმემდე. მარგინალური (ვესტიბულურად) მიმაგრების დანაკარგზე იზომება ვესტიბულურად მინანქარ-დულაბის კავშირიდან მარგინალური ღრძილის ყველაზე აპიკალურ წერტილამდე.

ნებისმიერი რაოდენობა (სისქე და სიგანე) ღრძილის საკმარისია ჯანმრთელი პაროდონტის შენარჩუნებისთვის პირის ღრუს ჰიგიენის წესიერად დაცვის პირობებში.

ისეთი ტერმინები, როგორცაა „მენსტრუალურ ციკლთან ასოცირებული გინგივიტი“, „ორალურ კონტრაცეპტივებთან ასოცირებული გინგივიტი“ და „ასკორბინის მჟავასთან ასოცირებული გინგივიტი“ ამოღებულია კლასიფიკაციიდან. მენსტრუალური ციკლით გამოწვეული გინგივიტი ამოღებულ იქნა იმიტომ, რომ თვალსაჩინო კლინიკური ნიშნები იშვიათად აწუხებთ ქალებს. რაც შეეხება ორალური კონტრაცეპტივებით გამოწვეულ გინგივიტს, დოზის შემცირების შემდეგ აღარ აღინიშნება. C ვიტამინის დეფიციტი მოსახლეობაში უმნიშვნელოა და არ განსხვავდება ნადებით გამოწვეული გინგივიტისაგან.

სხვადასხვა სისტემურმა დაავადებამ და მდგომარეობამ შეიძლება იმოქმედოს პაროდონტიტზე ან მოახდინოს ღრძილის რეცესია, რომელიც ძალიან გავრცელებულია და

ხშირად კავშირშია ჰიპერესთეზიასთან, კარიესის განვითარებასა და არაკარიესულ დაზიანებებთან. ამ დროს ირღვევა ესთეტიკა. ოკლუზიურ ძალას შეუძლია დააზიანოს კბილების და პაროდონტის შემაერთებელი აპარატი. კბილებთან ან პროთეზთან ასოცირებულ ზოგიერთ განვითარებისა და შეძენილ მდგომარეობას შეუძლია, წინასწარ განაწყოს პაროდონტი დაავადებისკენ.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, პაროდონტის სხვადასხვა დაავადებით შეპყრობილი პაციენტები ინფორმირებული უნდა იყვნენ ნებისმიერი პოტენციური გვერდითი მოვლენების შესახებ, როგორცაა: ღრძილის რეცესიის მატება, კბილის დაგრძელების ვიზუალი (განსაკუთრებით ღრმა ჯიბეების შემთხვევაში), კბილებს შორის ე.წ. “შავი სამკუთხედების” ფართობის მატება, მომატებული მგრძობელობა და ტკივილი საკვების მიღების დროს, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს მკურნალობის განმეორებითი (შემანარჩუნებელი) კურსის დანიშვნისას.

მკურნალობის ორთოპედიული მეთოდები

პაროდონტიტის მკურნალობის კომპლექსში ორთოპედიულ მკურნალობას განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს, ვინაიდან ამ დროს ხდება პაროდონტის ქსოვილთა სარეზერვო ძალების გამოყენება.

ორთოპედიული მკურნალობის მიზანია: ფიზიოლოგიური წონასწორობის აღდგენა სისტემაში პაროდონტი - ოკლუზიური ზედაპირი - საღეჭი კუნთები - საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი.

ორთოპედიული მკურნალობა ტარდება კომპლექსურად - ექიმი თერაპევტ-სტომატოლოგისა (პაროდონტოლოგიის მიმართულებით სამუშაო გამოცდილებით) და ორთოპედის მიერ. იგი მოიცავს:

- სპეციალურ მომზადებას;
- შინირებას;
- პირის ღრუს პროთეზირებას;

სპეციალური ორთოპედიული მომზადება, თავის მხრივ, გულისხმობს:

- კბილების შერჩევით მოქლიბვას;
- კბილთა მწკრივის მეორადი დეფექტების აღმოფხვრას;

- ყბა-კბილთა სისტემის ანომალიების ორთოპედულ მკურნალობას;
- საღეჭი კუნთებისა და ენის პარაფუნქციის მოხსნას.

მკურნალობის ორთოდონტიული მეთოდები

პაროდონტიტიან პაციენტებში ორთოდონტიული მკურნალობა ტარდება ექიმი-ორთოდონტის მიერ, მას შემდეგ, როდესაც ექიმი თერაპევტ-სტომატოლოგი (პაროდონტოლოგიის მიმართულებით სამუშაო გამოცდილებით) დაასრულებს ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის კურსს. ამასთან, აუცილებელია, რომ გამოყენებული ზეწოლა (ძალა) იყოს სუსტი, რადგან პაროდონტში ანთებად-დესტრუქციული ცვლილებების დროს ოსტეოგენეზის პროცესები არ მიმდინარეობს. კბილების გადანაცვლება გამართლებულია მაშინ, როდესაც ექიმი-ორთოდონტი დარწმუნებულია, რომ ახალი მდგომარეობა უფრო ხელსაყრელი იქნება პაროდონტის ქსოვილებისათვის. ამ პროცედურის პარალელურად, ხშირად, ასევე, ტარდება შერჩევითი მოქლიბვა ტრავმული ოკლუზიის შესამცირებლად, ან მის აღმოსაფხვრელად.

IV ეტაპი. მკურნალობის მესამე ფაზა - პროფილაქტიკა – ზოგადი გამაჯანსაღებელი თერაპია

ზემოთ აღწერილი პაროდონტული მკურნალობიდან 2-3 თვის შემდეგ აუცილებელია, ჩატარდეს განმეორებით, საკონტროლო დათვალიერება. თუ შედეგი დამაკმაყოფილებელია, პაციენტი განმეორებით მკურნალობის კურსს იტარებს 3 ან 6 თვის შუალედით. ხოლო თუ ცალკეულ უბანზე აღინიშნება პრობლემები (დარჩენილია ჯიბე, აღინიშნება ღრძილებიდან სისხლდენა), საჭიროა მკურნალობის განმეორება დახურული ან ქირურგიული მეთოდებით. ასეთ შემთხვევაში, მიზანშეწონილია აპლიკაციური ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშვნა.

8.4. პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები (პაროდონტის წყლულოვან - ნეკროზული დაავადებები)

გამოვლინდება 3 სახით:

- ნეკროზული გინგივიტი (წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტის მწვავე ფორმა, ვენსანის გინგივიტი მწვავე ფორმა, ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტი მწვავე ფორმა, ფუზოსპიროქეტოზი, „თხრილისებრი“ პირი, პლაუტ-ვენსანის დაავადება) Gingivitis ulceroza - ღრძილის მწვავე ანთება, რომელსაც ახასიათებს ნეკროზი, წყლულები, სისხლდენა და ტკივილი. შესაძლოა, აღინიშნებოდეს ჰალიტოზი, ლიმფადენოპათია, ტემპერატურის მატება და ჰიპერსალივაცია.
- ნეკროზული პაროდონტიტი (წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტის ქრონიკული და ქრონიკული გამწვავებული ფორმა, ვენსანის გინგივიტი ქრონიკული და ქრონიკული გამწვავებული ფორმა, ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტი ქრონიკული და ქრონიკული გამწვავებული ფორმა) Periodontitis ulceroza - პაროდონტის ქსოვილების ნეკროზით მიმდინარე ანთებითი დაავადება წყლულების გაჩენით, სისხლდენით. აღინიშნება ჰალიტოზი, ტკივილი და ძვლის სწრაფი რღვევა, ლიმფადენოპათია და ტემპერატურის მატება.
- ნეკროზული სტომატიტი (დაწვრილებით იხილით პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების პროტოკოლში).

დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ორგანიზმის რეაქტიულობის ცვლილება და შესაბამისად, ღრძილის რეზისტენტობის დაქვეითება პირის ღრუს აუტონიფექციის მიმართ (განსაკუთრებით ფუზო-სპიროქეტებისა და გრამუარყოფითი ბაქტერიებისადმი). უმეტესად ვითარდება 18-30 წლამდე ასაკის მამაკაცებში.

პაციენტი უჩივის:

- მკვეთრად გამოხატულ ტკივილს ღრძილების მიდამოში;
- სისხლდენას, ზოგჯერ სპონტანურსაც;
- საკვების მიღების გაძნელებას;
- ლპობით სუნს პირის ღრუდან;
- ჰიპერსალივაციას;
- საერთო სისუსტეს;
- სხეულის ტემპერატურის მატებას.

რენტგენოლოგიურად ნეკროზული გინგივიტის დროს ცვლილებები არ აღინიშნება. ნეკროზული პაროდონტიტის დროს - კორტიკალური ფირფიტის ოსტეოპოროზი ან კბილთაშორის ძგიდეების განლევის სხვადასხვა ხარისხი.

მკურნალობა:

- ინდივიდუალური ჰიგიენის წესების დაცვა;
- შეძლებისდაგვარად დახურული კიურეტაჟი
- დაზიანებული ქსოვილების მოშორება;
- ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ ადგილობრივად ანტისეპტიკებისა და მეტრონიდაზოლის შემცველი მალამოების აპლიკაცია;
- ზოგადი მკურნალობა მეტრონიდაზოლით ან სეკნიდოქსით და დაცული პენიცილინებით.

8.5. პაროდონტიტი სტადია IV C დონე

(პუბერტატული, იუვენილური, სწრაფად პროგრესირებადი პაროდონტიტი)

სტადია IV C დონის პაროდონტიტში (აგრესიული ფორმის პაროდონტიტები) მოიაზრება პაროდონტის ის დაავადებები, რომელიც სომატურად ჯანმრთელ პაციენტებს აღენიშნებათ. დაავადებას ახასიათებს სწრაფი პროგრესირება, გენეტიკური (ოჯახური) წინასწარგანწყობა. განირჩევა:

- ლოკალური ან გენერალიზებული პაროდონტიტი სტადია IV C დონე (პრეპუბერტატული პაროდონტიტი), რომელიც ვითარდება სქესობრივ მომწიფებამდე 7-11 წლის ბავშვებში, როგორც დროებით და ცვლად თანკბილვაში;
- საჭრელებისა და მოლარების პაროდონტიტი სტადია IV C დონე (იუვენილური პაროდონტიტი) - დაავადების ჩამოყალიბება დაკავშირებულია Aa-ის არსებობასთან და ნეიტროფილების დისფუნქციასთან. ხშირად იწყება სქესობრივი მომწიფებისას, უმეტესად პირველი მუდმივი მოლარის და საჭრელების მიდამოში. შრატისმიერი ანტისხეულების ანალიზისას აღმოჩნდება მწვავე პირველადი რეაქცია ბაქტერიულ ინვაზიაზე;
- გენერალიზებული პაროდონტიტი სტადია IV C დონე (სწრაფად პროგრესირებადი პაროდონტიტი) - დაავადება ძირითადად იწყება 30 წლის ასაკამდე, იკარგება კბილ-ღრმილოვანი (ეპითელიური) მიმაგრება პროქსიმალური მხრიდან,

დაზიანებულია არანაკლებ 3 კბილისა. ხშირად მას იწვევს Aa და Pg, აღინიშნება ნეიტროფილების ფუნქციის დარღვევა. შრატისმიერი ანტისხეულების ანალიზისას აღინიშნება სუსტი რეაქცია ბაქტერიულ ინვაზიაზე.

სტადია IV C დონის პაროდონტიტი (აგრესიული პაროდონტიტი) დროს *რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება*: ნადებში სპეციფიური მიკროოგრანიზმების არსებობა, მათი რაოდენობის მატება, ორგანიზმის არაადეკვატური რეაქცია. ეს უკანასკნელი განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით: ნეიტროფილების დისფუნქცია, შიდსი, სიგარეტის წევა, დიაბეტი, სტრესი, ჰორმონული დარღვევები, კვების დარღვევა, გენეტიკური წინასწარგანწყობა.

მკურნალობის მიზანი - რისკის ფაქტორების ზემოქმედების შემცირებაა.

სტადია IV C დონის პაროდონტიტის (აგრესიული პაროდონტიტი) მკურნალობის თავისებურებანია:

- მოტივაციის გაჩენა;
- პაციენტისათვის პირის ღრუს ინდივიდუური ჰიგიენის წესების სწავლება და აქტიური, რეგულარული კონტროლი;
- პროფესიული ჰიგიენა და კიურეტაჟი - გაუმართლებელია აგრესიული მკურნალობის მეთოდების გამოყენება ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში, ვინაიდან არასანირებული უბნები წარმოადგენენ რა ინფექციის რეზერვუარებს, ხდება პათოგენური აგენტის სწრაფი რეკოლონიზაცია - რაც ხელს უშლის ქსოვილოვან რეორგანიზაციას(რეგენერაციას);
- ქვებისა და ნადებების მოშორება და ფესვის გაპრიალება აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ყველა კვადრანტში ერთდროულად (FMT);
- ანტიმკრობული საშუალებების დანიშვნა: ანტიპარაზიტული პრეპარატები (სეკნიდოქსი, მეტრონიდაზოლი და სხვა), ანტიბიოტიკები (დაცული პენიცილინები, დოქსიციკლინი);
- საჭიროების შემთხვევაში: ქირურგიული, ორთოპედიული, ორთოდონტული და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა;
- ეფექტური შემანარჩუნებელი თერაპია.

სტადიის IV C დონის პაროდონტიტის (აგრესიული პაროდონტიტი) ფორმების დროს რეციდივის ალბათობა მაღალია, ვიდრე სხვა ფორმების შემთხვევაში. ამდენად, რეკომენდებულია შემცირდეს ინტერვალი შემანარჩუნებელი თერაპიის სეანსებს შორის 3-თვემდე.

სტადიის IV C დონის პაროდონტიტის (აგრესიული პაროდონტიტი) მკურნალობის ეფექტურობა განისაზღვრება:

- ღრძილის ანთების კლინიკური ნიშნების შემცირებით;
- ზონდირებისას ჯიბის სიღრმის შემცირებით;
- კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დონის სტაბილურობით ან მატებით;
- რენტგენოლოგიურად - ძვლის რეგენერაციის დადასტურებით;
- სტაბილური ოკლუზიის შექმნით;
- კბილის ნადების რაოდენობის შემცირებით იმ დონემდე, რაც პაროდონტის ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი ფაქტორია.

ზოგიერთ უბანზე *წარუმატებელი მკურნალობის* ნიშნებია:

- ღრძილის ანთების შენარჩუნება;
- პაროდონტული ჯიბეების სიღრმის შენარჩუნება ან მატება;
- კბილ-ღრძილოვანი შეერთების პროგრესირებადი დაკარგვა;
- კბილების ძვრადობის მატება.

8.6. პაროდონტის სხვა მდგომარეობები

1. პაროდონტული აბსცესი

პაროდონტული აბსცესი ეს არის აბსცესი, რომელიც წარმოიქმნება პაროდონტულ ჯიბეში. ეტიოლოგია:

- გვხვდება ყოველთვის ქრონიკული პაროდონტიტით დაავადებულ პაციენტებში;
- წარმოიქმნება პაროდონტული ჯიბიდან ქსოვილოვანი დეტრიტის და ჩირქის გაძნელებული დრენირების გამო;
- შეიძლება გამოიწვიოს უცხო სხეულის მოხვედრამ ჯიბეში;
- იშვიათად, შესაძლებელია მიზეზი იყოს მკვდარი კბილის არხებში არსებული მდგომარეობა.

კლინიკა: ტკივილი, შეშუპება, ღრძილოვანი ჯიბიდან ღრძილის ლოყის (კარიბჭის) მხარეს აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი, უფრო ახლოს კბილის გვირგვინთან ვიდრე პერიაპიკალური აბსცესის შემთხვევაში.

დიაგნოზი ისმება ანამნეზისა და კლინიკური გამოკვლევების, რენტგენოგრაფიის, ლაბორატორიული კვლევის საფუძველზე.

მკურნალობა: ერთეული პაროდონტული აბსცესის დრენირება უნდა მოხდეს კიურეტაჟის (საუკეთესო ვარიანტია Vector-სისტემა) ან განაკვეთის საშუალებით. თუ პაციენტს აღინიშნება სახის ასიმეტრია, ცხელება, აუცილებელი ხდება ანტიბიოტიკების (დოქსიციკლინი ან დაცული პენიცილინები+მეტრონიდაზოლი ან სეკნიდოქსი) დანიშვნა Per Os. მრავლობითი ლატერალური აბსცესის არსებობისას უნდა გამოირიცხოს სისტემური დაავადებები, მაგალითად: დიაბეტი და პაციენტი გაიგზავნოს შესაბამის გამოკვლევებზე.

2. ენდო-პაროდონტული დაზიანებები

ენდო-პაროდონტული დაზიანებები არის კლინიკური მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს როგორც პულპის, ასევე პაროდონტის ქსოვილებს და შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც მწვავე, ასევე, ქრონიკული ფორმით. როდესაც ისინი ასოცირდება ბოლოდროინდელ ტრავმულ ან იატროგენურ მოვლენასთან (მაგ. ფესვის ფრაქტურა ან პერფორაცია). ყველაზე გავრცელებული გამოვლინება აბსცესია ტკივილით. თუმცა, ენდო-პაროდონტული დაზიანება, პაროდონტიტიან სუბიექტებში, ჩვეულებრივ ხასიათდება ნელი და ქრონიკული პროგრესიით, ხილული სიმპტომების გარეშე.

ენდო-პაროდონტული დაზიანებით კბილის ყველაზე გავრცელებული ნიშანი და სიმპტომი ღრმა პაროდონტული ჯიბეა (აპექსს მიღწეული ან მასთან ახლოს მდებარე), პულპის უარყოფითი ან შეცვლილი ვიტალური ტესტით. სხვა პრევალირებადი ნიშნები და სიმპტომებია: ძვლის რეზორბცია აპიკალურ და ფურკაციის რეგიონში, სპონტანური ტკივილი ან ტკივილი პალპაციის და პერკუსიის დროს, ჩირქოვანი ექსუდატი, კბილის მობილობით, გვირგვინის და ღრძილის ფერის ცვლილებები.

ენდო-პაროდონტული დაზიანებისას კბილის ენდოდონტიური მკურნალობა განხილულია შესაბამის პროტოკოლში. რაც შეეხება პაროდონტულ მკურნალობას, ამავე პროტოკოლშია მოცემული.

9. მოსალოდნელი შედეგები

მიკრობული ნადებით გამოწვეული გინგივიტის, პაროდონტიტის სტადიის I, II და III A და B დონე (ქრონიკული პაროდონტიტი), პაროდონტიტის სტადიის III და IV C დონე (აგრესიული პაროდონტიტი), პაროდონტის ნეკროზული დაავადებების (პაროდონტის წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებები), პაროდონტის სხვა მდგომარეობები (პაროდონტული აბსცესის, ენდო-პაროდონტული დაზიანებები) მართვის კლინიკური პროტოკოლის შემუშავება და მისი ზედმიწევნით ზუსტად დაცვა ხელს შეუწყობს პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების გავრცელების დროულ კუპირებას. წარმატებული ეტიოტროპული და პათოგენური მკურნალობა (რაც პროტოკოლითაა გათვალისწინებული) საწინდარი იქნება იმისა, რომ არ მოხდება პაროდონტის კომპლექსში შემავალი ქსოვილების შემდგომი პროგრესული დესტრუქცია, კბილების მორყევა და დაკარგვა.

ანტიინფექციური თერაპია სხვადასხვა ანტისეპტიკებით, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების და უახლესი, თანამედროვე ინსტრუმენტებისა და ტექნოლოგიების (Vector-სისტემა, ჰაერ-ჭავლოვანი დამუშავება, უახლესი ლაზერული აპარატები, ფოტოდინამიური თერაპია და ა.შ.) გამოყენება ნაკლებინვაზიური, კონსერვატული მკურნალობის საშუალებას იძლევა. აღნიშნული წარმატებული პაროდონტული მკურნალობის გარანტიაა. მოცემულ ინდივიდურ შემთხვევაში ექიმი თერაპევტ-სტომატოლოგი სახავს კომპლექსური მკურნალობის გეგმას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენი წელია აღნიშნული ჯგუფი ეწევა პაროდონტოლოგიური პაციენტების მიღებასა და მკურნალობას?
- კლინიკის რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა ტრენინგი მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა პაროდონტის კომპლექსის დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან 6 თვეში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?

- პაროდონტის დაავადებების კომპლექსური მკურნალობის შემდეგ რამდენ პაციენტში (%) მოხდა პროცესის ნორმალიზება?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა პაროდონტის დაავადებების დროს გართულებების ჩამოყალიბება მკურნალობის მიუხედავად?
- მონიტორინგისას რამდენ პაციენტში (%) მოხდა სასურველი შედეგის მიღწევა?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის ცვლილება მოხდება წყარო - გაიდლაინის რეკომენდაციის განახლების შესაბამისად.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №2.

ცხრილი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსების გამოყენების მიზანი	
ექიმი-სტომატოლოგი	აფასებს კლინიკურ მდგომარეობას, სახავს გამოკვლევის გეგმას, არსებული რეზერვიდან ირჩევს მოცემული, ინდივიდური პაციენტისათვის მკურნალობის მეთოდებს (თერაპიული, ქირურგიული, ორთოპედიული, ორთოდონტიული, ფიზიოთერაპიული მკურნალობის მეთოდები) შემდეგ პრინციპზე დაყრდნობით - პაროდონტის დაავადებების მკურნალობა არის კომპლექსური და მაქსიმალურად ინდივიდური. ადგენს ხარჯთაღრიცხვას, ახდენს სამკურნალო საშუალებების, მედიკამენტების სელექციას და მათი გამოყენების ჩვენებებს ცალკეულ შემთხვევებში ინდივიდურად. ატარებს მკურნალობას და აფასებს მიღებულ შედეგებზე დაკვირვებას სხვადასხვა ვადებში. ადგენს პაციენტის განმეორებითი და საკონტროლო ვიზიტების ვადებს. აწარმოებს აუცილებელ სამედიცინო დოკუმენტაციას.	სავალდებულო

უმცროსი ექიმი /ექთანი	ექიმის ასისტირება, მკურნალობის პროცესში ჩართულობა, ყველა საჭირო მედიკამენტით, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო უბნის უზრუნველყოფა. პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის განხორციელება და მათთან მუდმივი კომუნიკაცია.	სავალდებულო
რეგისტრატორი/ ადმინისტრატორი	კლინიკაში პაციენტთა მომართვის რეგულირება, ექიმის შერჩევა, სამედიცინო დოკუმენტაციის - პაციენტის ამბულატორიული ბარათის გახსნა და მათი საპასპორტო და სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოძიება და დაფიქსირება. პაციენტთა სარეგისტრაციო ჟურნალის წარმოება.	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
მატერიალ ტექნიკური რისკის შეფასების სქემა	ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია, პაციენტს აცნობოს იმ რისკების, შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი რეაქციების შესახებ, რაც საანესთეზიო ნივთიერების გამოყენებას შეიძლება მოჰყვეს. ამასთანავე, პაციენტს უნდა განემარტოს, რა სახის გართულება შეიძლება მოჰყვეს ექიმის დანიშნულების არასათანადოდ შესრულებას, რაც თავის მხრივ პაციენტს მოტივირებულს ხდის, რომ გაითვალისწინოს ექიმის თითოეული რეკომენდაცია, შეასრულოს იგი და ყოველთვის გამოცხადდეს ექიმთან ვიზიტზე.	სავალდებულო
რენტგენოვიზიოგრაფი, ორთოპანტომოგრაფი, რენტგენის აპარატი, ფოტოპოლიმერიზატორი	აღნიშნული ძირითადი და დამხმარე სადიაგნოსტიკო საშუალებები ეხმარება ექიმს საბოლოო დიაგნოზის დასმაში მკურნალობის პროცესში და შედეგის გაკონტროლებაში.	სავალდებულო

<p>პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები</p>	<p>პაციენტის ინფორმირება ვერბალურად, მარტივი და გასაგები ენით, ასევე, თვალსაჩინოებისთვის კლინიკური შემთხვევების ფოტომასალითა და საგანმანათლებლო-შემეცნებითი ბროშურებით.</p>	<p>სასურველია</p>
---	---	-------------------

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის გავრცელება სტომატოლოგიურ ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში);
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის ტრენინგების ორგანიზება.

პაროდონტიტის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის პროტოკოლი არ უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებზე „მორგების“ მიზნით. სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა მეთოდურად და ეტაპურად უნდა გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით, პროტოკოლის შესაბამისად.

14. პროტოკოლის ავტორები

სსიპ - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებების დეპარტამენტის თანამშრომლები:

- **მანანა ივერიელი** - დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი;
- **ნინო აბაშიძე** - დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი;
- **ხატია გოგიშვილი** - დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, მედიცინის დოქტორი;
- **თეა ჯანჯალაშვილი** - საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, ექიმი-სტომატოლოგი.

15. გამოყენებული ლიტერატურა:

1. [Caton](#) J.G., [Armitage](#) G ., [Berglundh](#) T ., [Chapple](#) I.L.C ., [Jepsen](#) S., [Kornman](#) K.S., [Mealey](#) B.L., [Papapanou](#) P.N., [Sanz](#) M., [Tonetti](#) M.S. - A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification / <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
2. Lang N.P., Bartold P.M., - Periodontal health / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S9–S16;
3. Murakami S., Mealey B.L., Mariotti A., Chapple I.L.C.,- Dental plaque–induced gingival conditions / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S17–S27;
4. Holmstrup P., Plemons J., Meyle J.,- Non–plaque - induced gingival diseases / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S28–S43.

5. Trombelli L., Farina R., Cléverson O. Silva , Tatakis D.N.,- Plaque - induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com /journal/jcpe 45(Suppl 20):S44–S67;
6. Chapple I.L.C.,Mealey B.L., Van Dyke T.E., Bartold P.M., Dommisch H., Eickholz P., Geisinger M.L., Genco R.J., Glogauer M.,Goldstein M., Griffin T.J., Holmstrup P., Johnson G.K., Kapila Y., Lang N.P., Meyle J., Murakami S., Plemons J., Romito G.A., Shapira L., Tatakis D.N., Teughels W., Trombelli L., Walter C., Gernot Wimmer G., Xenoudi P., Yoshie H.,- Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri - Implant Diseases and Conditions / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S68–S77;
7. Herrera D., Retamal - Valdes B.,Alonso B., Magda Feres M.,
Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo - periodontal lesions / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S78–S94;
8. Fine D.H., Patil A.G.,Bruno G. Loos B.G.,
Classification and diagnosis of aggressive periodontitis/JClin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S95–S111;
9. Needleman I., Garcia R., Gkranias N., Kirkwood K.L., Kocher T., Di Iorio A., Moreno F., Petrie A.,- Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review
Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo - periodontal lesions / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S112–S129;
10. Billings M.,Holtfreter B., Papapanou P.N.,Mitnik G.L.,Kocher T.,Dye B.A.,
Age - dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP - TREND 2008 to 2012 / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com /journal/jcpe 45(Suppl 20):S130–S148;
11. Tonetti M. S., Greenwell H, Kenneth S. Kornman K.S., - Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20): S149–S161;
12. Papapanou P.N.,Sanz M., Buduneli N., Dietrich T., Feres M., Fine D.H., Flemmig T.F., Raul Garcia R., Giannobile W.V., Graziani F., Greenwell H., Herrera D., Kao R.T., Kebschull M., Kinane D.F., Kirkwood K.L., Kocher T., Kornman K.S., Kumar P.S., Loos B.G., Machtei E.,Meng H., Mombelli A., Needleman I., Offenbacher S., Seymour G.J., Teles R., Tonetti M.S.,
Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri - Implant Diseases and Conditions / J Clin Periodontol. 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S162–S170;

13. Albandar J.M., Susin C., Hughes F.J., - Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations / *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe;45(Suppl 20):S171–S189;
14. Cortellini P., Bissada N.F.- Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S190–S198;
15. Fan J.,Caton J.G.-Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S199–S206;
16. Ercoli C., Caton J.G.-Dental prostheses and tooth - related factors/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S207–S218;
17. Jepsen S., Caton J.G., Albandar J.M., Bissada N.F., Bouchard P., Cortellini P., Demire K., Massimo de Sanctis, Ercoli C., Fan J., Geurs N.C., Hughes F.J., Jin L., Kantarci A., Lalla E., Madianos P.N., Matthews D., McGuire M.K., Mills M.P., Preshaw P.M., Reynolds M.A., Sculean A., Susin C., West N.X., Yamazaki K. - Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri - Implant Diseases and Conditions/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S219–S229;
18. Araujo M. G., Lindhe J. - Peri - implant health / *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S230–S236;
19. Heitz - Mayfield L.J.A., Salvi G.E.-Peri - implant mucositis/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S237–S245;
20. Schwarz F., Derks J., Monje A., Hom - Lay Wang. - Peri - implantitis/ *J Clin Periodontol.* 2018;wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S246–S266;
21. Stefan Renvert S., G. Rutger Persson G.R., Pirih F.Q., Camargo P.M. -Peri - implant health, peri - implant mucositis, and peri - implantitis:Case definitions and diagnostic considerations/ *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S278–S285;
22. Berglundh T., Armitage G., Araujo M.G., Avila - Ortiz G., Blanco J., Camargo P.M., Chen S., Cochran D., Derks J., Figuero E., Hämmerle C.H.F., Heitz - Mayfield L.J.A., Huynh - Ba G., Iacono V., Ki - Tae Koo , Lambert F., McCauley L., Quirynen M., Renvert S., Salvi G.E., Schwarz F., Tarnow D., Tomasi C., Hom - Lay Wang, Zitzmann N.- Peri - implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri - Implant Diseases and Conditions / *J Clin Periodontol.* 2018; wileyonlinelibrary.com/journal/jcpe 45(Suppl 20):S286–S291;
23. Guideline for effective prevention of periodontal diseases.(EFP); 2015, 32p.[140]

<http://prevention.efp.org/wp-content/uploads/2015/12/Prevention-of-periodontal-diseases-general-guidance1.pdf>;

24. Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts, (ADA) 2015, 10p. [74] [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(15\)00334-7/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(15)00334-7/pdf)
25. The Good Practitioner's Guide to Periodontology.(BSP); Revised March 2016,3rd version; 52p. www.bsperio.org.uk;
26. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10) - 2016/17,www.icd10data.com;
27. PARODONTITIS – Paradigmenwechsel, Wolf HF at all; 2007 , 40p.www.oegp.at;
28. Guidelines for the Management of Patients With Periodontal Diseases.2006,6p. www.joponline.org/doi/pdf/10.1902/jop.2006.069001;
29. Wolf HF, Rateitschak EM@KH, Hassell TM. Color Atlas of Dental Medicine, Periodontology. 3rd Ed. New York and Stuttgart: Thieme Medical Publishers; 2005;
30. Wolf HF, Hassell TM, Periodontology, color atlas of Dental Hygiene, 2014, 355p.Roulet JF, Zimmer S, Prophylaxe und Praventivzahnmedizin, 2010, 367p.;
31. Laskaris G, Scully C, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, Colour Atlas and Text; 2005, 347p.;
32. Detienville R, management of Advanced Periodontitis, 2008, 119p.;
33. Braun A, Krause F, Hartschen V, Falk W, Jepsen S. Efficiency of the Vectortm-system compared with conventional subgingival debridement in vitro and in vivo. J Clin Periodontol 2006; 33: 568-574;
34. Skot DE, Koster TJ, Paraskevas S, Van der Weijden GA. The effect of the Vector scaler system on human teeth: a systematic review. IntJ Dent Hyg 2008; 6: 154-165;
35. Сьюзан С. Уингроув, Роберт Горовиту, Роберт Шнайдер, Альфонсо Пинеиро “Профессиональная гигиена в области имплантатов и лечении периимплантитов”, Wiley Blackwell, 2014. p.35;
36. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases an conditions. Annals of Periodontology 1999; 4: 1-6;
37. Jürg Eberhard, Hendrik Loewen, Alexander Kruger, Sabine Donner, Nico Stumpp, Mandy Patzlaff, Oliver Stachs, Maria Reihard, Tammo Ripken, Alexander Heisterkamp and Meike

- Stiesch. Non-invasive in vivo imaging by confocal laser scanning microscopy of gingival tissues following natural plaque deposition (pages 321-326) 2014 journal of Clinical Periodontology;
38. wah Ching Tan, Gita Krishnaswamy, Marianne M. A. Ong and Niklaus P. Lang. Patient-reported outcome measures after routine periodontal and implant surgical procedures (pages 618-624) 2014 journal of Clinical Periodontology;
 39. Donos N., Calciolari E., Brusselaers N., Goldoni M., Bostanci N., Belibasakis G.N., The adjunctive use of host modulators in non-surgical periodontal therapy . A systematic review of randomized, placebo-controlled clinical studies. *J Clin Periodontol.* 2019;47:199-238.
 40. Herrera D., Matesans P., Martin C., Oud V., Feres M., Teughels W. Adjunctive effect of locally delivered antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta- analysis. *J Clin Periodontal.* 2020;47:239-256.
 41. Teughels W., Feres M., Oud V., Martin C., Matesanz P., Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontal.* 2020;47:257-281.
 42. Sanz M., Herrera D., Kerschull M., Chapple I., Jepsen S., Berglundh T., Sculean A., Tonetti M.S., On behalf of the EFR Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III Periodontitis –The EFR S 3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontal.* 2020;47:4-60.
 43. Loos B.G., Needleman I., Endpoints of active periodontal therapy. *J Clin Periodontal.* 2020;47:61-71.
 44. Salvi G.E., Stahli A., Schmidt J.C., Ramseier C.A., Sculean A., Walter C. Adjunctive laser or antimicrobial photodynamic therapy to non-surgical mechanical instrumentation in patients with untreated periodontitis : A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontal.* 2020;47:176-198.
 45. Suvan J., Leira Y., Sancho F.M.M., Graziani F., Derks J., Tomasi C. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. *J Clin Periodontal.* 2020;47:155-175.
 46. Trombelli L., Farina R., Pollard A., Claydon N., Franceschetti G., Iftekhar K., West N. Efficacy of alternative or additional methods to professional mechanical plaque removal during supportive periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontal.* 2020;47:144-154.
 47. Carra M.C., Detzen L., Kitzmann J., Woelber J.P., Ramseier C.A., Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *J Clin Periodontal.* 2020;47:72-89.

48. Ramseier C.A., Woelber J.P., Kitzmann J., Detzen L., Carra M.C., Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis : A systematic review. J Clin Periodontal. 2020;47:90-106.
49. Slot D.E., Valkenburg C., Van der Weijden G.A.F. Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: A systematic review and network meta-analysis. J Clin Periodontal. 2020;47:107-124.
50. Figuero E., Roldan S., Serrano J., Escribano M., Martin C., Preshaw P.M., Efficacy of adjunctive therapies in patients with gingival inflammation: A systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontal. 2020;47:125-143.
51. ივერიელი მ, აბაშიძე ნ. - პაროდონტის დაავადებათა ფარმაცოთერაპია. 1998 წ., 226 გ - I გამოცემა; 2009 წ., 249 გ - II გადამუშავებული გამოცემა;
52. ივერიელი მ, აბაშიძე ნ, ჯაში ლ, გოგიშვილი ხ. - პაროდონტოლოგია - 2014 წ., 356 გ.