

# Parodontoloogia

## Hea kliinilise tava juhend hambaarstile

Käesoleva juhendi eesmärk on aidata rutiinsel suuõõne läbivaatusel õigeaegselt märgata ja süstematiseerida parodontoloogilisi probleeme. Juhendis on samm-sammult välja toodud esmase ja lihtsustatud parodondi läbivaatuse põhimõtted, haiguse olemuse kirjeldus ja riskitegurid, parodondihaike suuhügieeni soovitused. Teisisõnu, kogu esmavajalik erialane informatsioon, mida hambaarst on kohustatud patsiendile edastama. Samuti on antud peamiste ravimeetodite ülevaade ja soovitused dokumenteerimise ning suunamise osas. Juhend peaks lihtsustama hambaarsti igapäevast tööd ja aitama kaasa patsientide ravikvaliteedi parandamisele.

Meie koostatud juhendi aluseks on võetud 2016. aastal Briti Parodontoloogia Seltsi välja antud kliinilise töö juhend (1). Oleme selle kriitiliselt läbi vaadanud ja kohandanud kohalikele oludele sobivamaks. Juhend ei ole parodontoloogia õppevahend, vaid kogum minimaalsetest nõuetest ja oskustest, mis on vajalikud hambaarstile ja suuhügienistile igapäevatoos, et õigeaegselt avastada, teavitada ja juhendada patsienti parodontoloogiliste probleemide osas, arvestades käesoleval ajahetkel praktikas ja teaduses heaks kiidetud uuemaid teadmisi. Sellist tüüpi juhiseid ei ole tähtajatu, vaid vajab regulaarset ülevaatamist ja ajakohastamist.

See juhend võiks olla ka aluseks, mille põhjal on erialaliidul võimalus algatada ametliku juhise vormistamise protsessi.

KOOSTAJAD:



**Ene-Renate Pähkla**  
PhD  
hambaarst,  
Tigutorn,  
Tartu;  
TÜ hamba-  
arstiteaduse  
instituudi lektor



**Kertu Ollema**  
parodontoloog,  
Kreutzwaldi  
Hambakliinik,  
Merimetsa  
Hambakliinik



**Roland Ader**  
parodontoloogia  
resident,  
Parodontalia,  
Rass ja Schotter  
ning Kesklinna  
Hambakliinikus



**Mariann Laan**  
parodontoloogia  
resident,  
CityDental,  
Kuressaare  
Hambakliinik,  
Unimed Tartu  
Hambakliinik,  
SA TÜ Kliinikum  
Stomatoloogia  
Kliinik



**Hiie Laaniste**  
parodontoloogia  
resident,  
SA TÜ Kliinikum  
Stomatoloogia  
Kliinik,  
DTK hambaravi



**Ann Lepik**  
parodontoloogia  
resident,  
Wismari  
Hambaravi,  
Tallinna  
Hambapolikliinik



**Brit Helen Riisenberg**  
parodontoloogia  
resident,  
Periodent  
Hambakliinik,  
K3 Hambakliinik



**Maria Toompere**  
parodontoloog,  
Tallinna  
Hambapolikliinik



**Krista Vapper**  
hambaarst,  
hambaravi-  
kliiniku juhataja,  
Lääne-Tallinna  
Keskhaigla

Riskitegurid

Parodondi haiguste patogenees on kompleksne ja teaduslikud tõendid viitavad sellele, et vastuvõtlikkuse haiguse tekkeks määrab patsiendi organismi vastus mikrobialsele koormusele. Parodondi staatuse märkimisel on oluline identifitseerida kaasasündinud ning omandatud tegurid, mis võivad mõjutada organismi vastuvõtlikkust parodondi haigustele.

Riskiteguriteks nimetatakse tegureid, mis mõjutavad parodondi haiguste teket tõenäosust ning haiguse kulu kiirust. (Tabel 1)

Tabel 1. Riskitegurid.

	Muudetavad tegurid		Mitte muudetavad tegurid
Lokaalsed	<b>Omandatud</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Katt ja hambakivi</li><li>• Osalised proteesid</li><li>• Avatud kontaktid</li><li>• Halvasti istuvad restauratsioonid</li></ul>	<b>Anatoomilised</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ebasoodsa asendiga hambad</li><li>• Furkatsioonidefektid</li><li>• Vaod ja konkavitsused juurepinnal</li><li>• Emailipärlid</li></ul>	
	<b>Süsteemsed</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suitsetamine</li><li>• Diabeet</li><li>• Ebatervislik toitumine</li><li>• Teatud ravimid</li><li>• Stress</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Sotsiaalmajanduslik staatus</li><li>• Geneetika</li><li>• Teismeiga</li><li>• Rasedus</li><li>• Vanus</li><li>• Süsteemsed haigused</li></ul>
	<b>Elustiilist tulenevad tegurid</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alkohol</li><li>• Ülekaalulisus</li><li>• Toitumine</li></ul>		



### Lokaalsed riskitegurid

Lokaalsed riskifaktorid võivad olla omandatud (nagu hambakatt ja -kivi, halvasti istuvad ja hamba anatoomiat mittejälgivad restauratsioonid) või anatoomilised (hambumuse häired, emailipärlid, vaod juurepindadel, konkaavused ja furkatsioonid). Diagnostilise konsultatsioonivisiidi käigus on oluline leida need faktorid ning võimalusel planeerida nende korrigeerimine (teha restauratsioonid ümber) ja nõustada patsienti suuhügieeni osas – mida saab patsient ise nende faktoritega toimetulekuks ära teha, ehk koostada individualiseeritud suuhügieeni programm. (Foto 1)

### Süsteemsed riskitegurid

Mitmed süsteemsed haigused ja haigusseisundid võivad mõjutada parodonti üldiselt. Need on teada ka kui süsteemsed riskitegurid. Riskitegurid võivad olla muudetavad (nt suitsetamine) või mittemuudetavad (nt vananemine, geneetilised tegurid) (4).

### Suitsetamine

Parodontiidi kõige olulisem riskifaktor on suitsetamine. Suitsetamisel on sügav mõju parodontiidi väljakujunemisele, ravitulemusele ja taastekkele.

EFP (Euroopa Parodontoloogia Föderatsioon) 2020 ravijuhis näeb ette parodonti haiguste ravi käigus patsientide nõustamist suitsetamisest loobuma (3).

### Diabeet

Kontrollimata diabeet suurendab parodonti haiguste riski. Haava paranemine on suuresti diabeedi poolt mõjutatud, eriti kõikuva veresuhkru korral. See võib muuta keerulisemaks diabeeti põdevate patsientide ravi. Diabeedi ravi ja stabiilsust on parim hinnata HbA1C (glükeeritud hemoglobiini) väärtuse järgi. Diabeetikutel on soovitatud hoida HbA1C tase 6,5% (48 mmol/mol) või madalam. Raviarsti teostatud hiljutine vereanalüüs võib olla kasulik hindamiseks



Foto 1. Lokaalsed riskifaktorid. Hammaste kuhjumine raskendab suuhügieeni.

diabeedi rolli parodonti tervisele. Siiski peab silmas pidama, et kontrolltase võib aja jooksul oluliselt kõikuda.

EFP 2020 ravijuhis näeb ette, et parodontiidiga patsiendid tuleb saata rutiinselt perearsti juurde veresuhkru taset kontrollima (3).

### Stress

Stress võib mõjutada nii patsiendi üldtervist kui ka parodonti seisundit. Organismis on mõningad mehhanismid, mille kaudu stress tervist mõjutab. Pikaajane või intensiivne stressiperiood põhjustab immuunsüsteemi supressiooni, mis võib häirida pöördorganismi bakteriaalset tasakaalu ning tekitada sellega kinnituskudede kahjustusi.

Stress mõjutab ka inimeste igapäevast käitumist ning see võib tuua kaasa ka puuduliku suuhügieeni, sagedasema suitsetamise ning ebatervisliku toitumise. On oluline küsida patsientidelt nende stressitaseme kohta ning see ravikaarti üles märkida. Patsientide teadlikkuse suurendamine stressiga potentsiaalselt kaasas käivate mõjude osas üld- ja suu-

tervisele võib olla piisav stiimul oma stressiga tegelemiseks või toimetuleku strateegiade rakendamiseks.

Arusaadavalt on stressi kui faktori meelespidamine paroravi saavatel patsientidel oluline. Vestlus patsiendiga mitmesuguste mõjutuste väljaselgitamiseks on oluline ning seda tuleks raviplaanis silmas pidada, pakkudes lisaks näiteks toetavaid raviviise või lükates edasi kompleksset raviplaani (4).

### Ravimid

Osa ravimite puhul on teada, et need põhjustavad igemete vohamist. Kui on alust kahtlustada ravimite tingitud igemete ülekasvu, on mõistlik võtta ühendust raviarstiga alternatiivsete ravimite kasutamise võimalikkuse osas, eriti juhtudel, kui igemete vohamine on ulatuslik ning ei vähene ka patsiendi hea suuhügieeni ja professionaalse puhastuse korral. Sellega seotud ravimeid on kirjeldatud allpool. (Foto 2)

### Teised tegurid

Hormonaalsed muutused mõjutavad iget ning enim just raseduse ajal. Sellel perioodil on oluline patsiendi hea suu-



Foto 2. Ravimindutseeritud igemete vohamine.

hügieen ning professionaalne puhastus, mis peaksid tagama parodonti tervise.

Sotsiaal-majanduslik seisund on tugevalt seotud ohuga krooniliste haiguste, nagu nt kardiovaskulaarhaiguste, diabeedi ning järjest enam ka parodontiidi tekkeks. Hetkel on ebaselge, kas see on tingitud ka teistest üldistest riskifaktoritest (nt suitsetamine, ebatervislik toitumine) või spetsiifilise parodontiidi põhjustava riskifaktori olemasolust (4).

### Elustiilist tulenevad tegurid

Kuigi tõendid alkoholi liigtarvitamise, ülekaalulisuse, vähese füüsilise aktiivsuse ning ebatervisliku toitumise osas ei ole lõplikult kinnitavad, võivad nad siiski olla olulised ning neid on soovitatud üldise parodonti tervise hindamisel arvesse võtta.

Tervishoiuspetsialistina on oluline, et me teeme kindlaks ning teavitame patsienti riskifaktoritest, mis võivad mõjutada nende tervist. Põhjalik anamnees ja läbivaatus võimaldab riskitegurid välja selgitada ning dokumenteerida ja kasutada neid hiljem ravi planeerimisel (4).

### Suitsetamine ja parodonti tervis

Tubaka kasutamine on otseselt seotud mitme probleemiga, nagu näiteks vähk, imikute madal sünnikaal, kopsu- ja südame-veresoonkonna haigused (8). Tervishoiu spetsialistidena peaksime kasutama igat võimalust julgustamiseks patsiente suitsetamisest loobuma. Parodonti tervise eest hoolitsemi-

ne annab selleks hea võimaluse, kuna suhtlus patsiendiga toimub enamasti mitmel visiidil ja sageli pika perioodi vältel.

Suitsetamine on üks kõige olulisemaid riskitegureid parodonti haiguse tekkes ja arengus. Suitsetajatel esineb kuni kuus korda suurema tõenäosusega parodonti kudede kahjustus, nende ravile alluvus on halvem ning haiguse taastekke oht on võrreldes mittesuitsetajatega suurem. See võib olla põhjustatud vähenenud verevarustuse, valgete vereliblede ja haava paranemise funktsiooni häire ning suurenenud tsütokiinide aktiivsuse tõttu.

Mitmed uuringud on näidanud, et pidev suitsetamine põhjustab kogusest sõltuvalt suurenenud hammaste kaotust ning halvemat parodonti ravitulemust. Seega peaksid patsiendid teadma, et isegi 1–4 sigareti suitsetamine päevas suurendab parodontiidi tekkeriski peaaegu 50%.

### Suitsetajate puhul on täheldatud:

- suurenenud hambakivi teket
- suurenenud keskmist sondeerimissügavust ning rohkem sügavaid igemetaskuid
- suurenenud igemete retsessiooni
- suurenenud alverolaarluu kadu ning furkatsioonide haaratus
- vähenenud veritsust sondeerimisel (Foto 3)



Foto 3. Kaugelearenenud parodontiit suitsetajal.



Sigarite, kanepi ja muude tubakatoode- te regulaarsel tarvitamisel on sarnased kõrvaltoimed võrreldes tavaliste siga- rettidega. E-sigarettide hiljutise levima hakkamise tõttu pole nende toimeid organismile veel põhjalikult uuritud. Tõenäoliselt on need vähem kahjulikud kui tavalised sigaretid, kuid parodondi tervisele kahjulikumad kui mittesuitse- tamine. Patsiendid peaksid olema tead- likud, et hetkel on teadmised ning uurin- gud e-sigarettide teemal puudulikud.

Mitmed uuringud on näidanud, et suitsetajatel on halvem ravitulemus (ise- gi hea suuhügieeni korral) kui mittesuit- setajatel. Suitsetajatel on pikas perspek- tiivis kaks korda suurem oht kaotada hambaid ning kui patsient peaks suit- setamisest loobuma, on sellel ravi edu- kusele positiivne mõju.

Patsiendi ootuste paikapanek

Arsti kohustus on selgitada patsiendi- le, milline mõju on suitsetamisel paro- dondi kudede tervisele, ravi tulemusele, ohule haigusseisundi ägenemiseks ning hammaste kaotusele.

EFP 2020 soovitus on, et nõustamine suitsetamisest loobuda peaks kuulu- ma rutiinselt parodontiidi raviplaani hulka (3).

Suitsetamisest loobumise soovitused

Lähenedamine tuleb valida selle järgi, kas patsient on oma suitsetamisharjumuse- ga rahul, kaalunud suitsetamisest loo- bumist või on juba varem proovinud loobuda, kuid selles põrunud. Patsienti tuleks küsitleda tubakatoode- te kasu- tamise osas ning see dokumenteerida. Inimestele, kes kaaluvad suitsetamisest loobumist, tuleks soovitada pöördumist vastava valdkonna spetsialisti poole. Patsientidele, kellel puudub soov loo- bada, tuleks anda infot suitsetamisest loobumise eeliste kohta.

Suitsetamisest loobumine on prot- sess, mis võib enne edu saavutamist vajada mitut katset. Keskmiselt läheb suitsetajal seitse tõsist üritust suitseta- misest loobumiseks, mistõttu tuleks iga

“läbikukkumist” võtta kui osa protses- sist pikal teekonnal. Samuti tuleb pat- siente hoiatada võimalikust suurenenud igemete veritsusest suitsetamisest loo- bumise järel, kuna verevarustus hakkab normaliseeruma ja suitsetamisest tekki- nud sümptomite maskeerimine kaob.

Igal visiidil oleks vajalik ravikaarti märkida, milline on hetkel patsiendi suitsetamise staatus. Hea oleks samuti üles täheldada kogu eelnev suitsetami- se koormus, näiteks suitsetatud sigaret- tide arv päevas.

Parodondi ravi suitsetajatel

Põhiline on hea igapäevane kodune ka- tukontroll ning kvaliteetne supra- ja subgingivaalne professionaalne depu- ratsioon, vajadusel koos lokaalse anes- teesiaga. Suitsetajad, kellel esineb retses- sioone, on vastuvõtlikumad juurekaa- riese tekkeks, seega tuleb jälgida toitum- ist ja karioloogilist staatus, vajadusel kasutada sobivaid fluoriga tooteid lisaks.

Parodondi kudede paranemise vä- henenud võimekuse tõttu tuleks pigem vältida igasugust kirurgilist sekkumist, eriti kõvade ja pehmete kudede siirda- mist. Ravile mittealluvate suitsetajate puhul tuleks kaaluda patsiendi suuna- mist spetsialistile.

Süsteemsed haigused ja parodondi tervis

Kui eelnevas osas uurisime, kuidas või- vad üldhaigused mõjutada parodondi tervist, siis järgnevalt vaatleme, kuidas võib parodondi seisund mõjutada süs- teemset tervist.

Seos parodontiidi ja süsteemsete haiguste vahel tuleb välja mitmetest vaatlusuuringutest (kõige enam süda- me-veresoonkonna haiguste ja diabeedi puhul). Tõendeid on kogutud ka sekku- misuuringutest, kus on parodondi ravi potentsiaalset positiivset mõju süsteem- sele tervisele näidatud nendel patsien- tidel, kellel on teatud kroonilised, mit- tenakkuslikud haigused või seisundid.

Neid seoseid arutati Euroopa Paro- dontoloogia Föderatsiooni (EFP) ja Ameerika Parodontoloogia Akadeemia (AAP) 2013 ühisseminaril, mille artik-

lid on vabalt kättesaadavad ning võta- vad väga hästi kokku teadmised antud teemal (10).

Bioloogilised mehhanismid, millega parodontiit võib mõjutada süsteemset tervist, on seotud parodontiidi põhjusta- tud igemepõletikuga, mis vähendab ige- mete epiteeli vastupanuvõimet barjäärina. Seetõttu tekib võimalus bakteritele ja nen- de elutegevusega kaasnevatele produkti- dele, põletikulistele produktidele pääseda süsteemsesse vereringesse. Rasketel juhtu- del võib parodontiidi poolt kahjustatud, haavandunud ala olla suuruselt võrdne peopesa pindalaga. Põletik võib olla tek- kinud aastakümnete jooksul, mõjutades potentsiaalselt üldtervist. (Tabel 2)

Tabel 2. Süsteemsete haiguste seos parodontiidiga.

Kinnitatud seosed parodontiidiga	Esile kerkivad seosed parodontiidiga
<ul style="list-style-type: none"><li>• Südame- veresoonkonna haigused</li><li>• Diabeet</li><li>• Raseduse eba- soodsad tulemid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reumatoidartriit</li><li>• Krooniline neeru- haigus</li><li>• Kognitiivne langus</li><li>• Osteoporoos</li></ul>

Kuigi on kinnitatud, et parodon- tiit on seotud süsteemsete haigustega, nagu südame-veresoonkonna haigused ning diabeet, on keeruline täpsustada põhjuslikkust ja seda mitmel põhjusel. Esiteks on parodontiidil samad riskifak- torid mitmete tavaliste krooniliste mit- tenakkuslike haigustega: suitsetamine, ülekaalulisus, diabeet, vähene liikuvus / istuv eluviis, ebatervislik toitumine, suure- nev vanus. Teiseks on parodontiidi mõju nende haiguste protsessidele tõenäoliselt väike, mistõttu on vajalik suurte valimite- ga uuringuid tõestamiseks seoseid või nen- de puudumist. Viimaseks, puudub ühene määratlus parodontiidi diagnoosi definit- siooniks. See kõik teeb metaanalüüside ja info kokku võtmise keerukaks.

Inimesi tuleks teavitada parodontiidi seostest teiste haigustega, kuid on eba- selge, kas parodontiit on mõne haiguse põhjuseks. Kindel on see, et hea üldter- vis kaitseb ka parodondi tervist.

Parodontoloogiline skriinimine EPL (esmane parodondi uurimine)

Hambaarstid mängivad olulist rolli pa- rodondi seisundite varajasel märkami- sel ning diagnoosimisel. Põhjalik paro- dondi kudede hindamine on oluline osa patsiendi käsitlestest. Esmane parodondi läbivaatus (EPL) (inglise keeles BPE ehk *Basic Periodontal Examination*) on lihtne ja kiire skriinimise abivahend, mida kasutatakse, et teha kindlaks, kas on vajalik edasine uurimine, ning annab baasinfo vajalikuks raviks. EPL kirjeldab mini- maalset patsiendi käsitlust esmaseks pa- rodondi hindamiseks. Seda kasutatakse ainult skriinimiseks ning mitte lõplikuks diagnoosimiseks (2).

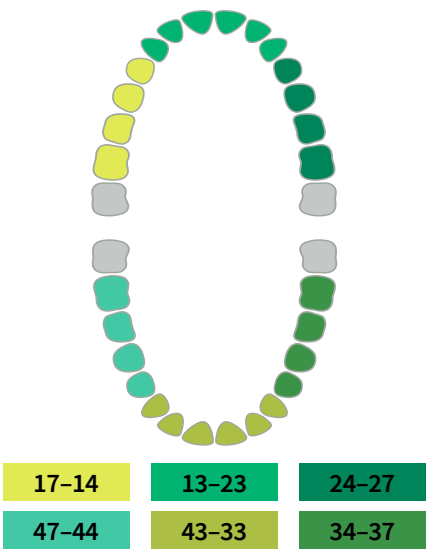
Varem kasutati parodondi staatu- se kiireks määramiseks CPI indeksit (*Community Periodontal Index*), mille puhul määrati parodondi staatus indeks- hammastel. See meetod on puudulik, kuna tagajärjeks on parodondi kahju- tuste aladiagnoosimine.

Sondeerimine on hädavajalik osa hai- gusseisundi märkamiseks, kuid ei tohi unustada kudede visuaalset hindamist. Hinnata tuleks nii haigustunnuste puudu- mist kui ka nende esinemist: hüperemia, turse jne. Määra- tes muutuste asukoha (nt lingvaalselt või interproksimaalselt), saa- me anda patsiendile individualiseeritud ja fokuseeritud suuhügieeni juhised.

EPL töötati esmalt välja Briti Paro- dontoloogia Seltsi poolt aastal 1986 ning seda on hiljuti uuendatud. Skriining si- saldab sondeerimist hindamaks veritsust sondeerimisel, katu ja hambakivi olemas- olu, sügavate igemetaskute esinemist.

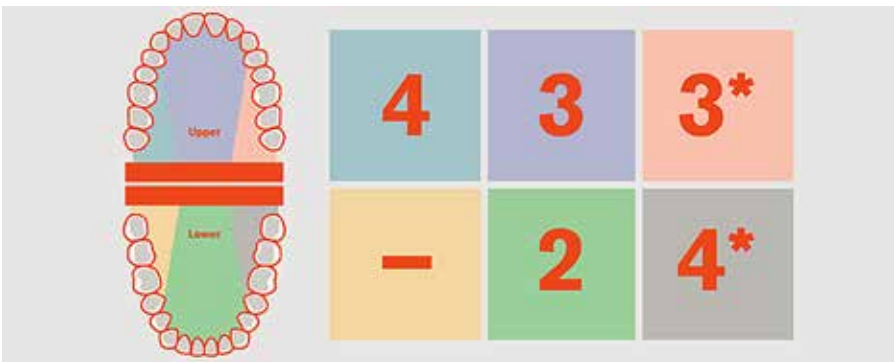
Kuidas skriinida täiskasvanuid

1. Hambumus jagatakse 6 sekstandiks:
  - Ülemine parem (17–14), ülemine keskmine (13–23), ülemine vasak (24–27)
  - Alumine parem (47–44), alumine keskmine (43–33), alumine vasak (34–37) (Joonis 1)
2. Hinnatakse kõiki hambaid igas seks- tandis (välja arvatud kaheksandaid hambaid, välja arvatud juhul, kui



Joonis 1. Täiskasvanute hammaste skriinimine.

kuues või seitsmes hammas puudu- vad). Sekstandi hindamiseks on va- jalik vähemalt kaks hammast antud sekstandis.



Joonis 2. Näide EPL skoorist.

Number ja \* peaks olema märgitud, kui avastatakse furkatsiooni haaratus, näiteks 3\* tähendab sondeerimissügavust 3,5–5,5 mm ja furkatsiooni haaratust antud sekstandis.

EPL skoor	Sondeerimissügavus	Vaatlus
0	Igemetaskud < 3,5 mm Esimene WHO sondi must triip täielikult nähtav	Terved parodondi koed Ei esine hambakivi/täidiste ülemäärasid, veritsust sondeerimisel
1	Igemetaskud <3,5 mm Esimene sondi must triip täielikult nähtav	Veritsus sondeerimisel Ei esine hambakivi/täidiste ülemäärasid
2	Igemetaskud <3,5 mm Esimene sondi must triip täielikult nähtav	Supra- või subgingivaalse hambakivi või -katu retensiooni faktorid (täidiste ülemäärad)
3	Igemetaskud 3,5–5,5 mm	Sondi esimene must triip osaliselt nähtav, mis tähendab igemetaskut 4–5 mm
4	Igemetaskud > 5,5 mm	Sondi esimene must triip siseneb täielikult igemetaskusse, mis tähendab igemetaskut > 6 mm
*	Furkatsiooni haaratus	Furkatsiooni haaratuse tuvastamine

3. Sondeeritakse kõikide hammaste üm- ber “jalutades” läbi kogu igemeva- / -tasku igas sekstandis ning iga seks- tandi kõrgeim skoor pannakse kirja.  
WHO parosondil on otsas 0,5 mm diameetriga kuulike, sondeerimi- sel peaks kasutama 20–25-grammist jõudu.

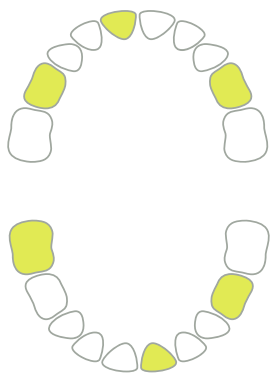
Kõik piirkonnad ühes sekstandis peak- sid olema läbi vaadatud enne järgmise juurde asumist. See aitab mõista probleemi ulatust ning vähendab furkatsioo- nialade haaratuse mittemärkamist.

Hambaarst peaks kasutama oma os- kusi, teadmisi ja hindamisvõimet tõl- gendamaks EPL skoori, võttes arvesse faktoreid, mis on patsienditi erinevad. Teatud juhtudel võib olla sobilik nen- de juhiste eiramine, nt patsiendi koos- töövalmiduse puudumisel. EPL skoo- ri kasutatakse koos teiste faktoritega, hindamaks vajadust patsient spetsialisti juurde suunata. (Joonis 2)

Kuidas skriinida lapsi

Briti Parodontoloogia Selts ja Briti Pediaatrilise Hambaravi Selts on koos loonud juhised alla 18-aastaste patsientide parodondi skriinimiseks ja raviks hambaravikabinetis. Need juhised on mõeldud kasutamiseks rutiinse läbivaatuse käigus ning annavad ülevaate, kuidas patsienti ravida ja hindavad vajadust suunata patsient spetsialisti juurde.

Laste puhul kasutatakse hindamiseks 6 indekshammast (16, 11, 26, 36, 31, 46), et vähendada pseudoigemetaskute esinemist statistikas. Skriinimisel on hea kasutada WHO 621 parosondi, mille teine must triip on hea pseudotaskute määramiseks. (Joonis 3)



Joonis 3. Laste hammaste skriinimine.

BPE skoor	Vaatlus
0	Terve
1	Veritsus pärast õrna sondeerimist
2	Hambakivi ja -katu retensiooni põhjustav faktor
3	Igemetasku 4–5 mm
4	Sügav igemetasku 6 mm+
*	Furkatsiooni haaratus

BPE skoorid 0–2 on kasutusel 7–11-aastaste hulgas (vahelduvas hammaskonnas), tervet skoori 0–4 saab kasutada 12–17-aastaste hulgas (jäävhammaskonnas).

Implantaadid ja EPL skoor

Sarnaselt hammastele on ka implantaadid vastuvõtlikud bakteriaalsele katule, mis põhjustab põletikulise vastuse ümber implantaadi, kuid koed ei ole kinnitunud hambale ja implantaadile ühtemoodi. Implantaadi ümber on ige



Joonis 4. Erinevalt hammastest puudub implantaadil parodontaalligament.

sondeerimisele vähem resistentne. See ja implantaadi anatoomiline asukoht võivad põhjustada suurenenud sondeerimissügavuse tervetes kudedes. Seetõttu pole EPL skoori võimalik kasutada hindamaks implantaate. Implantaatide ümber tuleks hinnata 4 või 6 sondeerimiskohta, vaadelda veritsuse ja mäda esinemist. (Joonis 4)

Millal märkida EPL skoor

- Kõikidel uutel patsientidel (nii lastel kui täiskasvanutel).
- Patsientidel eelneva skooriga 0–2 tuleks EPL skoor märkida igal visiidil.
- Patsientidel EPL skooriga 3 või 4 on vajalik põhjalik parodontoloogilise staatuse märkimine.

**Kood 3:** esialgne professionaalne puhastus suuhügieeni juhiste ja riskifaktorite kontrolliga, pärast esmasravi märkida kuuest punktist parokaart ainult antud sekstandis.

**Kood 4:** kui leitakse kood 4 ükskõik millises sekstandis, tuleks üles märkida põhjalik parokaart (kuuest punktist hamba kohta) kogu hambumuse ulatuses.

EPL skoori ei saa kasutada vaatlemaks vastust parodontoloogilisele ravile, kuna see ei sisalda infot üksikute punktide sondeerimissügavuste muutuste kohta. Ravi edukuse hindamiseks on vajalik parodontoloogiline kaart kuuest punktist mõõdetuna.

Järeldravi faasi jõudes peaks täielikku parodontoloogilist staatust märkima vähemalt korra aastas. Tihti teostab järeldravi suuhügienist, mistõttu tuleb jälgida, et ravikaart oleks ajakohane ning vajadusel tuleb jäanuktaskuid uuesti instrumenteerida.

Röntgenid

Röntgenid peaksid olema teostatud iga sekstandi kohta, kus esineb kood 3 või 4.

Röntgenoloogilise uuringu tüübi valib arst, kuid seal peaks olema sedastatav alveolaarluu seisund ja võimalik hinnata periapikaalseid kudesid ning luukadu juure kogupikkuse suhtes. Eelistatakse esmalt OPTG, mis annab hea ülevaate ja lisaks tehakse täpsustavaid periapikaalseid röntgenülevõtteid.

Kuna Eestis kehtib röntgenülevõtte tervishoiu pildipanka edastamise kohustus, peame oma juhendis selle kohustusega arvestama. Kuna pildipanka edastamine on koormav nii materiaalselt kui ka IT-teadmiste ja -oskuste valdkonnas, siis antud ajahetkel suudavad edastamise kohustust täita ainult üksikud suuremad hambaravikliinikud.

**Patsiendi suuõõne üldiseks ülevaatuks oleks esmaselt vajalik, et tervishoiu pildipanka jõuaks vähemalt patsiendi OPTG.**

Põhjalik parodontoloogiline staatus

Kui on vajalik kuuest punktist määratud staatus, tuleb märkida üles igemetaskud 4 mm ja sügavamad (kuid mõõta tuleb üle kõik 6 punkti igal hambal). (Tabel 3)

Alla 18-aastaste laste puhul tuleks patsient suunata spetsialisti vastuvõtule järgmistel juhtudel:

- kiirelt progresseeruv parodontiit
- parodontiit, mis ei allu ravile
- süsteemne üldseisund, mida seostatakse parodondi destruktiooniga
- anamnees, mis mõjutab parodontoloogilist ravi või vajab multidistsiplinaarset ravi

Tabel 3. Parodontoloogiline staatus.

Kood	Juhis	Tähelepanu juhtida, üles märkida	Parodontaalne kontroll
0	Ei vaja parodontoloogilist ravi	Pole vajalik täpsustada	Korrata EPL skoori määramist järgmisel visiidil
1	Koduse suuhügieeni õpetus (KSÕ)	Katu ja veritsuse indeksite määramine	Korrata EPL skoori määramist järgmisel visiidil
2	KSÕ, eemaldada katu retensiooni põhjustavad faktorid, sealhulgas supra- ja subgingivaalne hambakivi	Katu ja veritsuse indeksite määramine	Korrata EPL skoori määramist järgmisel visiidil
3	KSÕ, eemaldada katu retensiooni põhjustavad faktorid, professionaalne puhastus	Katt ja veritsuse indeksite määramine, radioloogilised uuringud	Parodontoloogiline staatus sekstantidele skooriga 3, uuesti pärast esmasravi
4	KSÕ, professionaalne puhastus, suunamine spetsialistile võib olla vajalik	Katu ja veritsuse indeksite määramine, radioloogilised uuringud	Täielik parodontoloogiline staatus enne ja pärast esmasravi
*	Ravida vastavalt EPL koodile (0–4), suunamine spetsialistile võib olla vajalik	Katu ja veritsuse indeksite määramine, kaaluda radioloogiliste uuringute tegemist	Täielik parodontoloogiline staatus enne ja pärast esmasravi

- geneetilised seisundid, mille puhul on eelsoodumus parodondi destruktiooniks
- juure morfoloogia, mis vähendab head prognoosi
- katust mitte põhjustatud seisundid, mis vajavad spetsialisti tähelepanu
- haruldased/keerukad kliinilised patoloogiad
- ravimitest põhjustatud igemete vohamine
- kliinilised juhud, mis võivad vajada kirurgilist sekkumist

Röntgenülevõtted

Asjakohased röntgenülevõtted on oluline osa patsiendi parodondi seisundi uurimisest ning ravi dokumenteerimisest. Oluline on aga meeles pidada, et röntgenülevõtted annavad haiguse kulust ja arengust vaid tagasiulatuvalt aimu.

Millal teha röntgenülevõtteid?

Röntgenülevõtted on abiks diagnoosi püstitamisel ning aitavad hinnata konkreetse hamba tõenäolist prognoosi. Sealjuures on esmalt siiski oluline põhjalik patsiendi kliiniline uurimine ning anamneesi võtmine.

Röntgenülevõtted võimaldavad uurida kahjustunud hammaste morfoloogiat ning luukoe kao ulatust ja tüüpi. See aga võimaldab paremini planeerida ravi ning jälgida ajas parodon-

di kudede seisundit. Lisaks annavad röntgenülevõtted ülevaate ka üldisest hammaskonna olukorrast, sest on võimalik diagnoosida periapikaalseid patoloogiaid, kaariest, pulbi ja furkatsiooni- de kahjustusi jne.

Selle juhise eesmärgiks pole ette kirjutada, milliseid ülevõtteid teha, sest iga patsiendi haiguspilt ja vajadus on erinev. Ülevõtte tegemise puhul peab aga alati silmas pidama, et see oleks kliiniliselt näidustatud, hea kvaliteediga ja tooks patsiendile kasu.

Esmane visiit ja ravi

Esmane patsiendi kliiniline uurimine annab aimu, kui palju ja milliseid ülevõtteid on vaja teha. Kasulik on röntgenülevõtteid teostada osana esmasest

parodondi läbivaatusest. Kui EPL järgi on näidustatud põhjalik kogu suu parostaatuse määramine, siis teha ülevõtteid vastavalt leidudele.

Üldreeglina on ülevõtted kindlasti vajalikud EPL koodide 3, 4 ja \* puhul, et hinnata luukoe kao ulatust.

Järeldravi

Ülevõtted on kasulikud, et hinnata ja jälgida luukoe taseme muutusi ajas nt furkatsioonide haaratuse puhul, või on patsiendi puhul kahtlus haiguse kiireks progresseerumiseks. Ülevõtte tegemise sagedus sõltub haiguse kliiniliselt pildist.

Peab teadma, et luukoe muutused tulevad röntgenoloogiliselt aeglaselt esile ning seega väga tihti tehtud ülevõtted informatsiooni ei anna.

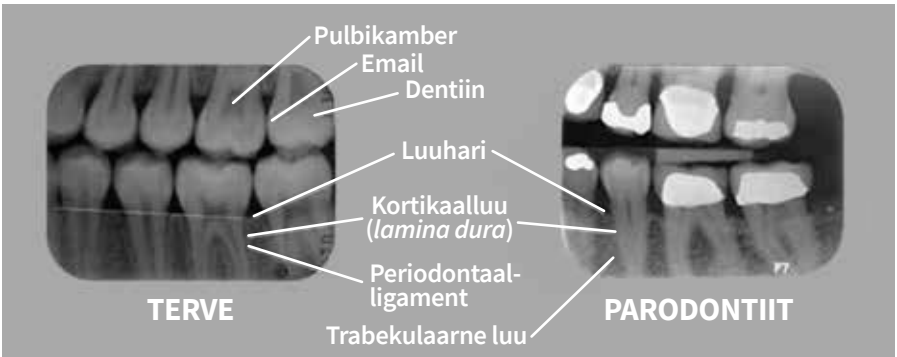
Oluline on teostada ülevõtteid kohtades, mis pole stabiilsed või kus planeeritakse edasist põhjalikumat ravi.

Praegu puudub seisukoht, kui tihti peaks parodondi stabiilsuse jälgimiseks röntgenülevõtteid teostama.

Millised ülevõtted?

Horisontaalne tiibülevõte (*bitewing*)

Kõige levinumad rutiinsed ülevõtted nt kaarieste diagnoosimiseks. Nendelt on võimalik märgata esmast lokaliseeritud interproksimaalsest luukadu, lekkivaid ja ülekonstrueeritud restauratsioon ning subgingivaalset hambakivi. Korrektse sensori asetamise korral on ka luukoe taseme suhe emaili-tsemendi ühenduse (CEJ – *cemento-enamel junction*) osas korrektne. (Joonis 5)



Joonis 5. Elemendid, millele horisontaalsel tiibülevõttel tähelepanu pöörata. Terve alveolaarhari on horisontaalne, paralleelne CEJ-ga ning asetseb u 2–3 mm sellest apikaalsemal.



### Vertikaalne tiibülesvõte

Kui sensor on õigesti asetatud, siis annab see hästi aimu luutaseme/CEJ suhtest mõlemas hambakaares. Sel viisil saab parema visuaalse pildi luutasemest kui horisontaalsete ülesvõtetega. Kahjuks on nende teostamine keerulisem. Periapikaalsed ülesvõtted on tihti kasulikud ja asjakohasemad, eriti kui on vaja ka periapikaalset seisundit uurida.

### Periapikaalne ülesvõte (PA)

Parodondi seisundi uurimiseks radiograafiliselt on periapikaalne ülesvõte väga informatiivne. Röntgenkiire suund selle juures peab olema paralleelne. Kui ülesvõte on õigesti teostatud, siis annab see õige ja kõrvalekaldeva kahemõõtmelise ülevaate luutaseme seisundist CEJ ja juure kogupikkuse suhtes.

Kogu hambajuure anatoomia visualiseerimine aitab hinnata luutaseme ulatust hambajuure pikkuse suhtes. See omakorda aitab:

1. Hinnata hamba prognoosi.
2. Hinnata furkatsioonide haaratust.
3. Välja tuua võimalikud endodontilised probleemid. (Joonis 6, 7)

### Panoraamülesvõtted (OPTG)

Panoraamülesvõtted on enamasti esimene valik hammaskonna ja luutaseme hindamiseks. Juhtudel, kus patsient vajab ulatuslikku interdistsiplinaarset ravi, on OPTG kindlasti näidustatud.

### Periapikaalsed vs.

#### panoraamülesvõtted

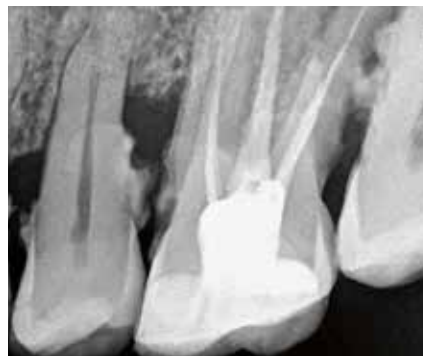
Valik, kumma ülesvõtte kasuks otsustada, sõltub paljudest asjaoludest, sh arsti eelistusest ja aparatuuri kättesaadavusest.

Kogu suu periapikaalsed ülesvõtted, mis on teostatud paralleelkiire tehnikas, annavad luutasemest ja defektidest parema ja detailsema ülevaate. Samas on nende teostamine väga ajamahukas ja keerukas.

Hea kvaliteediga OPTG annab ülevaatliku pildi ning peale parodondi uurimist on võimalik teostada täpsustavaid kohtülesvõtteid (PA). See on kiirem, patsiendile mugavam, võimaldab samuti luutaset jm patoloogiaid hinnata. Seda



Joonis 6. Periapikaalne ülesvõte, millel on näha nii horisontaalsed kui ka angulaarsed luudefektid.



Joonis 7. Vasakul: ladestuse hulk ja luukadu viitab d26 furkatsioonide haaratusele. Paremal: d35 distaalsel vertikaalne luudefekt, d36 furkatsiooni haaratus ja luudefekt distaalse juure ümber.

eriti frondiosas, kus OPTG sageli moonutab. Mõlema variandi puhul oluline, et röntgenkiirte hajuvus oleks minimaalne, et vähendada saadavat radiatsioonidoosi.

CBCT ehk 3D-ülesvõte pole näidustatud rutiinseks parodondi seisundi uurimiseks, seda tuleks kasutada keerulise mate ja komplekssete juhtude korral.

### Radioloogiline parodondi seisundi hindamine

Igasuguse ülesvõtte tegemise puhul on oluline dokumenteerida selle teostamine patsiendi ravikaardis ning anda hinnang ülesvõtte kvaliteedile.

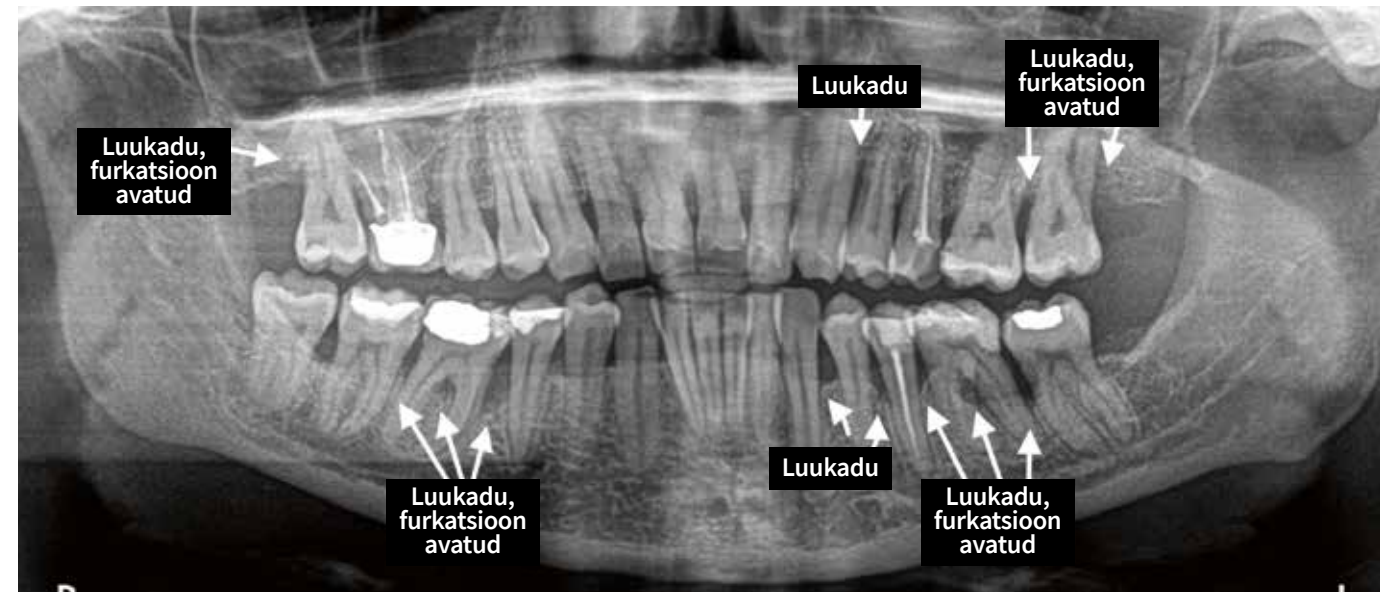
### Ülesvõttel vaadata:

1. Luukao ulatust. Kui ülesvõttel on näha apeks, siis hinnata luukadu juure pikkuse suhtes (%). (Joonis 9)

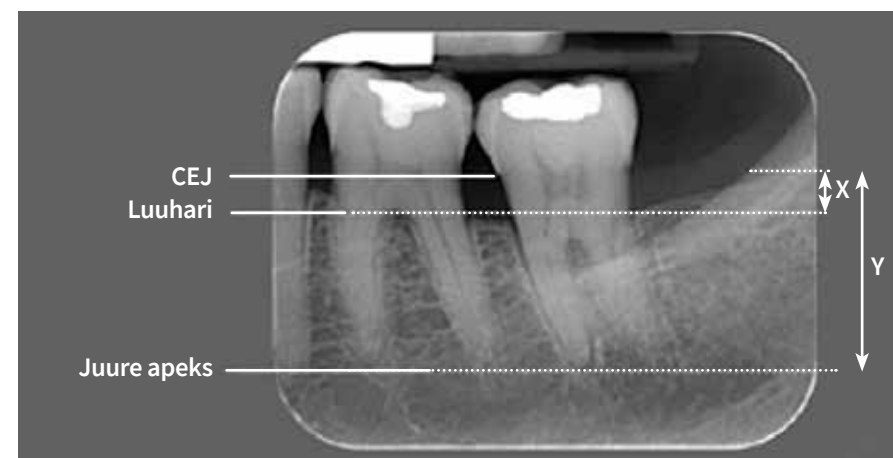
2. Luukao tüüp: horisontaalne ja/või vertikaalne.
3. Furkatsioonide defektid.
4. Subgingivaalse hambakivi esinemine.
5. Muu: paro-endo lesioonid, periapikaalsed patoloogiad, laiunud PDL (parodontaalligament), ebatäpsed restauratsioonid, ebanormaalne juure pikkus või morfoloogia jne.

### Röntgenülesvõtteid saab kasutada ka ravi oodatava tulemuse hindamiseks:

1. Kui on >3 mm angulaarne defekt, siis ei saa oodata selle drastilist vähenemist mittekirurgilise raviga.
2. Kui on näha mitmeid angulaarseid defekte ning furkatsioonide haaratust, on ravivajadus ulatuslik ning kaaluda tuleks spetsialisti juurde suunamist.



Joonis 8. OPTG on asjakohane, kui tuleb lisaks luutasemele hinnata ka muud ravi.



Joonis 9. Protsentuaalse luukao arvutamine.

Luukadu (%) =  $\frac{X}{Y} \times 100$  (X – vahemaa CEJ kuni luuhari, Y – vahemaa CEJ kuni apeks).

### Diagnoosimine

#### Anamnees

Parodontoloogilise diagnoosi püstitus eeldab arstilt patsiendi kohta informatsiooni kogumist kohtumise hetkest alates. Laske patsiendil rääkida ja julgustage teda avatud küsimustega: mis, kunas, kus, miks ja kuidas.

### Lisaks võib esitada täpsustavaid küsimusi, et patsiendi olukorda paremini mõista.

- Kas igemed veritsevad hambaid pestes või öösiti?
- Kas teil on puuduvaid hambaid?

- Kas te saate närida kõike, mida soovite?
- Kas teil esineb suus halba maitset/lõhna?
- Kas teil on valu, turset, haavandeid või mädapunne?
- Kas te suitsetate?
- Kas on midagi mida soovite veel rääkida?

Kuulata tuleb aktiivselt! Proovige otsida mittesõnalisi vihjeid patsiendi hoiakute ja tervisliku seisundi kohta. Samas püüdke väljendada enda tähelepanu ja huvi patsiendi probleemide vastu. Kasutada võib noogutust, kinnitavaid

häälsusi, nt “mhmh”, korrata, kokku võtta või ümber sõnastada patsiendi öeldut.

### Riski hindamine

Anamneesi võtmine algab patsiendi riskitegurite väljaselgitamisega. Hindamise lõpuks peaks olema ülevaade patsiendi võimalike riskitegurite olemasolust. Koos EPL skooriga saab määrata, kas edasine põhjalik patsiendi parodondi seisundi uurimine on näidustatud.

### Igemete visuaalne hindamine

Enne sondeerimist tuleb hinnata silmaga põletiku olemasolu igemetel. Punetus, igemepeiri või papilli kuju muutus viitab gingiviidile ning patsient vajab hügieeniõpetust. (Tabel 4)

### Detailne parodondi seisundi kaardistamine

Koodid 3, 4 ja \* nõuavad põhjalikumalt patsiendi uurimist. Parodondi olukorra kaardistamiseks tuleb mõõta sondeerimissügavust ja veritsust sondeerimisel (retsessioon, liikuvus ja furkatsioonide haaratus).

Kõige pealiskaudsemal hindamisel märgitakse piirkonnad, mille tasku sügavus on  $\geq 4$  mm ja esineb veritsust sondeerimisel. Parodondi kaardistamine on lahutamatu osa patsiendi olukorra hin-

damisest ja peaks olema täpne ja hiljuti teostatud.

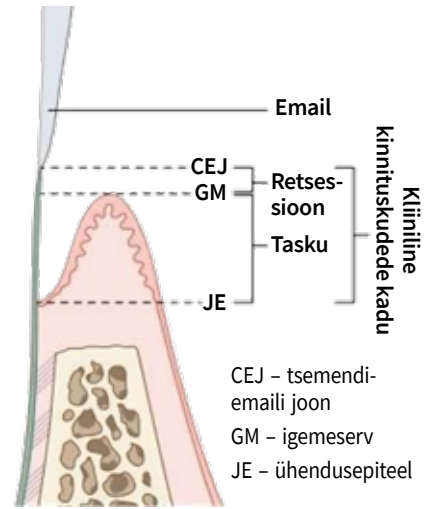
Standardparosond on vajalik täpsete mõõdistuste tegemiseks, et hinnata igemetaskute muutusi. Populaarsemad on 10 mm Williamsi sond, 15 mm UNC sond ja WHO sond.

Piirkonna sondeerimissügavus määrab, kas patsient on võimeline seal katu kogunemist kontrollima. Sügavustel ≥4 mm pole hambaharjaga harjamise ja hammastevahelise puhastamisega võimalik piirkonda puhtana hoida. Need piirkonnad vajavad aktiivset parodonti ravi, st professionaalset ladestuste eemaldamist. (Joonis 10)

Sondi kasutamine vastab kahele küsimusele:

1. Kus asub igemevao põhi?

St kui kaugel on see igeme servast ja kui kaugel tsemendi-emaili joonest. Kasutatakse kahte peamist parameetrit: igemetasku sügavus ja kliiniline kinnituskudede kadu. Kliiniline kinnituskudede kadu (CAL) on retsessiooni ja sondeerimissügavuse summa. CAL on kudede hindamisel täpsem parameeter, kuna annab ülevaate tekkinud kudede kahjustuste hulgast. Igemetasku sügavust mõõdetakse igemepiirist kuni igemetasku põhjani ja see parameeter näitab haiguse aktiivsust. (Joonis 11, 12)



Joonis 11. Kliiniline kinnituskudede kadu.

Tabel 4. EPL skoori hindamine.

Kood	Lisauuringud	Parodondi kordushindamine
0	Pole näidustatud	Korda EPL järgmisel visiidil
1	Katu ja veritsuse määramine, riskifaktorite hindamine	Korda EPLjärgmisel visiidil
2	Katu ja veritsuse määramine, riskifaktorite hindamine	Korda EPL järgmisel visiidil
3	Katu ja veritsuse määramine, riskifaktorite hindamine • Kaaluda röntgenite vajadust (hindamaks võimalikku kudede kaotust)	Pärast ravi mõõta taskud sekstantides, mis olid skooriga 3
4	Katu ja veritsuse määramine, riskifaktorite hindamine • Teha röntgenülesvõtted	Täielik parodontoloogiline mõõtmine enne ja pärast ravi
*	Katu ja veritsuse määramine, riskifaktorite hindamine • Kaaluda röntgenite vajadust	Vastavalt EPL skoorile (0–4)



Joonis 10. WHO sond (0,5; 3,5; 5,5; 8,5; 11,5 tähistusega); Williamsi sond (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 ja 10mm tähistusega); UNC 15 sond (1, 2, 3, 4–5, 6, 7, 8, 9–10, 11, 12, 13, 14–15 tähistusega).



Joonis 12. 1. Pseudotasku. 2. Normaalse ige. 3. Igemetasku. 4. Retsessioon.

2. Kas sondeerimisel esineb veritsust? (BOP)

Veritsus on märk põletikust, mitte kudede kaost. Veritsuse puudumine tähendab terveid kudesid (v.a suitsetajatel). Igemeservade veritsus viitab gingiviidile ning paraneb hügieeni parandamisel. Veritsus igemetaskust viitab parodontiidile ja veritsus peab taanduma pärast aktiivset ravi. Veritsuse esinemine tuleks patsiendi kaarti märkida nii ravisel, kui järgselt. Eesmärgiks on probleemsete piirkondade kaardistamine ja ravi hindamine. Veritsuse puudumine sondeerimisel viitab parodonti stabiilsusele ja on heaks indikaatoriks järelravi perioodil.

Lõpliku diagnoosi püstitamine

Juhul kui hambaarst või suuhügienist hakkab ise parodondi haigust ravima, siis lõplik hinnang parodondi seisundile antakse vastavalt EFP ja AAP 2018 parodondi haiguste ja seisundite klassifikatsioonile (11).

Esimene küsimus on, kas esineb kinnituskudede kadu? Kui kinnituskudede kadu puudub, on põletiku puhul diagnoosiks gingiviit, põletiku puudumisel – terve parodont. Kui kinnituskudede kadu esineb, aga puuduvad süsteemsed haigused, on diagnoosiks parodontiit. Parodontiidi aeglase progresseerumise korral korreleerub ladestuste hulk kinnituskudede kaoga, kui aga ladestusi

on vähe, aga kudede kadu on ulatuslik, on tegemist kiirelt progresseeruva parodontiidiga.

Järgmisena hinnatakse haaratust, kui see on >30% piirkondadest, on tegemist generaliseerunud haigusega, kui <30 % piirkondadest, siis lokaalse haigusega.

Viimaks määrata haiguse raskusaste. EPL järgi jagatakse astmed järgmiselt: kerge (1–2 mm), keskmine (3–4 mm) ja raske (≥5 mm) kinnituskudede kadu.

Need kolm sammu võimaldavad panna korrektse diagnoosi. Seejärel on võimalik hinnata haiguse prognoosi ja koostada raviplaani.

Patsiendi elustiili muutmine

Võtmetähtsusega parodondi tervise ja ravijärgse tulemuse hoidmisel on patsiendi soov ja võime hambaid katust puhastada. See hõlmab harjumuste muutmist suuhügieenis, nt hammaste harjamise ja hambavahede puhastamise osas, kui ka tervisliku elustiili nõustamises, nt suitsetamisest loobumise motiveerimine.

Ravi tulemus sõltub patsiendi valmidusest neid muutusi ette võtta. Meie roll on patsienti kaasata, mitte jätta teda passiivseks raviobjektiks. Parodontiidi ravi on pikaajaline protsess, mille jooksul patsiendiga kohtudes on võimalik tema käitumist jälgida ja suunata.

Elustiili muutus toimub patsiendi sees. Motivatsiooni ei saa õpetada ega anda. Võtmeks on tekitada patsiendis huvi informatsiooni ja oskuste järele, mis võimaldavad ravi eesmärgi saavutada, st julgustada ja muuta patsient aktiivseks ravis osalejaks.

EFP 2020 ravijuhise kohaselt ei ole hetkel selge, kui suurt mõju avaldab dieedinõustamine parodontiidi ravi korral (3).

Võimalikud lähenemised:

- Kasuta avatud küsimusi, et suhtlust juhiks patsient. Suletud küsimus: Kui tihti teil õnnestub kasutada hambavaheharju?

Harjumuste/käitumise muutmise põhipunktid

- Oskuse õppimine võib võtta minuteid või tunde, aga harjumuse kujundamine võtab nädalaid või kuid.
- Instruktsioonidel ei ole mõtet, kui ei mõisteta konteksti, miks seda vaja on.
- Mõni õigesti öeldud sõna annab parema tulemuse kui loeng, millest patsient peab ise olulise välja sõeluma.
- Instruktsioonide mitmekordne kordamine ei suurenda motivatsiooni, vaid pigem solvab ja vähendab motivatsiooni.
- Pakkudes abi ja küsides selleks luba, anname vastutuse muutuste eest patsiendile. Loomulik vastus kohustusele on vastuseis.
- Motivatsioon ei ole staatiline, vaid muutub, kui inimese elus toimuvad muutused või tekib stress.

Avatud küsimus: Rääkige, kuidas teil on õnnestunud hambavaheharjade kasutamine?

Avatud küsimused on positiivne ja meeldiv suhtlusviis. See ei ole hindav; küsides, kuidas patsiendil läinud on, annate talle võimaluse jagada informatsiooni tema vaatevinklist. Tavaliselt patsiendid annavad infot, mida soovime.

- Kuulata ja siis informeerida, instruueerida selles ulatuses, mis patsienti huvitab või mida ta teada tahab.

Anda patsiendile kogu info korraga võib olla liia. Veendu, et antud info ja viis selle edastamiseks sobiks patsiendile. Võimalusel lisa väike muutus patsiendi hügieeni igal visiidil. Nt patsiendil, kellel on halb hügieen, alusta esimesel visiidil harjamistehnikast. Kui harjamine on paranenud, võib lisada nt hambavaheharjad jne. Katuhulga visualiseerimisel igal visiidil on hea jälgida ja patsiendile näidata iga lisatud meetodist tekkinud muutust.

- Kasuta peegeldavat kuulamist, et aidata patsiendil näha ebakõla praeguste harjumuste ja püstitatud eesmärgiks vajaminevate vahel. Mõni patsient võib väita, et on päeva lõpuks liiga väsinud, et kõiki vajaminevaid hügieenitoiminguid läbi viia. Kasutades peegeldavat kuulamist,

mist, tunnistame patsiendi olukorda ja püüame temaga koos leida lahendusi. Võib uurida, kas tal päeva jooksul oleks aega, et endale pühendada või jagada suuhügieeni päeva peale osadeks.

- Eelista suunavat lähenemist juhtivale.

Nt olukorras, kus patsient on tunnistanud, et ei puhasta hammaste vahesid ja seda on ka vaatlusel näha. Juhtiv lähenemine: “Vähendamaks veritsust ja peatamaks igemehaigust on vajalik kasutada hambaniiti või hambavaheharjakesi regulaarselt.” Suunav lähenemine: “Kasutades hambaniiti või hambavaheharju oleks võimalik märgatavalt vähendada igemete veritsemist. Kas need vahendid on teile tuttavad? ... Milline on teie kogemus nendega? ... Kas üht oli lihtsam kasutada kui teist?”

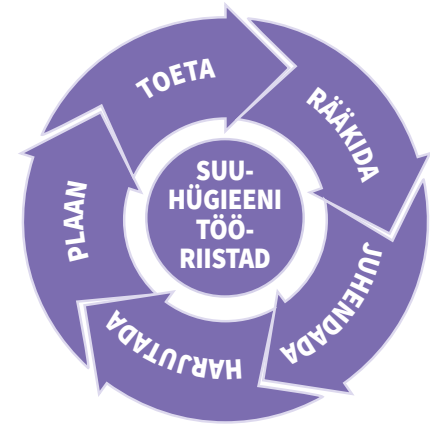
On mitmeid lauseid ja võimalusi, mida patsiendiga suhtlemisel kasutada. Vahe juhtiva ja suunava lähenemise vahel on see, et esimene ei luba valikut, aga teine võimaldab patsiendil valida ja väljendada oma eelistust.

- Püsi täiskasvanute vestluses, hoidu täiskasvanu-lapse stiilist. Meie roll on juhendada, mitte pida laengut.
- Vestluse ajal olgu patsient hambaravitoolis püstises asendis.



## Suuhügieeni tööriistad

Suuhügieeni tööriistad on arendatud Šoti hambaravi kliinilise efektiivsuse programmi raames ja see põhineb käitumise teorial. Eesmärgiks on suurendada patsiendi enesekindlust oma võimes kattu efektiivselt eemaldada ning aidata tal planeerida, kunas ja kuidas hoolitseda oma igemete ja hammaste eest. (Joonis 13)



Joonis 13. Suuhügieeni tööriistad.

- **RÄÄKIDA** patsiendiga parodontiidi põhjustest ja arutada, mis takistab efektiivset katu eemaldamist.
- **JUHENDADA** patsienti vastavalt ta võimetele, et saavutada efektiivne katueemaldus.
- Lasta kabinetis patsiendil **HARJUTADA** oma suus hammaste ja hambavahede puhastamist. Hinda enesekindlust. Enesekindlus on edu võti.
- Tehke **PLAAN**, kunas patsient päeva jooksul hambaid puhastab. Eesmärgid püstitab patsient.
- **TOETA** patsienti kutsudes ta kordusvisiitidele.

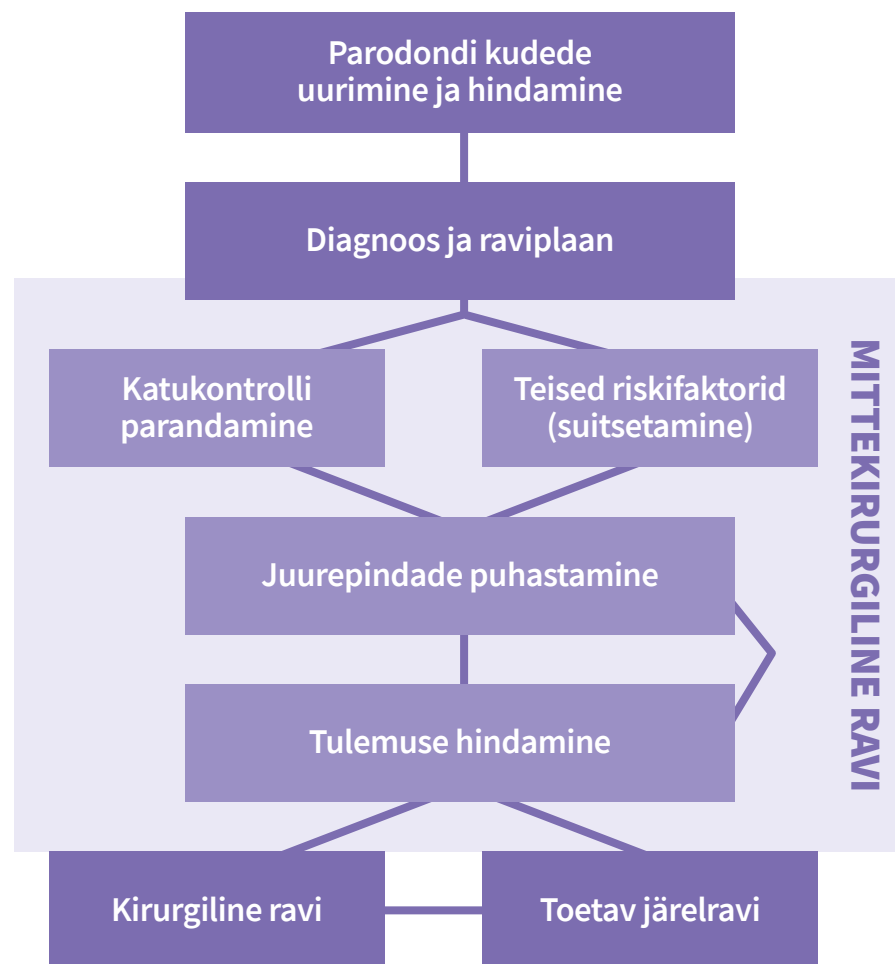
Pea meeles, et katukontrolli vajalikkuse sõnumi või ükskõik millise elustiili mõjutava sõnumi edastamine ei ole protseduur, vaid pidev vestlus patsiendi ja sinu vahel sel ajal, kui ta on sinu kabinetis sinu hoole all.

EFP 2020 ravijuhise kohaselt ei ole hammaste niiditamine parodontiidihaigetele sobivaim valik interdentaalsete vahede koduseks puhastamiseks.

## Mittekirurgiline ravi

Mittekirurgiline ravi on esmasvalik parodontiidiga patsientidele. See koosneb parodontikudede seisundi hindamisest, diagnoosist ja raviplaanist, siia kuuluvad ka suuhügieeni harjumuste muutmine, süsteemsete riskifaktorite kontroll (nt suitsetamine) ja juurepindade puhastamine. Viimane osa mittekirurgilises ravis on olukorra uuesti hindamine (kus otsustatakse vajadus edasiseks raviks, järelravi või kirurgiline ravi). (Joonis 14)

EFP 2020 ravjuhise kohaselt on professionaalne supragingivaalne ladestuste ja katu eemaldamine ning katu retensioonialade kontrolli alla võtmine parodontiidi haiguste ravi esmane etapp.



Joonis 14. Mittekirurgiline ravi.

Järgnev subgingivaalne kogu hammaskonna depuratsioon on võrdset efektiivne nii läbiviiduna 24 h jooksul kui ka standardmeetodil, kvadrantide kaupa (3).

### Tänapäevase mittekirurgilise ravi põhimõtted

Eduks on vaja patsiendi poolt efektiivset suuhügieeni:

- Suuhügieenialase nõustamise mõju on lühiajaline, seega pikaajalise tulemuse saamiseks on vaja patsienti pidevalt innustada.
- Biokile ja bakterid tuleb igemevagu-dest ja -taskutest regulaarselt eemaldada.
- Katu kogunemist soodustavad põhjused, nagu kivi ja täidiste ülemäärased, tuleb eemaldada.

Siis on võimalik:

- Kontrollida bakterite hulka.
- Mõjutada lokaalseid riskifaktoreid.
- Vähendada süsteemsete riskifaktorite mõju.

See saavutatakse:

- Vähendades või eemaldades paropatoogeeneid.
  - Vähendades põletikku.
  - Saavutades parodontiidi kudede tervise.
- See kõik kokku vähendab haiguse progresseerumise tõenäosust.

Mittekirurgiline ravi on efektiivne enamikul kerge või keskmise raskusastmega patsientidel. Uuringud on näidanud, et haiguse areng peatub. Tulemused tekitab umbes 6 kuu pikkuse ravi järel. Koos põletiku vähenemisega väheneb taskute sügavus, millega tihti kaasneb igemete retsessioon. Selline tulemus tekib vaid patsiendi hea koostöö ja koduse hoolega, lisaks on vajalik lokaalse- te ja süsteemsete riskifaktorite kontroll.

Mittekirurgiline juurepindade depuratsioon võib tunduda kerge, aga tihti nõuab erivõtteid, et puhastust läbi viies järgida juurte keerukat anatoomiat (köverusi, nõgususi ja furkatsioone).

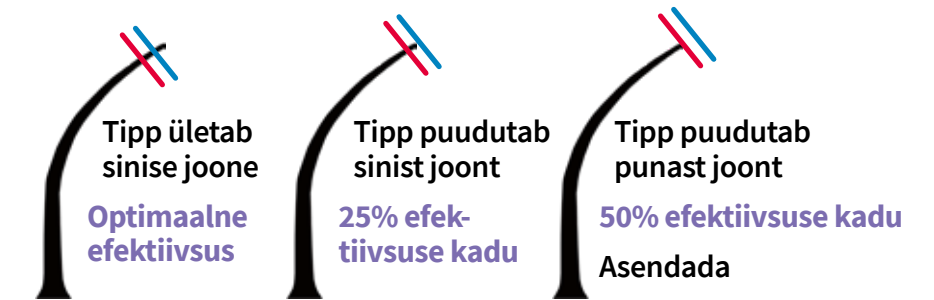
### Kuidas saavutada head tulemust?

#### 1. Oskused

Järgmisel korral, kui eemaldad parodontiidi kahjustatud hamba, millel on rohkelt hambakivi, proovi see täielikult hambakivist puhastada, et pind jääks sile ja puhas. Hinda, kui hästi see õnnestub, kui palju kivi õnnestub eemaldada ja kui kaua selleks aega läheb. Pea meeles, et suus käsikaudu on seda veel raskem teha. (Fotod 4–5)



Fotod 4–5. Hambakivi eemaldamist saab harjutada ekstraheeritud hambal.



Joonis 15. Ultraheli-instrumenti peab kasutama optimaalsel võimsusel ja jälgima tema kulumist.



Fotod 6–7. Parodontiidi paranemine. Põletiku taandumisel tekkivad retsessioonid.

#### 2. Instrumendid

Universaal- ja Gracey küretid on väga head instrumendid, aga kasutamiseks peab oskama hinnata nende teravust ja neid õigesti teritada. Tuleb teada, milline instrument töötab millises piirkonnas kõige paremini. Saadaval on lai valik ultraheliotsikuid, mis võimaldavad ka sügavate taskute ja furkatsioonipiirkondade puhastamist. Ultraheli-instrumenti peab kasutama optimaalsel võimsusel ja jälgima tema kulumist. (Joonis 15)

#### 3. Aeg

Ühe hamba sügavate taskute puhastamine võtab aega minuteid (keskmiselt 5–10 min hamba kohta), kui aga lisandub furkatsiooni haaratus, juure arengulised iseärasused (nt vaod), läheb rohkem aega. Vastavalt puhastuse raskusele võib jagada kogu suu puhastamise 2 pikemale või 4 lühemale visiidile.

#### Kõrvalnäht

Vastavalt informeeritud nõusoleku põhimõttele, peab patsienti ravi eel informeerima võimalikest kõrvalnähtudest. Need on retsessioonide tekkimine, hammaste

pikenemine (iseäranis esihammaste osas), vahed hammaste vahel (nn mustad kolmnurgad), tundlikkuse tekkimine, valulikkus, toidu kogunemine hammaste vahe- desse. Agressiivne ja ülemäärane juurepindade puhastamine võib tulemusena anda pikaajalise ülitundlikkuse. Neid kõrvalnähte tuleb raviplaanis koostamisel arvestada. (Fotod 6–7)

#### Ülitundlikkus

Saadaval on laias valikus hambapastasid, mis vähendavad hammaste tundlikkust. Need pastad sisaldavad kaaliumisoola- sid, oksalaate või arginiini.

#### Kemoterapeutikumid

Kattu pärssivad ained nagu kloorheksidiin on vajalikud haiguse ägedas perioodis, kui puhastamine on raskendatud, aga ei peaks kuuluma rutiinse suuhügieeni hulka. 0,2% kloorheksidiini lahust võib kasutada kuni 30 päeva. Uuringud on näidanud, et subgingivaalsed loputused kloorheksidiiniga ei ole andnud kliiniliselt lisaefekti.

Efektiivne subgingivaalsete ladestuste eemaldamine jääb aktiivse parodontiidi raviks patsiendil, kes suudab hoida head hügieeni.

Suuhügienisti roll

Parodontiidi ravis võib meeskonnatöö olla väga edukas. Selleks aga on vajalik hea kommunikatsioon hügienisti ja hambaarsti vahel, vastasel juhul ei pruugi õnnestuda saavutada ravi eesmäärke. Koos töötades on oluline, et patsient saaks kõigilt meeskonna liikmetelt sama sõnumi ja toimuks tihe omavahe-line suhtlus.

Patsient peab mõistma, miks ta suu-natakse hügienisti vastuvõtule. Talle on vaja selgitada hüvesid, mis sellisest ravist tulevad, nt vähkem veritsus hambaid pestes, halitoosi vähenemine, hammaste liikuvuse vähenemine, heast hügieenist tulenev parodondi kudede tervis.

Hetkel Eestis on patsientidel võimalus pöörduda suuhügienisti või pro-fülaktika assistendi/õe terapeudi (edas-pidi tekstis kõik nimetuse all suuhügie-nist) poole ilma, et nad peaksid enne käima oma hambaarsti juures ehk nn vaba juurdepääs. See võimaldab suu-hügienistidel diagnoosida ja ravida ilma hambaarsti ettekirjutuseta.

Suuhügienistid saavad ise otsusta-da, kas pakuvad oma teenust nn vabalt ligipääsetavalt või ei. Nad võivad ravi-da kõiki patsiente, kelle probleemideks nad on saanud väljaõppe. Arvestades, et Eestis on suuhügienistide hariduse-tase äärmiselt erinev, peaks iga ravi al-gama hambaarsti teostatud läbivaatuse-ga ja hinnanguga patsiendi seisundile. Samuti ei tohiks parodontiidi järelravi patsient jääda pikaks ajaks ainult suu-hügienisti juurde. Raskemad ravijuhud peaksid olema arstil üle vaadatud vähe-malt kord aastas, kergemad juhud paari aasta tagant.

Igal hambaravi pakkuval asutusel on vaja otsustada, kuidas nende meeskond töötab, kas protseduuride läbiviimisel lähtutakse hambaarsti täpsetest ettekir-jutustest või kasutatakse suunamist hü-gienistile, et tema teostaks hindamise, diagnoosimise, ravi planeerimise ja pa-rodondi ravi. Kindlasti peab aga olema tagatud, et juba esmasravi faasis on pat-sient läbi vaadatud ka hambaarsti poolt ja suuhügienisti raviplaan kooskõlasta-tud hambaarstiga. Meeskonnana tööta-

Tabel 5. Näidis visiidi dokumenteerimise vormist.

Diagnoos	Lokaalne raske krooniline parodontiit
Üldine prognoos	Üldiselt hea (parandada hügieeni ja loobuda suitsetamisest). Ülemised molaarid küsitavad – furkatsiooni haaratus.
Riskifaktorid	Suitsetab 15 sigaretti päevas, 10 pakki aastas.
Hügieeni nõuanded	Üksikutiga hambahari subgingivaalselt kõigis 5 mm taskutes + elektriline hambahari. Õige suurusega hambavaheharjad (lisada valitud harjakeste mõõdud).
Ennetavad abinõud	2 korda päevas kasutada desensibiliseerivat hambapastat, et vähendada hammaste ülitundlikkust; vähendada happeliste jookide kasutamist.
Suitsetamisest loobumise julgustamine	Jah, patsient soovib lõpetada. Suitsetamisest loobumise nõustamine ja saatekiri spetsialistile.
Depuratsioon	Üle suu subgingivaalsete ladestuste eemaldamine taskustest ≥5 mm lokaalanesteesias. Ultraheliga molaaride furkatsioonides ja juurevagudes D14 ja D24. 4 visiiti kolmenädalaste vahedega
Kordushindamine	6 nädala pärast hügieeni hindamine, 12 nädala pärast korrata pa-rodondi kaardistamist

des on edu võtmeks selge kommunika-tsioon ja hästi dokumenteeritud visiidid. Sissekanne, kuhu on kirjutatud “puhas-tus ja poleerimine” ei anna mingit infot protseduuride ja patsiendi hügieeni või parodondi kudede seisundi kohta.

Arsti poolt hügienistile suunatud pal-ve “teosta juure pindade puhastus” või “teha paroravi” või “eemaldada hamba-kivi” ei anna neile tööks fookuspunkti. Hambaarstid ja hügienistid peaksid kas-utama ettekirjutatud vormi, mis kind-lustaks kindla ja selge ravi struktuuri ja sisaldaks plaani, kuidas võetud raviees-märgid on kavas saavutada. (Tabel 5)

Kui nii arst kui ka hügienist mõõ-davad taskute sügavust, peab arvesta-ma, et tulemuste erinevus kuni 2 mm võib tuleneda mõõtmisvigadest. 2 mm erinevust võib aga muuta patsiendi ra-viplaani, eriti kui esineb furkatsiooni-de haaratus või juba kinnituskudede kadu. Seega on eelistatud, et taskute mõõtmised teostaks sama inimene ka kordusvisiitidel.

EFP 2020 ravijuhise kohaselt võivad parodontiidi patsientidel järelravis olla teatud piirkondades näidustatud anti-septilised vahendid, et stabiliseerida põletikku.

Ei ole piisavalt tõendeid, et lisava-hendid, nagu probiootikumid, pre-

biootikumid, põletikuvastased ained, antioksüdandid või toidulisandid oleksid parodontiidi järelravis efek-tiivsed (3).

Antimikroobsed ained

Antimikroobsed ained omavad väga väi-kest kohta igapäevases rutiinses paro-dontoloogilises ravis. Oluline on tead-vustada, et antibiootikumresistentsus on paari viimase dekaadi jooksul populat-sioonis kasvanud. Antibiootikume kasu-tatavate arstidena peame piirama nende kasutamist ning tegema seda vaid olu-kordades, mis on teaduslikult tõestatud ning omavad patsiendi haigusseisundi-le positiivset mõju. Lisaks antibiooti-kumresistentsusele on väikeseks, kuid tõsiseks riskiks anafülaksia.

Kus iganes võimalik, on asjakohased teada-tuntud printsiibid “infektsiooni dre-naaž” ja “põhjustaja eemaldamine”. Kui me suudame neid põhimõtteid jär-gida, siis saame vältida antibiootikumi-de kasutamist patsientidel, kel puudu-vad süsteemsed haigustunnused.

Parodondi haiguste puhul on suhte-liselt vähe näidustusi kasutamaks süs-teemseid või lokaalseid antibiootikume. Siiski on kindlad piiritletud juhud, kui antibiootikumide kasutamine on asja-kohane ja need aitavad parodondi hai-gust kontrolli all hoida.



Fotod 8–9. 26 a naine, suitsetaja. Nekrotiseeruv gingiviit; sekundaarne probleem on häirunud passiivne lõikumine.

Süsteemsed antibiootikumid

Teadusuuringud on kinnitanud, et laia toimespektriga antibiootikumide kasu-tamine parodontihaigetel, täiendavalt depuratsioonile, omab olulist kliinilist efekti võrreldes ainult depuratsiooni-ga. Süsteemsete antibiootikumide ka-sutamine lahendab kiiremini põletiku esmasravi faasis ja vähendab vajadust kirurgilise ravi järele.

Kuid süsteemsete laiatoimeliste an-tibiootikumide (amoksitsilliin koos metronidasooliga) kasutamisel puudub spetsiifiline sihtmärk. Ravitava koeni jõuab ainult väike osa manustatud ra-vimitest, ülejäänud organsüsteemidele jäävad ainult kõrvaltoimed.

Patsiendi üldtervise ja üleüldise rahvatervise huvides ei ole soovitatav parodontiidi patsientidele rutiinselt or-dineerida süsteemseid antibiootikume.

Spetsiifiliste antibiootikumide kasu-tamine võib olla näidustatud generali-seerunud parodontiidi, EPL kood 3 ja 4 korral, noortel patsientidel. See on põhjendatud juhul, kui korduv sub-gingivaalne instrumenteerimine ei ole andnud piisavat efekti.

Kui pärast adekvaatset esmasravi, EPL kood 3 ja 4, säilivad ≥6 mm jää-nuktaskud, siis on näidustatud juurde-pääsu lapioperatsioonid (*access-flap*), keskmiste 4–5 mm jäänuktaskute kor-ral on soovitatav korduv instrumentee-rimine.

Süsteemsete antibiootikumide näi-dustuse korral, soovitab EFP kasutada kombinatsiooni amoksitsilliin 375 mg

koos metronidasooliga 500 mg, 3 korda ööpäevas, 7 ööpäeva jooksul (3).

Eestis on hetkel ravimiregistris amok-sitsiliin 500 mg suukaudse tabletina.

Seega saame hetkel Eestis kasutada alljärgnevat raviskeemi: 500 mg amok-sitsiliini kombineerituna 500 mg met-ronisooliga, 3 korda ööpäevas, 7 ööpäe-va jooksul (5).

Siiski on tänapäevase meditsiini ees-märk kaaluda ravi positiivseid ja nega-tiivseid toimeid üldiselt ja ka indivi-duaalselt iga patsiendi puhul.

Süsteemseid antibiootikume peab alati kasutama täiendavaks toeks mehaanili-sele ravile, mitte eraldiseisva ravina (3).

Nekrotiseeruvad parodondi haigused

Need haigused on suhteliselt harva esi-nevad, kuid diagnoosimisel võiks ravi-skeem ette näha metronidasooli 500 mg kolmel korral päevas 5 päeva jook-sul. Metronidasooli kasutatakse tänu

selle toimespektrile haigusega seotud fuso-spiroheet anaeroobide vastu. Edukaks ravitulemuseks on vaja kont-rolli alla saada haigusega seotud riskifak-torid (suitsetamine, stress, kehv suuhü-gien ja dieet). (Fotod 8–9)

Parodontaalne abstsess

Üksikult esinevat parodontaalset abstses-si peab ravima abstsessi dreneerides või subgingivaalselt instrumenteerides ning vajadusel mõlemat meetodit kombinee-rides, mitte antibiootikumide ordinee-rimisega. Kuid kui esinevad süsteemsed haigusnähud (palavik, halb enesetunne) ja fatsiaalne turse, siis võivad antibiooti-kumid olla esmaseks lahenduseks, kuid ainult kombineerituna depuratsiooniga.

Juhtudel, kus esinevad mitmed late-raalsed parodontaalsed abstsessid, võib kahtlustada süsteemset haigust, nagu näiteks diagnoosimata diabeet ning patsient tuleks suunata lisaks esmas-ravile ka uuringutele perearsti juurde. (Fotod 10–11)



Fotod 10–11. Parodontaalne abstsess. d36 furkatsiooni haaratus, distaalse juure ümber ulatuslik defekt. Hammas reageerib külmatestile positiivselt.



### Lokaalselt manustatavad antibiootikumid

Saadaval on mitmed lokaalselt manustatavad antibiootikumid, kuid nende kasutamise näidustused on limiteeritud. Nende kasutamist peab kaaluma pärast mittekirurgilist ravi ja kindlasti mitte esmasravina. Lokaalselt manustatavad antimikroobsed ained ei asenda, vaid on täiendavaks abiks tavapärasele subgingivaalsele depuratsioonile.

Nende kasutamist võib kaaluda juhtudel kui isoleeritud parodontaalsed taskud ei allu konservatiivsele mittekirurgilisele ravile ning ei esine silmaga nähtavat ladestust ja patsient suudab hoida head suuhügieeni. Kuid saadav kasu kipub olema tagasihoidlik.

Kui isoleeritud tasku ei allu ravile hoolimata heast suuhügieenist, on soovitatav kaaluda patsiendi saatmist spetsialisti juurde.

### Parodontaalne kirurgia

Parodontiidi ravi põhimõte pöörleb ümber bakteriaalse katu kontrolli. Selle võtmeaspektideks on patsiendipoolne efektiivne supragingivaalne katukontroll ja professionaali teostatud efektiivne subgingivaalne depuratsioon. Parodonti kirurgia on teine võimalus saavutamaks eelnimetatud eesmärgi.

Parodontaalne lapikirurgia võib olla vajalik pärast korduvaid põhjalikke mittekirurgilise ravi visiite. Kirurgiat tasuks kaaluda ainult kõrgelt motiveeritud patsientidel, kel on optimaalne katu ja teiste riskifaktorite kontroll. Pärast korduvat mittekirurgilist ravi keskmise ja kaugele arenenud haiguse korral hoolimata heast katukontrollist võib sellegipoolest esineda igemetaskuid ja sondeerimisel veritsust.

Kui puuduvad vajalikud kogemused ja oskused, siis tuleks patsient saata spetsialisti vastuvõtule.

EFP 2020 ravijuhise kohaselt ei ole soovitatav teostada parodontaalkirurgiat või implantatsiooni patsientidel, kes ei suuda adekvaatselt järgida kodust suuhügieeni (3).

KERTU OLLEMA RAVIJUHTUM



### Parodontaalse avatud lapi kirurgia põhiliseks eesmärgiks on:

#### 1. Juurdepääs depuratsiooniks

Subgingivaalsel asetseva ladestuse eemaldamine võib osutuda keeruliseks, kui esinevad sügavad taskud või kui ligipääsetavus on halb, eriti molaaride puhul, millel on keeruline juurte anatoomia või furkatsioonide haaratus. Lapi avamisega on võimalik juurepinda näha ning puhastada sellel olevad ladestused kontrolli all. Avatud lapiga tekib võimalus taskut vähendada luu või pehmete kudede ümberkonstrueerimisega. Selle eesmärk on saavutada madalad igemetaskud ja igemekude, millele on kerge ligi pääseda ja puhastada nii patsiendil kui ka arstil. (Fotod 12–16)

EFP 2020 ravijuhise kohaselt võib kasutada igemetaskute vähendamiseks ka

KERTU OLLEMA RAVIJUHTUM



Foto 14–15. 46 furkatsioonidefekt II klass, mesiaalse juure ümber samuti luusisene defekt.

ROLAND ADERI RAVIJUHTUM



Foto 16. 21 hamba palatinaalse külje luusisene defekt.

◀ Fotod 12–13. Hammastel 12, 11, 21 nii horisontaalne kui ka vertikaalne luukadu. Luu reljeef lapi avamise järgselt.

resektiivset kirurgiat, kuid eelnevalt tuleb kaaluda kaasneva retsessiooniohtu. Samuti tuleb ravida II ja III klassi furkatsioonide defektidega hambaid, mitte neid diagnoosi tõttu eemaldada (3).

#### 2. Regeneratiivne kirurgia

Tavapärane parodontaalne lapikirurgia paraneb peamiselt pika ühendusepideeli tekkimisega. Arvatakse, et see tekib epiteliaalsete rakkude sissekasvamisel kirurgia järgselt juurepinna ümber tekkinud tühimikesse. Vastupidiselt sellele on regeneratiivsete kirurgiliste protseduuride eesmärgiks soodustada haiguse tõttu kaotatud parodontaalse kude taasteket. Selle eesmärk on soodustada tsemendi, parodontaalse ligamendi ja alveolaarse luu taasteket. Selline ravi on tulemuslikum kui tavapärane parodontaalne kirurgia sügavate kitsaste vertikaalsete luuliste defektide elimineerimisel.

Tänapäeval kasutatakse mitmeid regeneratiivseid protseduure, nimetades neid juhitud parodontaalsete kudede regeneratsiooniks (*Guided Tissue Regeneration*). Eesmärgiks on takistada kiiret epiteliaalsete rakkude sissekasvu, kuid soodustada aeglaselt taastuvate kudede (luu, parodontaalligament) formeerumist kasutades memb-

KERTU OLLEMA RAVIJUHTUM



Foto 17. 10 mm sügav igemetasku 11 mesiaalsel.



Foto 19. d11 mesiaalsel 2-seinaline vertikaalne luusisene defekt, apikaalses defektikolmandikus 3-seinaline defekt.

raani. Emaili maatriksi proteiinide baasil olevate materjalide kasutamine (Emdogain) soodustab samuti kinnituse kasvu ja sondeerimissügavuse vähenemist. Apliteerides emaili maatriksi proteiine defekti ja juure pindade puhastamise järgselt, soodustavad emaili maatriksi proteiinid luu formeerumist. Teise võimalusena võib defekti otse täita täitematerjalidega (nagu illustreeritud allpool). Nendeks täitematerjalideks võivad olla luusiire patsiendilt endalt (autogeenne), doonorilt (allogeenne),



Foto 20. 3 kuud hiljem pärast mittekirurgilist esmasravi avatud M-Mist tehnikas lapp. Defekti ravis kasutatud amelogeniini ja bioloogilist luumaterjali ksenografti.

loomne (ksenogeenne) või kogunisti tehniliku päritoluga (sünteesiline). (Fotod 17–21)

#### 3. Kroonipikendus

Kroonipikenduskirurgia hõlmab parodontaalsete kudede eemaldamist suurendamiseks kliinilise krooni kõrgust esteetilistel põhjustel või saavutamaks adekvaatset kõvakudede hulka restauratiivseks raviks. Kroonipikendus võib piirduda vaid pehmete kudedega, eemaldades sellega ülemise osa pehmet



Foto 18. Palatinaalne vaade.

Foto 21. Röntgenülesvõte 3 kuud hiljem.

koest. Sellistel juhtudel saab kasutada skalpelli, elektrokirurgiat või pehmete kudede laserit.

Dentogingivaalne anatoomia ning pehmete kudede asend on suuresti määratud all asetsevast luust. Sellistel juhtudel võib ainuüksi pehme koe eemaldamisel toimuda pehmete kudede taaste luuharjal endisesse asendisse ja kõrgusse, kaotades seega kirurgiliselt saavutatud krooni pikkuse. Sellistel juhtudel saab stabiilse positsiooni tagada kogu dentogingivaalse kompleksi nihutamise kaudu apikaalsemale. See nõuab lihaskest-periostlapi avamist ja luukoe eemaldamist.





Fotod 22–23. Enne ja pärast esteetilist kroonipikendust. Gingivektoomia ja luureseksioon. Tulevikus planeeritud ortodontiline ravi.



Fotod 24–25. Milleri I ja II klassi hulgiretsessioonid enne ja pärast ravi.

Kroonipikendust tehakse ka hõlbustamiseks restauratiivset hambaravi ja lubades seega juurdepääsu subgingivaalsetele restauratsioonidele. Subgingivaalsed servad võivad tekkida kõbru vertikaalse murru tõttu või sügava kaariese eemaldamisel. Mõnedel juhtudel, kus esineb ulatuslik hamaste kulumine, puudub adekvaatne koronaalsete hamba kõvakude hulk mehaaniliseks retensiooniks. Kroonipikendus on võimalus selle suurendamiseks.

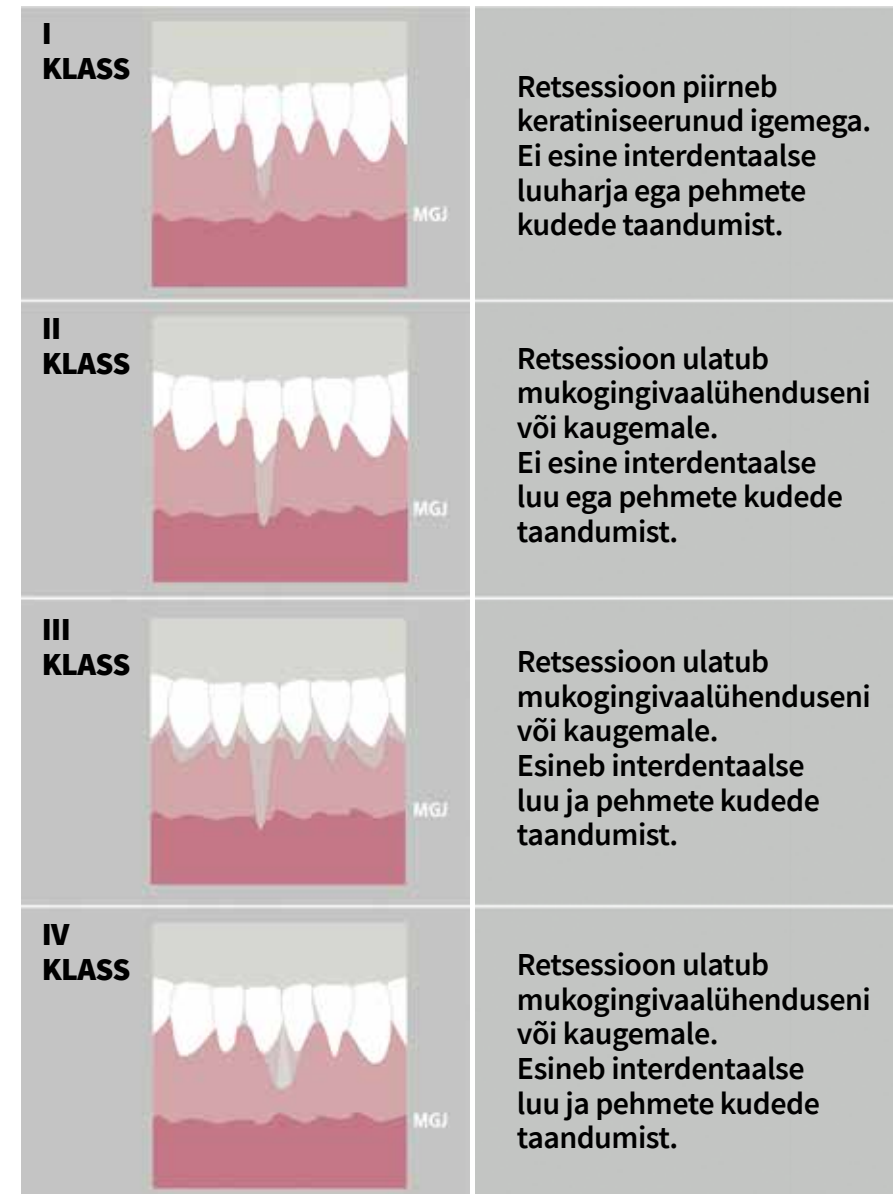
Esteetilisest kroonipikendusest kasutatakse samasugust kirurgilist tehnikat, kuid seda rakendatakse teistsugustes situatsioonides. Kõrge naerujoonega patsientidel ja neil, kellel anatoomiline kroon on kaetud üleliigsete pehmete kudede (hilinenud passiivne lõikumine) piisab lihtsast gingivektoomiast saavutamaks soovitud tulemusi.

Patsientidel, kellel esineb liigselt nii pehme- kui kõvakudesid, on vajalik hoolikas planeerimine koos diagnostilise *wax-up*’iga, mille alusel on võimalik parodontaalne avatud lapiga protseduur luu eemaldamisega, et saavutada õiged hamaste ja igemete mõõtmed. Kui esteetilisest kroonipikendusele järgneb plaaniliselt kroonide või laminaatide asetamine, siis tuleb uue gingivaalse kontuuri stabiliseerumiseks oodata 4–6 kuud. (Fotod 22–23)

#### Retssioonide ravi (mukogingivaalne kirurgia)

Igmeretsessioonide raviks on mitmeid kirurgilisi tehnikaid, mille peamiseks näidustuseks on esteetika. Teisteks näidustusteks võivad olla temperatuuritundlikkus ja juurekaaries, mida on võimalik lahendada konservatiivsemalt dieedi analüüsi, individuaalse suuhügieeni õpetamise ning kõrge kontsentratsiooniga fluoripreparaatide kasutamisega.

Sellist tüüpi kirurgiat on tehniliselt keeruline, kuid sellega on võimalik parandada esteetikat ja pikaajalist parodonti stabiilsust. Võimalikku retsessiooni katmise ulatust on võimalik hinnata Milleri klassifikatsiooniga. Reeglina võiks plastilist kirurgiat kaaluda Milleri



Joonis 16. Milleri klassifikatsioon.



Fotod 26–27. Miller II retsessioon enne ja pärast igemeplastika protseduuri.



I ja II klassi defektide korral (st parodontaalset tervet patsiendi), kuid ka üksikjuhtumitel III, IV klassi kahjustus-

te korral parodonti stabiliseerimiseks kinnitunud igeme mahu tõstmisega. (Joonis 16, fotod 24–27)

## Implantaadid ja implantaate ümbritsevate kudede haigused

### Hambad vs. implantaadid parodontoloogilistel patsientidel

Kui kroonilise parodontiidi tagajärjeks võib olla hamba kaotus, siis parodontoloogilise ravi eesmärgiks on säilitada terve ja funktsionaalne hammaskond nii pikaks ajaks kui võimalik. Eesmärk on säilitada patsiendi oma hambad terveks eluks. Probleemide tekkimisel peaks alustama kõrgetasemelisest mittekirurgilisest ja kirurgilisest ravist.

Olukorras, kus hambad ei ole ravitavad, on implantaadid üks paljudest asendamise võimalustest. Otsustamiseks hammas parodontoloogiliselt ravida ja säilitada või üle minna implantaatravile, on keeruline, kuna individuaalse hamba prognoosi hindamine on raske hoolimata objektiivsetest väärtustest, nagu luulise kinnituse tase. **Tasub meenutada, et implantaat ei ole suus oleva hamba asendaja, vaid asendab puuduvat hammas.** (*Remember an implant is not a substitute for a tooth, it is simply a substitute for no tooth.*)

### Patsiendi valik

Tänapäevase hambaravi üks suurimaid väljakutseid on jätkuvalt motiveerida patsiente pidama piisavalt heal tasemel suuhügieeni. Patsiendid, kes ei ole suutelised või ei soovi hoida piisavalt hästi oma hambaid, tõenäoliselt ei tee seda ka implantaatravi järgselt. Implantaadid on sama vastuvõtlikud ümbritsevate kudede põletiku ja kudede taandumise osas nagu oma hambad parodontiidi puhul.

Selliste patsientidele implantaatide paigaldamine on suure tõenäosusega lühiajalise edukusega, kui ei suudeta kontrollida katust lähtuvaid põletikke. Lisaks võib olla parodontaalsete kahjustuste taga mittemodifitseeritav riskifaktor, nagu geneetika ja selle faktori mõju jätkub ka implantaati ümbritsevates kudedes.

Implantaatide asetamine parodontoloogilistel põhjustel hambaid kaotanud patsiendile on tõsine väljakutse. Implantaatide integreerumise proble-



mid ja pikaajaline luukadu on kõrgem patsientidel, kelle oma allesjäänud hammastel esineb kontrollimata parodontaalhaigus. Implantaate ümbritsevate kudede komplikatsioonid on samuti märkimisväärselt rohkem esinevad parodontiidile vastuvõtlikel kui stabiilsetel patsientidel, mille riskidest peab patsiente informeerima. Üldiselt võivad parodontalselt kahjustatud hambad olla pikaajalises perspektiivis parema edukusega kui implantaadid.

**Hea suuhügieeniga ning korrapäraselt hambaarsti külastavatel inimestel võib kaaluda hammaste asendamist implantaatidega järgmistel juhtudel:**

- Üksikud hambad, millel parodontoloogiline ravi ja regeneratsiooni ei ole võimalikud.

Siia võiks kuuluda sügavad taskud keerulise anatoomiaga, millel esineb progressiivne kinnituse kadu ja sümptomaatika. Kliiniliselt väljendub röntgenülevõtetel suurenenud luukaona, suurenenud mobiilsuses, fremituses või süvenemises paro-endo lesiooniks. Tuleb teadvustada, et parodontaalsete luukao esinedes on vajalik implantaatide asetamiseks luusiirdamist, et parandada alveolaarluu mahtu.

- Tagumiste hammaste puudumisel või eesmise juhtivuse kaotamisel intsiivide ja kaniinide migratsiooni tõttu.

Antud juhtudel pakuvad implantaadid kindlat oklusaalset platvormi ja juhtivuse mehhanismi. Neil juhtudel on ravi ajastamine ja planeerimine väga oluline, kuid keeruline. Paroravi järgseks esmasaks raviks on hammaste lahastamine, kuid pikemas perspektiivis vajavad ebasabiilsed hambad stabiilse oklusiooni säilitamiseks implanteerimist.

- Ulatuslik luukadu kogu hammaskonnas, mis vajavad eemaldamist. Seda võime näha kaugele arenenud või agressiivse parodontiidiga. Noorukitel esinev varajane ulatuslik luukadu nõuab esmalt eriarsti tasemel konservatiivset

EVA-LIISA SOONSEINA JA KERTU OLLEMA RAVIJUHTUM



Fotod 28–29. Ülal 32 a patsient 2013. a enne ravi alustamist. Ühe raviplaanina kaaluti kõikide hammaste eemaldamist. All sama patsiendi säilitatud hammaskond 8 aastat hiljem.

paroravi. Kindlad parodontiidi vormid võivad nõuda keerulisi otsuseid, kus hammaste eemaldamine ja seega igemetaskutes elavad bakterid elimineeritakse koos allesjäänud luu säilitamisega tulevikus implantaatide asetamise tarvis ekstreemsetel juhtudel juba varajases ravi faasis. Kuid tuleb meenutada, et implantaadid ja nende suprastruktuurid ei pruugi kesta igavesti, eriti patsientidel, kel on esinenud raskemat tüüpi parodonti haigusi. (Fotod 28–29)

#### Implantaati ümbritsevate kudede haigused (peri-implant)

Implantaati ümbritsevate kudede haigused hõlmavad kahte peamist komplikatsiooni pärast implantaadi asetamist –

mukosiit ja periimplantiit. Enamikul juhtudel on mõlema haigusprotsessi peamiseks etioloogiliseks faktoriks bakterite akumulatsioon biokilena.

Kuigi kindlad definitsioonid haiguse kohta varieeruvad, võib mukosiiti võrrelda gingiviidiga. See hõlmab implantaati ümbritsevate kudede põletikku luukao esinemiseta, mis väljendub turse, punetuse, tundlikkuse ning sondeerimisel veritsusena. Teistpidi on periimplantiit võrreldav parodontiidiga. Sellega kaasneb implantaati ümbritseva alveolaarluu progressiivne kadu. Periimplantiit on siiski erinev parodontiidist ja võib progresseeruda palju kiiremini. Seepärast on oluline probleemi varajane märkamine ja õigeaegne ravi.

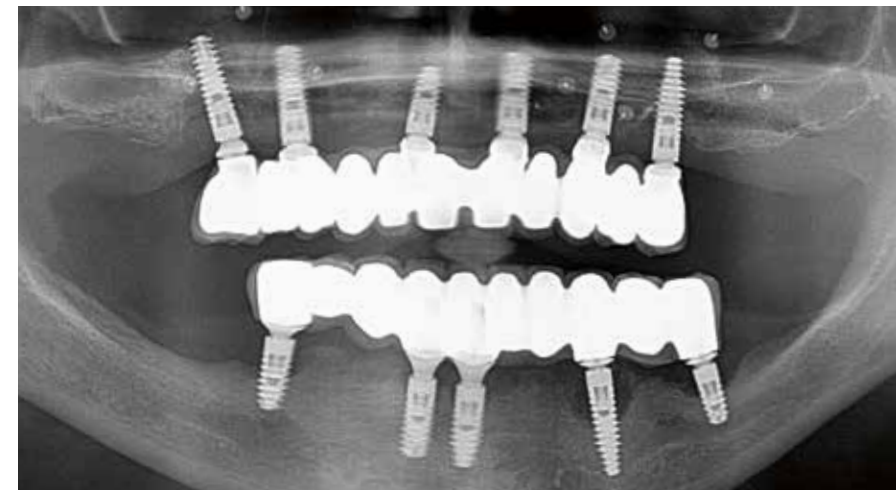


Foto 30. Periimplantiit generaliseerunud raske kroonilise parodontiidi anamneesiga patsiendil 6 a koormamise järgselt. Patsient on suitsetaja ja suuhügieen on halb.



Foto 31. d46 periimplantiit, luukadu; d45 karioosne defekt.

Mukosiit esineb hinnanguliselt 45% patsientidest ja periimplantiit umbes 20% patsientidest, mis tähendab, et tegu on levinud probleemidega. Implantaatravi saanud patsientide arvu suurenedes, pika implantaatide elulemuse ja kõrge implantaati ümbritsevate kudede seotud komplikatsioonide esinemise tõttu on suur tõenäosus kohata antud patsiente ka oma vastuvõtus. (Fotod 30–31)

#### Kõnealuse valdkonna patsientide ravi areneb kiiresti, kuid siin kehtivad peamised reeglid:

- Ennetus on ülim: pea meeles, et etioloogiline faktor on bakteriaalne ja

seetõttu on perfektne hügieen kohustuslik. See hõlmab üksiktutiga harju, vaheharjakesi ja hambaniiti/superrflossi. Haiguse tekkevõimalus on kõrgem, kui pealiskonstruktsioon ei võimalda head hügieenipidamist.

- Nagu ka parodontiidi puhul on lisaks hügieenivõtete tõhustamisele oluline hoida riskifaktorid (suitsetamine, diabeet, stress jne) kontrolli all.
- Regulaarne implantaadi tervise kontroll on oluline ja hõlmab endas nii kliinilist läbivaatust (sondeerimissügavus, veritsus sondeerimisel ja mäda sümptomid) ja röntgeneid. Protokollid mõlema jaoks ei ole

jäigad, kuid peaksite tegema kõik nagu tavaliselt teete oma patsientide suu ja üldtervise kontrollimiseks. Sondeerimistulemused implantaatide suprakonstruktsioonide ümber peaks olema registreeritud iga-aastaselt. Sondeerimine implantaadi ümber ei kahjusta implantaadi pinda ega ümbritsevaid pehmeid kudesid.

- Lisaks, röntgenülevõtted tuleks teha implantaadi paigaldamisel ja proteetika/suprakonstruktsiooni paigaldamisel. Edasiste röntgenülevõtete osas tuleks juhinduda kliinilisest läbivaatustulemusest implantaadi ümber, nagu me teeme ka oma hammaste puhul.
- Patsiente tuleks informeerida, et kui implantaadi ümber tekib periimplantiit, siis enamasti tähendab see implantaadi kaotust (isegi kui haiguse saab kontrolli alla, siis ikkagi või tekkida selle ägenemine).
- Periimplantiiti on keeruline ravida ja suunamine spetsialistile on soovitatav. Patsiente tuleks informeerida, et ravi võib olla mittekirurgilisest ravist kuni kirurgilise ravini, vajadusel kaasates täiendavaid ravimeetmeid.

#### Parodontoloogiline järelravi / toetav ravi

Parodonti haiguste ravi ja ennetuse õnnestumise võtmeks on madal põletikutase ja hea suuhügieen. Arsti roll on toetada patsiente nende tegevuses säilitada madal põletiku tase efektiivse katu kontrollimisega.

Võib arvata, et hambaarsti vastuvõtul suudavad paljud parodontiiti mitte põdevad (EPL 0–2) patsiendid püsida stabiilse parodontidiga ja tervetena, külastades nt suuhügienisti 1–2 korda aastas. Vaatamata sellele võib 50% siiski areneda mingi raskusastmega parodontiit, kui põhjustajaid ja riskifaktoreid ei ole kontrolli alla saadud. Mida madalam põletiku tase, seda madalam on risk parodontiidi tekkeks. Parodontiidi



diagnoosi saanud patsientidel on pärast esmasravi vajalik regulaarne hooldus, mis on oluline parodondi stabiilsuse säilitamiseks ning seda hooldusrežiimi nimetatakse toetavaks parodondi raviks e järelraviks (*Supportive periodontal therapy*).

Uuringud näitavad, et isegi hea koduse suuhügieeniga suudavad potentsiaalselt patogeensed bakterid taastada enda koosluse 5+ mm sügavustes igemetaskutes kolm kuud pärast põhjaliku subgingivaalset depuratsiooni. See on üheks põhjuseks, miks paropatsientide kutsutakse kolmekuuse intervalliga järelravi visiitidele.

Teiseks põhjuseks on vajadus pidevaks suuhügieeni toetamiseks ja patsiendi motiveerimiseks. Järelravi visiitide intervall on individuaalne ja põhineb patsiendi anamneesis, parodondi tervise hinnangul, stabiilsusel, riskidel ja samuti patsiendi vajadustel ja soovil. Toetava ravi tagasikutse intervalli võiks taaskord üle vaadata pärast iga visiiti ja see varieerub üldjuhul 2–4 kuuni.

Aja jooksul võib tagasikutsumise intervalli pikendada hea suuhügieeniga ja stabiilse parodontiidiga patsientidel. Selleks peavad arst ja suuhügienist mõlemad jälgima, kas patsient on loobunud suitsetamisest, milline on olnud hambakatu esinemine hammas- tel ning kas kindlates piirkondades on olnud pidev sondeerimise järgne veritsus ja sondeerimissügavus suurenenud 2 mm võrra.

Veenduge ravi alguses, et patsient mõistaks pikaajalisi parodontiidi tagajärgi nii ravi tulemuste kohta kui mittevõtmisega riskides. Patsient peab olema informeeritud, et aktiivse ravi lõppedes on vajalik parodondi stabiilsuse säilitamiseks regulaarsetel järelravi visiitidel käimine. Nimetatud järelravi võib läbi viia nii hambaarst, parodontoloog kui ka suuhügienist.

Tüüpiline järelravi visiit (*Supportive Periodontal Treatment*) koosneb suuõõne ülevaatest koos hügieeni hindamisega (katt ja igemepõletik, punetus ja veritsus). Neid andmeid saab kasutada abistamiseks patsienti leidmaks uuesti

## Pea meeles!

### Teatud piirkondi on keerulisem hallata kui teisi:

- ▶ furkatsioonid;
- ▶ luusiseste defektidega igemetaskud;
- ▶ igemetaskud, kus paiknevad juurepinna vaod, emaili projektsioonid või kohad, kuhu toit peetub.

motivatsiooni pidada head suuhügieeni probleemsetes piirkondades. Seejärel saab määrata sondeerimissügavused ja märkida taskutest esinevat veritsust. Nii supra- kui subgingivaalne hambakatt ja -kivi tuleb eemaldada, kasutades selleks ultraheli- ja käsiinstrumente, lisaks võib kasutada õhkabrasiooni. Igemetaskud, mis on sügavamad kui 4 mm, eriti kui esineb veritsus (BOP+), vajavad eraldi tähelepanu ja põhjalikumat depuratsiooni. Sondeerimisel veritsevaid üle 4 mm sügavusi taskuid tuleb puhastada tähelepanelikumalt. Sügavate jäänuk- taskute depuratsioonil võib olla vajalik lokaalanesteesia kasutamine. Põhjalikku parostaatust võiks nendele patsientidele teha kord aastas.

Uuringud on näidanud regulaarse järelravi kasulikkust mõju. Lähimõeldud järelravi koos hea suuhügieeniga on võimalik säilitada parodondi kinnitustaset ja ennetada hammaste kaotust.

**EFP 2020 juhise järgi on soovituslik järelravi intervall sõltuvalt patsiendi parodondi staatusest ja haiguse riskiprofilist 3 kuni 12 kuud (3).**

## Õiguslased kaalutlused

Tõhusaks parodondi raviks on vajalik põhjalik dokumentatsioon. Dokumentatsioon peaks olema abiks patsiendi ravi planeerimisel ja jälgimisel. Korraliku dokumenteerimise lisandväärtus tuleneb kooskõlast seaduste ja õiguslike aspektidega. Parodontiidi mittediagnoosimine või ravi mitteteos-

tamine on sage ja aina kasvav patsiendi- poolne kaebus, mis esitab hambaravile regulatoorse väljakutse.

Praegusel hetkel on patsientidel ootus, et hamba kaotamine on vältitav, ja hamba kaotamine võib olla emotsionaalselt üsna rüüst.

### Tahtmatu kriitika

Sageli tekivad kaebused, kui pikaajaline patsient satub teise hambaarsti vastuvõtule. Vahel lipsab teise hambaarsti suust tahtmatu kommentaar: “Sellega oleks pidanud tegelema juba aastaid tagasi.” Kuigi kommenteeriv hambaarst ei pruugi olla teadlik kõigist aspektidest, võib patsient seda võtta hinnangu ja kriitika eelnenud ravile. Kui puudub kogu varasem anamnees ja ülevaade teostatud ravist, siis tasub patsiendi suu hetkeolukorda hinnata ettevaatusega, vältimaks tulevikus probleeme.

### Mõned näited, kuidas ennast väljendada

- “On raske öelda, kui pikalt on Teil igemeprobleemid kestnud, sest areng on indiviiditi erinev. Millal igemehaigus tekib ja kui kiiresti progresseerub, sõltub mitmetest faktoritest, nagu üldtervis, suitsetamine ja geneetiline eelsoodumus. Me saame rääkida Teie hetkelisest suu- ja üldtervisest, mille teeme kindlaks põhjaliku anamneesi ja läbivaatuse abil. Seejärel saame rääkida, milline on parim viis just Teie igemehaigusega tegelemiseks.”
- “Kindlasti tahate Te olla kindel, et seni osutatud ravi on olnud kvaliteetne ja kohane. Tuleb silmas pidada, et eri inimestel avaldub haigus erineval aja ja samuti on erinev haiguse progressioon. Seda ka inimese elukaare vältel. Mina saan Teile öelda, milline on seis täna ja mida on vaja teha, et saavutada ravis parim tulemus.”

Patsiendile tuleb edastada olukorda ausalt ja avatult, kuid sama tähtis on vältida hinnangute andmist ja ebasobivaid kommentaare ravile ja lähenemisele, mida ei teostanud Sina ise.

Oma praktikas saad kasutada mitmeid mooduseid, et tulevikus vähendada kaebuste riski ebapiisava parodontiravi tõttu.

### Dokumenteeringimine

Vastavalt EV kehtivatele seadustele peab tervishoiuteenuse osutaja oma kliinilise töö dokumenteerima ja edastama E-tervise patsiendiportaali (7).

\* On avalik saladus, et enamik hambaarste E-tervise poolt ettenähtud parodontoloogilist staatust ei täida. Kui seda ei tee enamik, siis on põhjust eeldada, et midagi süsteemis vajaks muutmist. Tegime väikese küsitluse veebruaris 2021, mille käigus kahe nädala jooksul saatsime laiali veebipõhise küsimustiku.

Küsimustikule vastajaid oli kokku 69, nende hulgas üliõpilane, residendid, hambaarstid, suuhügienistid ja parodontoloogid. Vastajate vanus varieerus 23–69 aastat; enamik vastajatest olid vanuses 27–34 aastat ja 40–44 aastat.

Parodontoloogiliste haiguste olemasolu oma patsientidel otsib ja märkab 87% vastanutest. Diagnoosimise käigus parodonti kasutatakse alati 27,5%, juhul kui märgatakse haigustunnuseid 46,4% ja kui patsient kaebab sümptomeid 23,2%. Esmase parodonti uurimise süsteemi kasutab 23,2% vastajatest. Parodonti seisundiga seotud haigustunnuseid märgib ravikaarti alati 39,1%, ainult raskematel juhtudel 49,3%. Enamik vastajatest kirjutab ravikaarti tekstina olulised tähelepanekud 83,8%, ettenähtud parokaarti ravitarkvaras täidab 20,6%. 81,2% vastajatest kasutab tarkvara “Hammas”, 17,4% “Dentas”, “EHL” 5,8%, paber- kandjat 4,3%. Parodontoloogilise staatuse märkimise kohta oma tarkvaras arvab 42%, et see on liiga keeruline ja aeganõudev ja et võimalused võiksid olla paremad 42%. Ebamugavaks pidas programmi 23,2%, liiga detailseks 17,4% vastajatest. Lihtsaks ja mugavaks hindasid tarkvara ainult 13%.

Lihtsamaid ravijuhtumeid ravib ise 50,7%, enamiku ravijuhtudest ravib ise 39,1%.

Spetsialisti juurde saadab 56,5% vastajatest.

Kuigi meie valimi hulk oli väike ja hõlmas pigem parodontoloogiga tegelevaid spetsialiste, siiski saab selle küsitluse põhjal ning omades erialasest informatsiooni, teha teatud järeldusi.

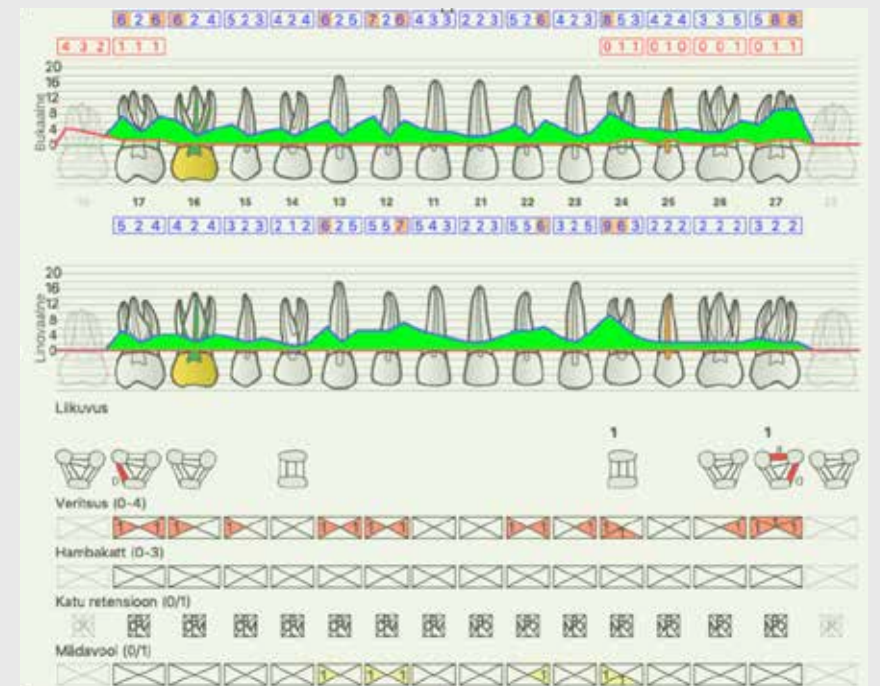
E-tervise asutamisest ja algse hambaravi- andmete standardi koostise loomisest on vähemalt 15 aastat möödunud. Selle aja jooksul on erialasiseselt toimunud suured arengud ja arusaamade muutused. Äärmiselt vastutustundetu on väita, et ükskord loodud infosüsteem on lõplik ja täiuslik. See vajab pidevat ümberhindamist ja on viimane aeg hakata tegelema kasutajamugavuse probleemidega. Peaks olema

Tervishoiuteenuse osutaja huvides on patsiendi terviseandmete põhjalik dokumenteerimine. Hambaarst vajab oma tööks hästi dokumenteeritud terviseandmeid, mis lihtsustaks tema igapäevatööd, tagaks õigluse vaidluste puhul.

Patsiendi huvides on terviseandmete kvaliteetne dokumenteerimine selleks, et tagada tehtava ravitöö asjakohasus, täpsus ja seega kvaliteet.

Koostatud juhendi eesmärk on tagada patsientidele minimaalne läbivaatus parodonti seisundi osas. Seisundist teavitamine ja haiguse diagnoosimine, juhised hügieeni parandamiseks ja vajadusel edasiseks raviks spetsialistile suunamine.

Kõik loetletud tegevused peavad olema vähemalt minimaalses vormis dokumenteeritud.\*



**Joonis 17. Digitaalse parostaatuse näidis programmi Hammas näitel.**

üsna selge, et kui kogutakse kõiki võimalikke andmeid lihtsalt andmete kogumise eesmärgil, siis kokkuvõtteks ei saada ühelegi küsimusele õiget ja täpset vastust.

Meie hinnangul võiks parokaardi koosseisu ümber vaadata ja luua lihtsustatud ja kasutajasõbraliku andmekoosseisu. Selline keeruline graafiline koosseis ei saa olla eesmärk omaette. Lisaks ei olegi patsiendiportaali vaates andmed graafiliselt esitatud. Pealegi ei ole sellise andmekoosseisu täpsus juba algselt kunagi 100%. Ning andmete sisestamine on mõttetult keerukas. Hulgaliste rippmenüüde, arvuliste väärtuste ja klikkimiste virrvarr. Samas kliinilised fotod, skaneerimine, röntgenid ja mudelid dubleerivad sisestatavaid andmeid.

Tänapäeval ootaks kasutatavalt tarkvaralt pigem lisandväärtust pakkuvaid funktsioone. Näiteks võib tuua perio-tools.com andmekoosseisu ja sisestamise mooduse ning võimaluse, et programm arvutab ise haiguse riski ja joonistab selle riski patsiendi motiveerimiseks graafiliselt.

Kuna hambaravitarvarad Eestis on monopoolsesse seisu mugandunud, siis ettepanekud parendamiseks või muutmiseks ei vii üksiku kriitiseerija puhul eesmärgile. Meie ettepanek on luua EHL juurde ravitarkvara arendusgrupp, kellele kasutajad saaksid esitada oma soovid ja probleemikirjeldused. Erialaspetsialistidega ja TEHIK-uga koostöös saaks leida parima lahenduse E-tervise andmekogu standardi uuendamiseks.

Seega, ei ole mõistlik teha uusi, keerulisi ettekirjutusi parodontoloogilise dokumentatsiooni osas, kui pole võimalik täita mõistlikult olemasolevaid nõudmisi. TAI andmetel tehti 2019. aastal Eestis 1,6 milj hambaravi visiiti. Nendest parodontoloogilisi visiite oli ainult 94 000 ja defineerimata sisuga suuhügienisti visiite 29 000. Need arvud ei ole kuidagi korrelatsioonis arenenud riikide andmetega parodonti haiguste leviku osas. Tervise Arengu Instituudi koostatud statistikaaruanne kogub parodontoloogiliste visiitide andmeid määratud diagnostilise alusel. Kui diagnoosi tervise andmetesse ei märgita, ei ole ka statistika jaoks visiiti olnud.



### Töötamine suuhügienistiga

Parodondi ravi võib teostada oma pädevuse ulatuses suuhügienist, hambaarst või parodontoloog. Hambaravi meeskonnale ja patsiendile on oluline, et oleks teada, kes on ravi eest vastutav, kas siis otsevastuvõtu või suunamise teel. Teenuse osutajale, kes on ravi eest vastutav, on oluline parodondi ravi tulemuse ja arengute jälgimine ning jäädvustamine korralistel kontrollivisiitidel, isegi kui tegelikult teostab ravi suuhügienist.

### Suunamine

Juhendi, milliste probleemidega patsiendid vajavad suunamist, leiad lk 51.

Hoolas diagnoosi püstitamine ja olukorra hindamine (või ravitulemuse hindamine) on võti selgitamiseks välja, kas patsient vajab suunamist.

### Kui suunamise vajadus on kindlaks tehtud:

- Informeeri patsienti, miks on vajalik suunamine teise spetsialisti juurde ja kuhu pöörduda.
- Suunava arstina saada ravi jätkavale arstile informatsioon patsiendi kliiniliste andmetega, seni teostatud ravi ülevaade ja röntgenülevõtted.
- Dokumenteeri, kas patsient vestluse käigus avaldab soovi raviga jätkata või mitte. Jäädvusta patsiendi kaarti vestlus suunatava arstiga, säilita ka suunamisega seotud e-kirja vestlused.

### Implantaatide järelkontroll

Implantaatide asetamine on pidevas kasvutrendis. Peab kindlustama, et implantaatide järelhooldus oleks jälgitud ja korrektselt teostatud. Kui teenuse osutaja ei tunne ennast implantaatide järelkontrollis kindlalt, siis on mõistlik suunata patsient selles vallas kogenuma kolleegi juurde või küsida nõu mõnelt implantoloogilt või parodontoloogilt.

Periimplantiidi esinemine on samuti kasvamas. Isegi kui hambaraviteenuse osutaja ei tegele implantaatide paigaldamisega, siis tuleb ikkagi tegeleda haiguse märkamise ja sümptomite jäädvustami-

### Ootused ja vastutus

- ▶ Dokumenteeri patsiendi probleemiga seotud informatsioon, parodondi seisund, ravivõimalused, riskifaktorid ja kohustused.
- ▶ Võta kaardis kokku vestlused patsiendi ja kolleegidega.
- ▶ Märka koheselt suunamise vajadust: paku (või korralda) õigeaegselt.
- ▶ Anna patsiendile ülevaade parodondi ravist saadavast kasust, aga ka piirangutest ja kõrvalnähtudest.

sega ravikaarti ning patsienti tuleb hoolikult korraldada informeerida.

Periimplantiidi ravi on kiiresti arenev ja muutuv valdkond, millega tuleb enast elukestva täiendõppe käigus kursis hoida. **Õelda, et teenuse osutaja ei teadnud, millega on tegu, ei ole vabandus.**

- Kõige olulisem periimplantiumi ter- vise puhul on ennetus. Mukosiidi ja periimplantiidi tekitajateks on bakterid. Seega peab patsient suutma puhastada implantaadi ümbrust (interdentaalsete või spetsiaalsete harjakete või superflossiga). Juhul kui implantaadi pealisehitus või ümbristevate kudede olukord ei võimalda perfektse hügieeni pidamist, siis tekib kõrge põletiku risk.
- Lisaks hügieenile tuleb kontrolli alla saada ka haiguse riskifaktorid (suitsetamine, diabeet ja stress).
- Esmatähtis on regulaarselt monitoorida periimplantiumi tervist nii kliiniliselt (sondeerimise sügavus, veritus sondeerimisel ja supuratsioon) kui ka röntgenoloogiliselt, soovitatavalt kord aastas.
- Saadaval peaksid olema röntgenid pärast implantaadi asetust ja pärast pealisehituse kinnitamist. Vajadus uueks röntgenoloogiliseks kontrolliks peaks tulema kliinilisest periimplantiumi seisundist, analoogselt oma hammaskonnaga.

- Patsienti peaks teavitama, et periimplantiidi korral on suur tõenäosus implantaat kaotada (isegi kui periimplantiit stabiliseeritakse, on ägenemise tõenäosus suur).

Periimplantiiti on raske ravida ja seetõttu on väga vajalik saata patsient spetsialisti (isik, kes on saanud vastava väljaõppe ning on nõus võtma vastutuse eelneva töö kvaliteedi eest) juurde ravile.

### Ootused ja vastutus

Kuigi kergemate ja keskmise raskusastmega parodontiidiga patsientide ravi on pikaajaliselt väga edukas, pole harv lokaalne haiguse taasteke. Kaugele arenenud haiguse korral on vaatamata kõigile pingutustele märkimisväärne hammaste kaotus tavaline. Täpse prognoosi andmine esmasel ülevaatusel ei ole võimalik ega usaldusväärne. Parodondi ravi piirangutest ja määramatusest tuleb anda patsiendile ülevaade ning see ka dokumenteerida. See aitab täita realistlikke ootusi. Patsienti tuleb teavitada parodondi raviga kaasas käivatest kõrvalnähtudest, nagu igemete retsessioonid, esteetilised probleemid (nn mustad kolmnurgad), ülitundlikkus ja toidu peetumine.

Mõned patsiendid ei ole visiitidel käimise ega koduse suuhügieeni osas hoolsad. Sellisel puhul on oluline jäädvustada ravikaarti ravijuhistele mittealumine. Paljudel juhtudel on võimalik nii demonstreerida, et haiguse taasteke või progressioon tekib patsiendipoolsete faktorite ja mitte arsti tõttu.

### Saatekiri

Õige diagnoosi määramiseks ja selgete ravieesmärkidega raviplaani koostamiseks, peab hambaarst uurima patsiente ka parodontoloogiliste haiguste aspektist.

Vahel võib hambaarstile tunduda, et tal pole piisavalt kogemusi keeruliste ja ulatuslike haigusjuhtudega patsientide raviks nii, et ravitulemus oleks ootuspärane ja teda rahuldav. Meditsiinilistel põhjustel peaks sellised patsiendid edasi suunama.

# Millal suunata patsient edasi?

**Järgnevalt on esitatud juhised patsientide edasisuunamiseks, kus juhtumi raskusastme määramine tugineb esmasel parodondi läbivaatusel (EPL), mida saab kasutada abivahendina patsiendi suunamisel.**

### Parodontoloogiliste probleemidega patsiendi edasi saatmine sõltub mitmetest faktoritest:

- Haiguse raskusastmest ja vajamineva ravi keerukusest.
- Patsiendi huvist pöörduda eriarsti juurde või saada eriarsti poolt teostatavat ravi.
- Hambaarsti teadmistest, kogemustest ja pädevusest ravida erinevate parodontoloogiliste probleemidega patsiente.
- Muude raskendavate faktorite olemasolust, nagu patsiendi meditsiiniline taust või muud kaasuvad haigused.

### I kategooria raskusaste

**Kerge parodondi haigusega patsientide diagnostika ja ravi:**

- Parodondi seisundi hindamine, parodondi haiguse diagnoosimine ja esialgse raviplaani koostamine, koos suuõõne tervise üldise hindamisega.
- Parodondi seisukorra indekse (veritsus ja hambakatt) mõõtmine ja täpne registreerimine.
- Seisundi olemuse, kliiniliste leidude, riskide ja ravitulemuse selgitamine patsiendile.
- Raviplaani koostamine ja ravi osutamine.
- Hinnatakse patsiendi arusaamist olukorrast, koostöövalmidust ja suutlikkust nõustamis- ja raviplaanist kinni pidada.
- Parodondi ravi tulemuste hindamine ja toetava parodontiidi ravi pakkumine.
- Pidev motivatsioon ja riskifaktorite alandamine, sealhulgas katu/biokile kontroll.
- Antibiootikumide kasutamise vältimine, välja arvatud erijuhtudel (nekrotiseeruvad parodondi haigused või süsteemsete nähtudega äge abstsess), milles spetsialist soovib seda osana terviklikus raviplaanis.
- Ennetav ja hooldav ravi implantaatidega patsientidele.
- Parodontiidi järelravi.
- Mis tahes muu ravi, mida pole käsitletud 2. või 3. raskusastme all.

### II kategooria raskusaste

**Sellesse kategooriasse kuuluvad alljärgnevad patsiendid:**

- Pärast parodontiidi esmasravi säilib krooniline mõdukas (horisontaalne luukadu 30–50%) parodontiit ja vähemalt üks jäänuktasku sügavusega 6 mm ja sügavam.
- Esinevad parodondi haigused, mis ei ole katust tingitud, nt viiruse põhjustatud haigused, autoimmuunhaigused, ebanormaalne pigmentatsioon, vesikulo-bulloosne haigus, seedetrakti ja muude süsteemsete haiguste parodontoloogilised ilmingud ja sündroomid. Sellistel juhtudel tuleks ravi teostada koostöös teiste erialaspetsialistidega.
- Kiirelt progresseeruva parodontiidiga patsiendid saadetakse saatekirja alusel spetsialisti juurde, kes määrab lõpliku ravi.
- Patsiendid, kellel esineb furkatsiooni defektide ja keerulise juuremorfoloogiaga hambaid, mida on raviplaanis soov hoida suus.
- Patsiendid, kellel peaks mittekirurgiliselt ravima igemete liigkasvu, nende ravi määratakse koostöös teiste erialade arstidega.
- Patsiendid, kellel on tarvis kirurgilist tasku vähendamist või regeneratsiooni, juhul kui hambaarst neid teenuseid ei osuta.

### III kategooria raskusaste

**Sellesse kategooriasse kuuluvad alljärgnevad patsiendid:**

- Raske (> 50% horisontaalse luukaotusega) parodontiit või kiirelt progresseeruv parodontiit ja tegelik igemetaskute sügavus 6 mm või enam.
- Vajavad parodontaalkirurgiat.
- Furkatsioonidefektide ja muude keeruliste juurte morfoloogiaga juhtumid.
- Biokilest mittetekitavad parodondi haigused, mis on vajalik edasi saata teiste üldmeditsiini eriala eriarsti juurde.
- Patsiendid, kes vajavad erialasiselt multidistsiplinaarset eriarstiabi.
- Kui 2. raskusastmega patsiendid ei allu ravile.
- Biokilest mitte põhjustatud parodondi haigused, sealhulgas süsteemsete haiguste manifestatsioon parodondi kudedes, et diferentsiaaldiagnoosida, luua ühisravi "liinid" koos teiste meditsiinierialade kolleegidega.

Pärast esmaste ennetavate nõuanete jagamist riskitegurite osas ning hügieenijuhiste andmist peaks kiirelt progresseeruva parodontiidiga patsientidele pakkuma suunamise võimalust spetsialisti juurde. Kõik parodontiidiga patsiendid peaksid saama esmast parodonti haiguste ennetust (sealhulgas ravi) hambaarsti vastuvõtul ning kui see osutub ebaefektiivseks, peaks määrama edasisuunamise. Kui patsiendil esinevad modifitseerivad faktorid, siis peaks mõtlema liikumisele järgmisele tasandile, k.a need, kelle käitumisharjumuste muutmine on raskendatud. Tõendid viimase kohta peaksid samuti olema saatkirjas märgitud.

Üldine juhised on, et 1. raskusastmega patsiente peaks tavaliselt ravima hambaarst, 2. raskusastmega patsiente võiks ravida hambaarst, kui tal on adekvaatsed oskused ravi osutamiseks ning nende puudumisel peaks ta patsiendi spetsialisti juurde suunama, nagu peaks ka tegema pea kõigi 3. raskusastmega patsientide puhul.

Olukordades, kus patsient on edasi saadetud, peaks sellest hoolimata alus-

tama esmase mittekirurgilise raviga hambaarst, see on ka üks hambaarsti kohustusi. Samuti peab ta kõrvaldama üksikõik mis muu hammaste patoloogilise seisundi, nagu kaaries ja endodontilised kolded. Peale selle peaks tavahambaarst tegelema ka modifitseerivate riskiteguritega, ennekõike suitsetamisest loobumisele veenmisega ning vajadusel suunama patsiendi ka vastava valdkonna spetsialisti juurde.

Kui patsient keeldub suunamisest

Kuula ära tema põhjendus, miks ta keeldub. Kui esineb väärarusaadusi, mis on viinud sellise otsuseni, peaks seda temaga arutama. Veendu, et patsient on teadlik edasi saatmisest keeldumisest tingitud tagajärgedest ning dokumenteeri kõik üksikasjad patsiendi ravikaarti.

Jätka patsiendi parodontoloogilise seisundi jälgimist. Tagasikutsete ajal paku patsiendile parimat võimalikku nõu ja ravi ning uuri, ega patsient ei sooviks uuesti kaaluda võimalust pöörduda spetsialisti juurde ravile.

Tabel 6. Modifitseerivad tegurid.

Modifitseerivate tegurite olemasolu suurendab kompleksust 1 ühiku võrra ja ei ole kumulatiivne.	
Modifitseerivad tegurid, mis puudutavad parodonti ravi	Anamnees, mis mõjutab oluliselt kliinilist ravi
<ul style="list-style-type: none"><li>Kooskõlastatud multidistsiplinaarne ravi ja hambaravi.</li><li>Anamnees, mis mõjutab oluliselt kliinilist ravi (vt paremal).</li><li>Erivajadused hambaravi saamiseks või osutamiseks.</li><li>Kaasnev limaskestade haigus (nt erosivne lichen planus).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Patsiendid, kellel on anamneesis pea/kaela radioteraapia või ravi intravenoossete bisfosfonaatidega.</li><li>Patsiendid, kes on märkimisväärselt immuunpuudulikud või immunosupresseeritud.</li><li>Märkimisväärsed verejooksu düskraasia / häirega patsiendid.</li><li>Võimaliku ravimite koostoimega patsiendid.</li></ul>

Kokkuvõte

Ravijuhendi näidis on koostatud arvestades teaduspõhise parodontoloogia viimaseid andmeid ja erialaspetsialistide arvamusi.

Käesolevat juhendit peaks kasutama patsiendi parodonti seisundi süstemaatiliseks uurimiseks ja esmaste raviotsuste tegemiseks, patsiendi informeerimiseks ning raviplaani aruteludeks.

Kuna tegu on juhendiga, ei ole selline dokument ülimuslik kliinistide õiguste ja kohustuste osas igale üksikule patsiendile sobiva raviotsuse tegemisel.

Samuti tõi selle juhise koostamine välja valupunktid, mida peaks kindlasti veel laiemal hulgal kolleegidega enne lõpliku dokumendi koostamist läbi arutama.

Kasutatud kirjandus:

- https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/good\_practitioners\_guide\_2016.pdf
- https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/BSP\_BPE\_Guidelines\_2019.pdf
- https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Perio\_Insight/Perioinsight13.pdf
- https://www.fdiworlddental.org/resource/white-paper-prevention-and-management-periodontal-diseases-oral-health-and-general-health
- https://www.ravimiregister.ee/
- https://statistika.tai.ee/pxweb/et/AndmebaasAndmebaas\_03Tervishoiuteenused\_01Vastuvotud/AV50.px/
- https://www.rigiteataja.ee/akt/131072015003?leiaKehtiv
- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
- https://www.perio-tools.com/
- Tonetti, M. S., Van Dyke, T. E. and working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus reports of the Joint EFP/AAP workshop on Periodontitis and systemic diseases, J Clin Periodontol 2013; 40 (suppl 14), S24–S29.
- https://www.efp.org/publications-education/new-classification/



BIOGAIA  
PRODENTIS  
PROJEKT 2=3

BIOGAIA PRODENTIS IMEMISTABLETID -  
AINULAADNE PROBIOOTILINE TERAAPIA

"Parodontiidi patogeneesi seostatakse eelkõige mikrobiaalse tasakaalu nihkumisega suuõõnes. [...] Üks perspektiivsematest meetoditest on klassikalise mittekirurgilise ravi täiendamine probiootikumikuuriga".

- Dr Ene-Renate Pähkla, dr Aleksander Igotti.  
Antibiootikumresistentsus ja alternatiivsed antimikroobse ravi võimalused parodontoloogias.  
Hambaarst nr 4, august 2020.

Patsient tasub hambaravikabinetis kahe paki BioGaia ProDentis imemistablettide eest ja saab lisaks ühe paki TASUTA



- Suuõõne mikrofloora tasakaalustamine (k.a diabeetikud, rasedad, rasedad, breketikandjad, suitsetajad)
- Professionaalse puhastuse tulemuste säilitamine
- Taastub igemete värvus ja tõuseb motivatsioon raviga jätkata
- Paraneb hingeõhk ja väheneb suukuivus



- Hambakatu vähenemine
- Väheneb igemete valulikkus ja igemeveritsus
- Väheneb hammaste liikuvus seoses põletikunäitaja paranemisega
- Takistab S.Mutans kasvu

Võtke ühendust meie müügiesindajaga, et saada personaalne eripakkumine!

Info ja tellimine  
Võtmekliendihaldur: Heili Ots  
Telefon: +372 5592 9686  
E-post: heili.ots@bbp.ee



suuhügieen.ee  
Parim suuhooldus