

Kui rääkida klassifikatsioonidest, siis võib tekkida küsimus, et milleks neid üldse vaja on ja kas sellisel bürokraatial või liigsel akadeemilisusel on mingit pistmist igapäevaeluga.

# Parodondi haiguste ja seisundite klassifikatsioon 2018

**H**aiguste süstematiseerimine on vajalik. Muudes valdkondades, kui soovitakse mingit protsessi või probleemi põhjalikult ja süsteemselt lahendada, nimetatakse sellist lähenemist "probleemi kaardistamiseks".

Kuna elus on nii, et enamasti sõltub vastus sellest, mida või kuidas küsitakse, siis peab küsimus olema eesmärgipõhiselt püstitatud. Seepärast esineb ka samale tervisehädale erinevaid klassifikatsioone.

Käesolev parodontoloogiliste haiguste klassifikatsioon viitab omakorda Maailma Statistikaameti klassifikaatorile ICD-10 (*International Codes of Diseases*). ICD-10 klassifikaator on meditsiiniline nimekiri haigustest ja terviseprobleemidest. See on mõeldud kasutamiseks arstidele, tervisekindlustuse firmadele ja terviseametitele jälgimaks rahvusvaheliselt haiguste epidemioloogiat, surmapõhjuste statistika koostamiseks ja tervisega seotud kindlustusjuhtumite lahendamiseks.

Eesti E-tervise ja suhtlemisel Eesti Haigekassaga on kasutusel klassifikaator RHK-10. Eesti arstid ja hambaarstid kasutavad hetkel igapäevapraktikas diagnoosi määramisel RHK-10 klassifikaatorit, mis ei ole algselt mõeldud arstidele teaduspõhiseks haiguste diagnoosimiseks ega ravi läbiviimiseks.

Parima kliinilise töö planeerimise otstarbel on spetsialistidel koostöös eri-

alaseltsidega välja töötatud spetsiifilised, etioloogiapõhised klassifikatsioonid.

Kuna kliinilises töös huvitab spetsialiste eelkõige edukas haiguste ennetamine, ravi ja prognoos, siis selleks töötas AAP (Ameerika Parodontoloogia Akadeemia) koostöös EFP-ga (Euroopa Parodontoloogia Föderatsioon) World Workshop 2018 käigus välja uuendatud parodondi ja implantaati ümbritsevate kudede haiguste ja seisundite klassifikatsiooni. Siinse artikli eesmärk on tutvustada uut klassifikatsiooni ning selle kasutamise kliinilisi juhendeid.



**Kertu Ollema**  
hambaarst,  
parodontoloogia resident,  
Kreutzwaldi Hambakliinik,  
Merimetsa Hambakliinik



**Dr Ene-Renate Pähkla**  
PhD  
Tigutorn,  
Tartu

## Parodondi tervis, igemete haigused ja seisundid

### 1. Parodondi tervis ja igemete tervis

- Kliiniliselt terve või intaktne parodont (foto 1)
- Kliiniliselt terve ige vähenenud parodondi kudede korral
  - Stabiilse parodontiidiga patsient (foto 2)
  - Mitte-parodontiidi haige (foto 3)

### 2. Biokile tekitatud gingiviit

- Biokile tekitatud gingiviit (foto 4)



Kliiniliselt terve parodont noorel inimesel.



Kliiniliselt terve ige vähenenud parodondi kudede korral, stabiilse parodontiidiga 84 a patsient, 13 a pärast esmasravi.



Kliiniliselt terve parodont eakal inimesel.



Biokile tekitatud gingiviit 35 a meespatsiendil. Patsient on suuhingaja, diagnoositud uneapnoe.



Nekrotiseeruv gingiviit 27a naispatsiendil.

- Süsteemsete või lokaalsete faktorite poolt tekkinud gingiviit
- Ravimitest põhjustatud igeme liigkasv

### 3. Igemehaigused – biokilest mittetekitatud

- Geneetilised/arenguhäired
- Spetsiifilised infektsioonid
- Põletikulised ja immuunseisundid
- Reaktiivsed protsessid
- Kasvajad
- Endokriinsed, toitumuslikud ja ainevahetuse haigused
- Traumaatilised lesioonid
- Igeme pigmentatsioon

## Parodontiidi vormid

### 1. Nekrotiseeruvad parodonti haigused

- Nekrotiseeruv gingiviit (foto 5)
- Nekrotiseeruv parodontiit
- Nekrotiseeruv stomatiit

### 2. Parodontiit kui süsteemsete haiguste, kaasasündinud ja omandatud seisundite manifestatsioon (siin loetus on kasutatud ICD-10 klassifikaatorit).

### 1. Süsteemsed haigused, mis mõjutavad läbi põletiku parodondi kudede hävimist

#### 1.1. Geneetilised haigused

##### 1.1.1. Haigused, mis on seotud immunoloogiliste häiretega

- Downi sündroom – Q90.9
- Leukotsüütide adhesiooni defitsiidi sündroom – D.72.0
- Papillon-Lefevre'i sündroom – Q82.8
- Haim-Munki sündroom – Q82.8
- Chediak-Higashi sündroom – E.70.3
- Raske neutropeenia**
  - Kaasasündinud neutropeenia – D70.7
  - Tsükline neutropeenia – D70.4
- Primaarne immuunpuudulikkus**
  - Krooniline granulomatoos – D71.0
  - Hüperimmunoglobulineemia E sündroom – D.82.9
  - Coheni sündroom – Q.87.8

##### 1.1.2. Haigused, mis haaravad suu limaskestast ja igeme kudesid

- Bulloosne epidermolüüs:
  - Düstroofiline bulloosne epidermolüüs – Q81.2
  - Kindleri sündroom – Q81.8
- Plasminogeeni puudulikkus – D68.2

##### 1.1.3 Haigused, mis haaravad sidekude

- Ehlers-Danlosi sündroom (tüübid IV, VIII) – Q.79.6
- Angioödeem – D.84.1
- Süsteemne erütematoosne luupus – M32.9

##### 1.1.4 Metaboolsed ja endokriinsed haigused

- Glükogeeni ladustamise haigus – E.74.0
- Gaucheri haigus – E75.2
- Hüpopofosfataasia – E83.30
- Hüpopofosfateemiline rahhiit – E83.31
- Hajdu-Cheney sündroom – Q78.8
- Diabeet – E10 (tüüp 1); E11 (tüüp 2)
- Ülekaalulisus – E66.9
- Osteoporoos – M.81.9

##### 1.2 Omandatud immuunpuudulikkus

- Omandatud neutropeenia – D70.9
- HIV infektsioon – B24
- 1.3 Põletikulised haigused
- Omandatud villiline epidermolüüs – L12.3
- Soolepõletik – K50, K51.9, K52.9
- Artriit (reumatoidartriit, osteoartriit) – M05, M06, M15-M19

Tabel 1. Parodontiidi staadiumite kriteeriumid.

Parodontiidi staadium		Staadium I	Staadium II	Staadium III	Staadium IV
Raskusaste	Interdentaalne CAL suurim mõõdetud tulemus	1–2 mm	3–4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenoloogiline luukadu	Koronaalne kolmandik <15%	Koronaalne kolmandik >15%	Juure keskmise kolmandikuni ja sellest edasi	
	Hammaste kaotus	Ei ole kaotanud hambaid parodontiidi tõttu	≤ 4 hammast	≥ 5 hammast	
Keerukus		Max PPD ≤ 4 mm Peamiselt horisontaalne luukadu	Max PPD ≤ 5 mm Peamiselt horisontaalne luukadu	Lisaks staadium 2le: Max PPD ≥ 6 mm; vertikaalne luukadu ≥ 3 mm; furkatsioonide haaratus klass II või III; mõõdukas alveolaarluu defekt.	Lisaks staadium 3-le: Vajab kompleksset rehabilitatsiooni; mäluimisfunktsiooni häirimine; teisene oklusaalne trauma-liikuvus ≥ klass II; tõsine alveolaarluu hambumuse kollaps; vähem kui 20 hammast (10 hambuvat paari)
Ulatus ja jaotuvus	Iga staadiumi kohta kommenteerige: lokaalne < 30%, generaliseerunud, molaaride-intsisiividega piirduv				

2. Teised süsteemsed haigused, mis mõjutavad parodonti haiguste patogeneesi

- Emotsionaalne stress ja depressioon – F32.9
- Suitsetamine (nikotiinisõltuvus) – F17
- Ravimid

3. Süsteemsed haigused, mis põhjustavad kudede hävimist, v.a parodontiit

3.1. Kasvajad

- Primaarsed parodonti kudede kasvaja:
- Suu lamerakuline kartsinoom – C03.0-1
  - Odontogeenne tuumor – D48.0
  - Teised primaarsed parodonti kudede kasvaja – C41.0
  - Sekundaarsed metastaatilised parodonti kudede kasvaja – C06.8

3.2. Teised haigused, mis võivad haarata parodonti kudesisid

- Granulomatoos koos polüangiidiga – M31.3
- Langerhansi rakkude histotsütoos – C96.6
- Hiidrakkude granuloom – K10.1
- Hüperparatüreoidism – E21.0
- Süsteemne sklerosis (sklerodermia) – M34.9
- Osteolüüs (Gorham-Stouti sündroom) – M89.5

Parodontiit

Parodontiit on krooniline multifaktoriaalne põletikuline haigus, mis on seotud düsbiootilise katu biokilega ja mida iseloomustab hamba kinnituskudede järk-järguline hävimine. Selle haiguse peamiseks tunnuseks on parodontaalsete kinnituskudede hävimine, mida saab kliiniliselt diagnoosida kinnituse kao (CAL) ja radiograafiliselt hinnatava alveolaarluu kao, igemetasku tekke ja suurenenud igemete veritsuse tuvastamisega.

Vastavalt varasemale rahvusvaheliselt tunnustatud klassifikatsioonile (Armitage 1999) jagati parodontiit järgnevalt: krooniline parodontiit (destruktiivsete parodonti haiguste vormid, mida iseloomustab üldiselt aeglane kuni mõõdukas progresseerumine) ja agressiivne parodontiit (mitmekesine rühm väga hävitavaid haigusvorme, enamasti noortel inimestel, sh varasemalt klassifitseeritud varapuhkev parodontiit ja kiiresti progresseeruv parodontiit).

World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions 2017 töörühm leppis kokku, et praegused teaduslikud tõendid ei toeta kroonilise ja agressiivse parodontiidi eristamist kahe erineva haigusena. Siiski

esineb kliiniliselt olulisi erinevusi parodontiidi ulatuse ja raskuse osas erinevas vanuses. See viitab sellele, et on olemas populatsiooni alamhulgad e riskirühmad, kellel kulgeb haigus erinevalt ja kes on oluliselt vastuvõtlikumad.

Eelpool toodu põhjal võeti vastu uus parodontiidi klassifikatsioon, milles haiguse vormid, mida varem liigitati “kroonilisteks” või “agressiivseteks”, on nüüd grupeeritud “parodontiidi” ühte kategooriasse. Lisaks iseloomustatakse neid edasi mitmemõõtmelise astmete ja staadiumite liigitussüsteemiga.

Uues klassifitseerimissüsteemis tuleb patsiendil esmalt tuvastada parodontiit interdentaalse kliinilise kinnituse kao esinemisega. Edasi tuleks parodontiidi haigusjuhtumit iseloomustada, kasutades lihtsat maatriksit, mis kirjeldab haiguse staadiumit ja astet.

“Staadium” sõltub suuresti haiguse raskusest läbivaatuse hetkel ja haiguse ravi keerukusest ning see sisaldab kirjeldust haiguse ulatuse ja leviku kohta.

“Aste” annab täiendavat teavet haiguse bioloogiliste tunnuste kohta, sealhulgas järgmist: anamneesil põhinev haiguse tekke analüüs; edasise süvenemise riski hindamine; ravi võimalike negatiivsete tulemuste analüüs; ja selle



30 a naispatsient, staadium I, aste A; algav parodontiit.



Staadium II, aste A, 44 a meespatsient; stabiilse parodontiidiga patsient, kes on olnud pikaajalisel järelravil.



Staadium III, aste B, 50 a meespatsient.



34 a naine. Tuli vastuvõtule 17 valutava hamba tõttu. Generaliseerunud parodontiit staadium III, aste C. Fotodel on näha ladestusi, igemete hüperemia, spontaanne mädavool igemetaskutest. Halitoos. Hammaste liikuvus klass I–III. Patsient vajab interdistsiplinaarset ravi.

riski hindamine, et haigus või selle ravi võivad patsiendi üldist tervist negatiivselt mõjutada. (Tabel 1)

Staadiumid: põhinevad haiguse raskusastmel ja ravi kompleksusel. Staadium ei ole hambapõhine, vaid hinnatakse kogu suud tervikuna.

Staadium I. Algav parodontiit

Algusjärgus parodontiit, millel on kliinilise kinnituse kadu (CAL ≤ 1–2 mm) ja horisontaalne luukadu, kuid mis piirdub juure kõige koronaalsema osaga. Selles staadiumis ei esine patsiendil sügavaid igemetaskuid (PPD ≤ 4 mm) ja nad ei ole kaotanud hambaid parodontiidi tõttu. Patsient ei vaja kirurgilist ravi, ei eeldata ravi järel täiendavat hammaste kaotust, mis näitab head prognoosi järelraviks. (Foto 6)

Staadium II. Keskmise raskusega parodontiit

Parodonti destruktsioon mõjutab juure koronaalset kolmandikku ja seda iseloomustab mõõdukate igemetaskute olemasolu PPD ≤ 5 mm, CAL ≤ 3–4 mm, horisontaalne luukadu, patsient vajab mittekirurgilist ja vajadusel ka kirurgilist ravi. Patsient ei ole veel parodontiidi tõttu hambaid kaotanud. Ravi järel ei eeldata täiendavat hammaste kaotust, mis näitab head prognoosi järelraviks. (Fotod 7–8)

Neid kahte esimest staadiumi saab hallata, peamiselt mittekirurgiliste ravimeetoditega. Mõlema staadiumi pikaajaline prognoos on väga hea tingimusel, et patsient järgib head suuhügieeni ja professionaalseid ennetusmeetmeid.

Staadium III. Raske parodontiit, tõenäosusega kaotada hambaid

Kaugelearenenud parodontiit koos parodontaalsete kudede hävimisega üle poole hamba pikkusest. Igemetaskute sondeerimissügavus PPD ≥ 6 mm, CAL ≥ 5 mm. Tavaliselt on juba esinenud mõne hamba kaotust ja võib eeldada mõne hamba täiendavat kaotust (0–4 hammast) ning võib esineda furkatsioonide haaratust klass II või III. Luusiseste vertikaalsete defektide esinemine on tavaline. Selle staadiumi ravi on keerukas ja kirurgiline sekkumine on tavaliselt vajalik. Üldine prognoos on järelraviks pigem hea. (Fotod 9–13)

Tabel 2. Parodontiidi astmed.

Parodontiidi aste		Aste A – aeglane progresseerumine	Aste B – keskmine progresseerumine	Aste C – kiire progresseerumine
Esmane kriteerium	Otsene tõendusmaterjal progresseerumisest	Pikaajaline anamnees CAL või radioloogiline luukadu	Luukadu ei ole esinenud viimase 5 aasta jooksul	< 2 mm viimase 5 aasta jooksul
	Kaudne tõendusmaterjal progresseerumisest	% luukadu/vanus	< 0,25	0,25 kuni 1,0
		Juhtumi fenotüüp	Rohkelt biokile ladestust vähese destruktsiooniga	Destruktsioon vastab biokile hulga
Astme modifitseerijad	Riskifaktorid	Suitsetamine	Mittesuitsetaja	Suitsetaja < 10 sigaretti päevas
		Diabeet	Mittediabeetik	Diabeetik HbA1C < 7,0%

Tabel 3. Süstematiseeritud kliinilised sammud parodontiidi diagnoosimiseks vastavalt Ameerika Parodontoloogia Akadeemia 2018 juhisele.

3 sammu staadiumi ja astmete määramiseks AAP 2018	
1. samm: esmane läbivaatus ja haiguse ulatuse hindamine	<p><b>Hinda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Igemetaskute sondeerimissügavused (PPD) kogu hammaskonna ulatuses.</li> <li>Kogu hammaskonna röntgenülesvõtted.</li> <li>Puuduvad hambad.</li> <li>Kerge kuni keskmise raskusega parodontiit on kas staadium I või staadium II. Kaugelearenenud on enamasti kas staadium III või IV.</li> </ul>
2. Samm: määra staadium	<p><b>Kerge kuni keskmise raskusega parodontiit (enamasti staadium I või II):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selgita välja kliinilise kinnituse kadu (CAL).</li> <li>Välista parodontiidi poolt mittepõhjustatud kliinilise kinnituse kadu (CAL) (nt kaelatäidised või kaaries, juurefraktuudid, traumaatiline kliinilise kinnituse kadu (CAL)).</li> <li>Määra maksimaalne CAL või röntgenoloogiline luukadu (RBL).</li> <li>Määra röntgenoloogilise luukao muster.</li> </ul> <p><b>Keskmise raskusega kuni kaugelearenenud parodontiidi puhul (enamasti staadium III või IV):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Määra maksimaalne CAL or RBL.</li> <li>Kinnita RBL mustrid.</li> <li>Hinda hammaste kaotust parodontiidi tõttu.</li> <li>Hinda haiguse raskendavaid asjaolusid (nt ulatusliku CAL sagedus, kirurgilised väljakutsed jne).</li> </ul>
3. Samm: määra aste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kalkuleeri RBL (% juurepikkusest × 100) jagatud patsiendi vanusega.</li> <li>Hinda riskifaktoreid (nt suitsetamine, diabeet).</li> <li>Mõõda ravivastust depuratsioonile ja suuhügieeni parenemisele.</li> <li>Hinda oodatavat luukao hulka (<i>expected rate of bone loss</i>).</li> <li>Vii läbi üksikasjalik riskihindamine.</li> <li>Arvesta meditsiinilisi ja süsteemseid põletikulisi faktoreid.</li> </ul>

PPD – sondeerimissügavus (*probing pocket depth*).  
 RBL – radioloogiline luukadu (*radiographic bone loss*).  
 CAL – kliinilise kinnituse kadu (*clinical attachment loss*).

**Staadium IV. Raske parodontiit, tõenäosusega kaotada hammaskond**

Suureneb eelmise staadiumi tõsidus ja keerukus seoses suurenenud hammaste kaotusega (> 5 hammast) ja võib esineda mälumisfunktsiooni häireid. Kui eelnevalt on eemaldatud näiteks 2 ja ravi käigus on planeeritud eemaldada lisaks veel 3 hammast, siis loetakse ka need hambad kaotuse hulka. Esinevad sügavad igemetaskud PPD ≥6 mm, CAL ≥5 mm. Võib esineda vertikaalseid luudefekte ja/või furkatsioonide haaratus klass II ja III. Suur oht on kaotada ravi käigus täiendavalt hambaid.

Selle staadiumi ravi nõuab tavaliselt lisaks mittekirurgilisele ja kirurgilisele ning regeneratiivsele parodontoloogilisele ravile ka keerulist interdistsiplinaarset ravi. Haigusjuhtumi pikaajaline prognoos on küsitav.

Staadium määratakse kõige halvema näidu järgi suus.

Näide: patsiendil on generaliseerunud kerge (CAL 1–2 mm, PPD ≤4 mm) kuni keskmise raskusega (CAL 3–4 mm, PPD ≤5 mm) parodontiit ja lokaliseerunud kaugelearenenud destruktsioon (CAL ≥5 mm, PPD ≥6 mm), pannakse diagnoosiks generaliseerunud parodontiit: staadium III või staadium IV, kui ≥5 hammast on eemaldatud/kuuluvad eemaldamisele ravi käigus parodontiidi tõttu.

**1. Ulatus ja jaotuvus: lokaliseerunud, generaliseerunud, molaaride-intsiividega piirduv**

Kui staadium on määratud, tuleb hinnata, kui suur hulk hambaid on parodontiidist kahjustunud. See annab informatsiooni, kas tegemist on lokaliseerunud või generaliseerunud haigusega. Ei anna informatsiooni selle kohta, kas tegemist on kerge, keskmise või kaugele arenenud kahjustusega. Eraldi märgitakse ära molaaride-intsiividega piirduv ulatus, millel võib olla spetsiifiline mõju ravile.

Staadium enamasti ei vähene. Näiteks, kui patsient on ravitud ja het-

kel kliiniliselt stabiilne, siis kirjeldatakse teda kui stabiilse parodontiidi-ga patsienti. Kui järelravi käigus ilmneb täiendav kliinilise kinnituse kadu, igemetaskud süvenevad, siis on tegemist ebastabiilse parodontiidi ägenemisega. Sellisel juhul võib staadium muutuda kõrgemaks vastavalt muudetud kriteeriumitele, nt lisandunud hammaste kaotus parodontiidi tõttu, klass II või III, furkatsiooni haaratuse teke, vertikaalsete luusiseste defektide teke jne.

Sellel reeglil on siiski üks erand. Näiteks juhul, kui haigusjuhtum on klassifitseeritud staadium III, kuna patsiendil esineb vertikaalne defekt ≥ 3 mm või II klassi furkatsiooni haaratus ja need kohad on edukalt regenereeritud, nii et CAL kogu hammaskonnal on nüüd 3–4 mm, furkatsiooni defekt on klass I või ei ole kliiniliselt tuvastatav ja sondeerimissügavused on PPD ≤5 mm, siis võib staadium III muutuda staadium II-ks.

Uus astmete liigitussüsteem määratleb haiguse progresseerumise kiiruse ja riskitegurite olemasolu, mis võivad mõjutada haiguse progresseerumist ja patsiendi ravivastust. (Tabel 2)

**2. Astmed: tõendus põhjus, kiireks progresseerumiseks, arvatav ravile allumine**

Astmed võimaldavad hinnata haiguse progresseerumise tõenäosust ravijärgselt. Selles klassifikatsioonis astmete liigitamine põhineb haiguse progresseerumise kiirusel raviajaloo, riskitegurite esinemisel, nagu diabeet ja/või suitsetamine ning süsteemsete faktorite mõjul parodontiidi kulgemisele.

Patsiendile määratakse aste kas otsese või kaudse tõendusmaterjali põhjal. See põhineb kas otsesel või kaudsel tõendusmaterjalil haiguse arenemise kiirusest ja hindab eeldatavat progressiooni riski. Tuleks kaaluda ka muude riskitegurite, nagu suitsetamine ja diabeet, panust haiguse progresseerumisse tulevikus.

Näide: Patsiendi aste on B, kuid patsient suitsetab üle 10 sigareti päevas ja see võib olulisel määral mõjutada hai-

guse progresseerumist ja ravile mitteamalust, siis võib arst astmeks määrata C.

**Aste A. Aeglane progresseerumine**

• Progresseerumise määr on aeglane ja patsiendil ei ole riskitegureid.

**Aste B. Keskmise kiirusega progresseerumine**

• Eeldatav progresseerumine

**Aste C. Kiire progresseerumine**

• Patsiendil on ilmne riskitegur ning parodontiidi progressiooni risk on suur.

**Kuidas mõjutab astmete määramine raviplaani?**

Kui praegusele suitsetajale omistatakse aste C, lisatakse suitsetamisest loobumine raviplaani. Kui patsiendil on mõõdukalt või halvasti kontrollitav diabeet (HbA1c > 7%) ja on määratud aste C, teavitatakse patsienti sellest, et tema veresuhkrukontrolli tase on tõenäoliselt aidanud kaasa parodontiidile. Kui suhkrukontroll ei ole paranenud, on kõrgenenud tõenäosus parodontiidi progresseerumiseks. See patsient suunatakse perearsti juurde, soovitusena hinnata veresuhkru taset ja võimaluse korral tõhustada kontrolli.

Edasine raviplaani otseselt seotud patsiendi allumisega ravile. Patsiendile soovitatakse tihedama intervalliga järelravivisiite.

Patsient, kellel on diagnoositud parodontiit, jääb ka pärast edukat ravi alaliseks riskipatsiendiks, kellel võib tekkida haiguse progresseerumine. On oluline teada, et parodontiidi patsient on kõrgendatud riskiga ja vajab suurema intensiivsusega järelravi ja haiguse kulu hindamist võrreldes patsiendiga, kellel ei ole parodontiiti. Stabiilse parodontiidiga patsient ei tohiks naasta samasugusesse profülaktikaprogrammi nagu patsient, kellel ei ole esinenud parodontiiti (st tavaläbivaatus/profülaktika kord aastas või poolaastas).

Nende määratletud staadiumite ja astmete kombineerimisel saame muuta olemasolevate ravimeetodite üksikasju ja etappe patsiendikesksmaks. Kokkuvõttes võimaldab see meil ravitulemusi paremini hinnata. (Tabel 3)



Parodontaalne abstsess 36. hamba piirkonnas. Röntgenoloogiline leid: ulatuslik luudefekt d36 distaalse juure piirkonnas, furkatsiooni haaratus. Hammas reageerib vitaalsustestile positiivselt. D35 distaalne luudefekt ja näha ladestus juurepinnal.



32 a mees, igemete hulgiretsessioonid.



57 a mees-patsient, osaline plaatprotees kui biokile peetumist soodustav faktor ja parodontiit.

## Teised parodonti seisundid

### 1. Parodontaalne abstsess

Lokaalne äge põletik parodonti kudedes, mis väljendub valu, tursega.

- Parodontiidist lähtunud abstsess. Äge infektsioon on põhjustatud sügava igemetasku biokile bakteritest. Abstsess tekib enamasti, kui tasku marginaalne väljapääs on sulgunud ja iseeneslik dreanaž taskust on puudulik. (Fotod 14–15)
- Parodontiidiga mitteseotud abstsess – äge infektsioon võõrkeha sattumisest igemetaskusse või juure terviklikkusega seotud põhjused (nt juure kuju, väline resorptsioon, perforatsioon), mis võimaldavad bakterite kolonisatsiooni.

### 2. Endodontiline-parodontaalne abstsess

Kõige sagedasemalt esinevad sümptomid on sügav igemetasku, mis ulatub peaaegu juuretipuni ja hammas ei reageeri vitaalsustestidele. Esineb luukadu apikaalses või furkatsiooni piirkonnas, spontaanset valu või valulikkust palpeerides, mädist eksudaati, hamba liikuvust, siinustrakt, hamba ja igeme värvimuutust.

Endo-parolesioon on alati seotud erinevas hulgas hambapulbist lähtunud mikrobiaalsest kontaminatsioonist ümbritsevates parodonti kudedes.

Primaarne etioloogia võib olla seotud kas endodontiliste ja/või parodontiitsete

infektsioonidega või trauma ja/või iatrogeensete faktoritega.

## Hammaste ümber olevad mukogingivaalsed deformatsioonid ja seisundid

Mukogingivaalsete seisundite osas on nüüd tunnustatud igeme fenotüübi tähtsust, sealhulgas igemete paksust ja laiust ning on sisse viidud uus klassifikatsioon igeme retsessioonidele. See ühendab sellised kliinilised parameetrid nagu igeme fenotüüp, aproksimaalne kinnituse kadu ja paljastunud juure pinna omadused.

- Gingivaalne fenotüüp
- Igemete/pehmete kudede retsessioon (foto 16)
- Igeme defitsiit
- Vähenenud vestibulaarne sügavus
- Ebatüüpiline kida/lihase kinnitus
- Igeme üleliig
- Värvimuutus igemes
- Paljastunud juure seisund

## Traumaatilised oklusaalsed jõud

Traumaatiline oklusaalne jõud on mis tahes oklusaalne jõud, mis mõjub, põhjustades hammaste vigastusi (nagu liigne kulumine või murd) ja/või mõju parodonti kinnitusaparaadile.

Oklusaalne trauma on histoloogiline termin, et kirjeldada parodonti kinnitusaparaadi vigastusi. Uuringutest

inimestel ei ole tõendeid, et traumaatilised oklusaalsed jõud põhjustaksid parodontaalse kinnituse kadu, mittekarioosseid kaeladefekte või igemetretsessioone. Traumaatilised oklusaalsed jõud põhjustavad normaalse kinnitusega hammastel adaptatiivset liikuvust ja progresseeruvat liikuvust vähenenud kinnitusega hammastel, mis enamasti vajab lahastamist.

- Primaarne oklusaalne trauma
- Sekundaarne oklusaalne trauma
- Ortodontilised jõud

## Proteesid ja hammastest põhjustatud faktorid, mis muudavad vastuvõtlikkust katust põhjustatud gingiviidile/parodontiidile

Seda jaotist laiendatakse uues klassifikatsioonis. Termin “bioloogiline laius” on asendatud suprakrestaalse koe kinnitusega, mis koosneb ühendepiteelist ja suprakrestaalsest sidekoest.

Inimestel tehtud uuringutest saadud tõendid näitavad, et restauratsiooni servade asetamine suprakrestaalsesse sidekoe kinnitusele on seotud põletiku ja/või parodontaalse koe kaoga. Siiski ei ole selge, kas need negatiivsed mõjud on põhjustatud hambaravimaterjalist, traumast, hambaravimaterjalide toksilisusest või nende tegurite kombinatsioonist.

Teisest küljest on teatud hambaga seotud anatoomilised tegurid, nagu emaili projektsioonid, emailipärlid, juuremurrud ja lähedus, seotud hamba biokile poolt põhjustatud igemepõletikuga ja parodontaalsete tugikudede kaoga.

- Lokaalsed hambast põhjustatud faktorid
- Lokaalsed hambaproteesist põhjustatud faktorid (fotod 17–18)

## Implantaati ümbritsevate kudede haigused ja seisundid

Esimest korda esitleti parodontologia World Workshop'is implantaati ümbritsevate kudede haiguste ja seisundite

klassifikatsiooni. Lisaks juhtumite definitsioonidele käsitles tööühm küsimusi implantaati ümbritsevate kudede tervise, mukosiidi, periimplantiidi ja pehmete ja kõvade kudede defitsiidi kohta.

Tööühm leidis, et haigusjuhtumite määratlusi tuleks vaadelda kontekstis, et ei ole olemas “geneerilist” implantaati ja et on olemas mitmeid implantaadi disaini erinevate pinnaomadustega ning erinevaid kirurgilisi ja koormamisprotokolle.

Soovitused raviarstidele käsitlesid implantaati ümbritsevate kudede sondeerimise vajadust, et hinnata veritsust sondeerimisel ja sondeerimissügavuse muutusi. Samuti soovitati, et arstid jälgiks esialgseid röntgenülevõtteid ja sondeerimissügavusi.

### 1. Terve implantaati ümbritsev kude

Lepiti kokku, et tervet periimplantaati iseloomustab põletiku kliiniliste tunnuste puudumine, kaasa arvatud veritsus/mäda sondeerimisel (BOP). Samas ei ole võimalik määratleda täpseid sondeerimissügavusi, mille alusel saab kehtestada mõistet “terve implantaati ümbritsev kude”. Lisaks võib implantaatide puhul, millel on vähenenud luutugi, esineda implantaatide tervist. (Fotod 19–20)



Terve implantaati ümbritsev kude.

## Seega hõlmab implantaadi tervise juhtumi määratlus järgmist:

- põletiku kliiniliste sümptomite puudumine, sealhulgas BoP puudumine.
- sondeerimissügavus ei ole suurenenud võrreldes eelmiste läbivaatustega.
- luukoe muutused puuduvad luuharjal pärast esmast luu remodelleerumist.

### 2. Mukosiit

Mukosiit on luusisest implantaati ümbritsevate pehmete kudede põletikuline kahjustus, mille puhul ei esine luukadu. Lesioon paikneb lateraalsel ühend/tasku epiteeli suhtes, kuid ei ulatu suprakrestaalse sidekoe tsooni “apikaalsel” ühendusepiteelist. Mukosiidi peamine kliiniline tunnus on veritsus õrnalt sondeerimisel, samas võib esineda ka teisi põletiku kliinilisi tunnuseid.

On selgeid tõendeid selle kohta, et biokile on mukosiidi etioloogiline tegur.

## Mukosiidi juhtumi määratlus hõlmab järgmist:

- veritsus ja/või supuratsioon õrnalt sondeerimisel.
- ei esine luukadu krestaalsel, mis ületab esmast luu remodelleerumist.

### 3. Periimplantiit

Periimplantiit on katuga seostatud patoloogiline seisund, mis esineb implantaatide ümbruses olevates kudedes, mida iseloomustab põletik implantaati ümbritsevas limaskeskkonnas ja luukadu. Periimplantiidi kahjustused ulatuvad ühendusepiteelist apikaalsemale ja on suuremad kui mukosiidi puhul. Implantaati ümbritsevate kudede kohal esineb põletiku kliinilisi tunnuseid, sealhulgas veritsust ja/või supuratsiooni, on suurenenud sondeerimissügavus lisaks radiograafilisele luukaole.

Periimplantiidi progresseerumine on kiirem kui parodontiidi korral

2 x TIMO PABERT



21



22

Terve implantaati ümbritsev kude, millel esineb kõvade-pehmete kudede defitsiit.

ja esineb mittelineaarses ja kiirenevas haigusvormis. Katu ja periimplantiidi seost toetavad tõendid, mis näitavad, et halva katu kontrolliga patsiendid, kes ei käi regulaarselt järelravis, on suuremas riskiga periimplantiidi tekkeks. Infektsioonivastased ravistrateegiad on edukad periimplantiidi progresseerumise peatamisel. Samuti on kirjanduse andmetel tõendeid periimplantiidi riski suurenemisest patsientidel, kellel on anamneesis raske parodontiit.

**Perimplantiidi juhtumi määratlemine hõlmab järgmist:**

- ▶ veritsus ja/või supuratsioon õrnal sondeerimisel;
- ▶ võrreldes eelmiste läbivaatustega on suurenenud sondeerimis-sügavus;
- ▶ esineb luukadu alveolaarharjal, mis ületab esmast luu remodelleerumist.

Varasemate läbivaatuste andmete puudumisel võib periimplantiidi diagnoos põhineda veritsuse ja/või supuratsiooni kombinatsioonil õrnalt sondeerimisel, sondeerimis-sügavus > 6 mm ja luu tase > 3 mm apikaalsemal implantaadi luusise-sest osast.

**4. Implantaati ümbritsevate pehmete ja kõvade kudede defitsiit**

Hammaste kaotamise järgse paranemise tulemusel toimub alveolaarjätke/-harja vähenemine, mis põhjustab kõvade ja pehmete kudede dehissentsi. Jätke dehissentsid võivad esineda kohtades, mis on seotud parodon-

taalse toe suure kaoga, ekstraheerimistraumaga, endodontiliste infektsioonidega, juuremurdudega, õhukeste bukaalsete luuplaatidega, halva hamba positsiooniga, vigastustega ja maksillaarsiinuste pneumonimiseerumisega. (Fotod 21–22)

Tartu Ülikooli hambaarstiteaduse instituudi koosolekul 29.01.2019 jõuti järeldusele, et antud valdkonna terminoloogia Eestis vajaks täiendavat arutelu praktiseerivate arstide ja keeleteadlaste vahel, seoses vajadusega võtta kasutusele uued terminid.

**Kokkuvõte**

Alates aastast 1999, kui koostati eelmine parodonti haiguste klassifikatsioon, on teaduslik arusaam parodonti ja implantaati ümbritsevate kudede tervisest, seisunditest ja haigustest oluliselt muutunud. Teaduse areng, uute tehnoloogiate areng ja kujunenud kliiniline kogemus on tekitanud uusi teadmisi ja parandanud seniseid arusaamu. Uus klassifikatsioon muudab põhjalikult ja pikaajaliselt edasist parodontoloogia ja implantatsiooni alast kliinilist praktikat.

Parodonti ja periimplandi haiguste ja seisundite klassifikatsioon on vajalik arstidele, et õigesti diagnoosida ja ravida patsiente, ning ka teadlastele, et uurida nende haiguste ja seisundite etioloogiat, patogeneesi, loomulikku kulgu ja ravi. Ja ka vastupidi. Need arstid, kes ei saa aru ja ei suuda oma haiguslugusid põhjendada vastavalt kliinilistele haiguse diagnoosidele, ei mõista tegelikult ka parodonti

haiguste olemust, ei oska seda diagnoosida ega ravida.

Põhjendus selliste teadmiste puudumisele ei saa olla haigekassa klassifikaator või IT-süsteemide ülesehitus. IT-süsteemis on kliinilist diagnoosi võimalik trükkida ka märkmete alla. See on põhimõtteline küsimus. Hambaarstid, kes tegelevad parodonti haiguste raviga, võtavad selle eest teenustasu või väljastavad vastavate koodidega haigekassa arveid, peaksid olema kursis ja võimelised arutlema uuemate parodontoloogia seisukohtade, teadmiste ja ravimeetodite üle. **H**

**Kasutatud kirjandus**

1. Caton, J., Armitage, G., Berglundh, T. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S1–S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
2. Papapanou, P. N., Sanz, M. et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
3. Berglundh, T., Armitage, G. et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S286–S291. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12957>
4. Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., Feres, M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 (Suppl 20): S78–S94. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12941>
5. "Perio Insight " 7, 2018 [www.efp.org/perioinsight](http://www.efp.org/perioinsight)
6. [https://www.bsperio.org.uk/publications/downloads/111\\_153050\\_bsp-flowchart-implementation-the-2017-classification.pdf](https://www.bsperio.org.uk/publications/downloads/111_153050_bsp-flowchart-implementation-the-2017-classification.pdf)
7. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/Classification%20at%20a%20glance.pdf>
8. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/Three%20Steps%20to%20Staging%20and%20Grading%20a%20Patient.pdf>
9. <https://www.perio.org/sites/default/files/files/2017%20World%20Workshop%20on%20Disease%20Classification%20FAQs.pdf>

Rasedus on naise elus eriline periood, mida iseloomustavad kompleksed füsioloogilised muutused, mis võivad mõjutada suuõõnetervist. Samal ajal on suuõõnetervis üldise tervise ja heaolu seisukohast võtmetähtsusega. Seetõttu on hambaravispetsialistidel äärmiselt oluline osutada rasedatele naistele kohast ja õigeaegset hambaravi, sealhulgas teha suuõõnetervise alast teavitustööd.

# Igemete tervishoid raseduse ajal

## KLIINILINE JUHIS HAMBAARSTIDELE



**Mai Kalm**  
V kursuse üliõpilane,  
TÜ hambaarstiteaduse  
instituut



**Kertu Ollema**  
hambaarst,  
parodontoloogia resident,  
Kreutzwaldi Hambakliinik,  
Merimetsa Hambakliinik



**Dr Ene-Renate Pähkla**  
PhD  
Tigutorn,  
Tartu

Rasedusega seotud muutusi hormoonitasemetes (progesterooni ja östrogeeni tõus) on seostatud igemepõletiku tekke või halvenemisega. Kõrgenenud hormoonide tasemed suurendavad igemekudedes märkimisväärselt vere-soonte läbilaskvust, muudavad subgingivaalse biokile koostist, mõjutavad

immuunsüsteemi, põhjustavad rakulisi muutusi ja soodustavad hambakatu esinemise korral igemepõletikku. Rasedusega seostatakse nii spetsiifilist lokaliseerunud lesiooni (*epulis gravidarum*) kui ka generaliseerunud kahjustust (rasedusaegne gingiviit). Erinevalt kahest eelnevast puudub mis tahes praeguses või varasemas parodontihaiguste

klassifikatsioonis küll konkreetne rasedusega seotud parodontiidi tüüp; ent naistel, kellel juba on parodontiit, kliiniline olukord siiski halveneb.

Raseduse ajal võib tekkida rida komplikatsioone, nende seas madal sünnikaal (vähem kui 2,5 kg) või väga madal sünnikaal (vähem kui 1,5 kg), enneaegne sünd (enne 37. nädalat) või