

O klasifikacích v Parodontologii

Vladislav Pintera

2019

Onemocnění parodontu lze klasifikovat podle etiologie, podle patologické anatomie, podle RTG obrazu a podle klinických příznaků (1). Tradiční je rozdělení podle klinických příznaků, pro které lékaři nalézali různá více či méně trefná označení která ve svém souhrnu představují parodontologické názvosloví, nomenklaturu.

Parodontologické názvosloví v průběhu své historie od 18. století do současnosti vytvořilo takové množství synonym, že jejich redukce a systemizace se už koncem 19. století ukázala jako nezbytná (10). Přesto některé výrazy z 18. století byly užívány až do konce 2. světové války a jiné, ač nesprávné byly zařazovány po půl století do různých klasifikací až nakonec zlidověly (8).

Tak, jako si soudce nemůže tvořit vlastní zákony, nemůže si ani lékař tvořit vlastní názvosloví, nýbrž má se řídit těmi názvy, které jsou obecně odbornou veřejností přijaty a z nich pak upřednostnit ty, které jsou zaštitěny legislativou, neboť jsou pro něj závazné.

Systemizace, resp. klasifikace, které vznikaly od roku 1894 byly zpočátku podepřeny individuální autoritou jejich autorů, později autoritou odborných společností. Od vzniku OSN a WHO dne 7.4.1948 k nim přibyla navíc Mezinárodní klasifikace ICD, zařazená do legislativy členských zemí OSN a z ní vychází zdravotní pojišťovny a další instituce. Z principu jsou tu tedy vždy klasifikace dvě, odborná a státní. Zmíněné dva druhy klasifikací nejsou sice v rozporu, neboť je spojuje společný zájem, je však zjevné, že tento stav ničemu neprospívá.

Odborné organizace měly vždy zájem o sjednocení názvosloví a vytvoření jedině všeobecně platné klasifikace. Prvním takovým pokusem byla klasifikace FDI z r. 1931. Shodu však umožnila až dominance USA. Poslední Klasifikace 1999 představovala už zdařilý konsensus mezi odborníky Evropy a USA. V sousedním Německu trvalo dva roky, než ji přijala německá i odborná společnost DGP, neboť bylo nutno uvést ji v soulad s klasifikací WHO, tzv. ICD-10. Eickholz v r. 2013 popisuje tehdejší situaci takto:

*„Ve dnech 30.10.-2.11.1999 se v Oak Brook, Illinois, USA konal mezinárodní workshop, jehož výsledkem byla nová Klasifikace parodontopatií. Tato klasifikace byla roku 2002 převzata Německou parodontologickou společností DGP. Rovněž aktuální mezinárodní statistická klasifikace ICD-10 kodifikuje onemocnění parodontu, avšak s místy podstatnými odchylkami od klasifikace parodontologické. ICD-10 byla vypracována Světovou zdravotnickou organizací WHO a z pověření Spolkového ministerstva zdravotnictví přeložena do němčiny a vydána Německým institutem pro zdravotnickou dokumentaci a informace. Číslice 10 označuje pořadí revize klasifikace. Od 1.ledna 2000 je ICD-10 používána pro kódování diagnóz v ambulantní i stacionární péči (§§ 295 a 301 v V.yydání Zákoníku sociálního zabezpečení),zejména pro účely paušalizovaného Úhradového systému G-DRG(German Diagnosis related Groups).**Toto zvláště vydání ICD-10 je založeno na německé verzi ICD-10 vydané WHO, jež ovšem byla pro účely V.yydání Zákoníku sociálního zabezpečení významně upravena.**Od 1.1.2012 se pro kódování diagnóz v ambulantní a stacionární péči používá ICD-10-GM ve verzi pro rok 2012 . Onemocnění parodontu jsou obsažena v Kapitole XI*

„Onemocnění trávící soustavy“ (K00-K093) a nacházejí se pod heslem „Nemoci dutiny ústní, slinných žláz a čelistí (K00-K14) „

Z toho vyplývá, že se dnes bude situace v Německu opakovat, neboť byla představena „Klasifikace 2018“, která má nahradit výše zmíněnou a dodnes platnou „Klasifikaci 1999“, jejíž platnost tím bude ukončena. To se jistě nestane ani hned ani brzy. Kromě toho v roce 2018 vznikly oba druhy klasifikací, současně-Klasifikace 2018 a ICD-11. První byla představena v roce 2018 v Amsterdamu, druhá vejde v platnost v roce 2019.

V České republice by měla být situace obdobná jako v Německu. Jelikož je ČR členem OSN, tedy by měly být v ČR platné parodontologické klasifikace dvě - Mezinárodní klasifikace WHO (od 1.1.2018 je ze zákona platná MKN-10) a ta z odborných klasifikací, která byla společností odborníků přijata za platnou a tato dnes platná Klasifikace by měla být nahrazena novou odbornou Klasifikací 2018 .

Ovšem jaká konkrétní odborná klasifikace je dnes v ČR platná, kdy a kde byla přijata a jakou předchodí Klasifikaci v ČR nahrazuje je otázkou. Teoreticky by měla tak jako v Německu nahrazovat Klasifikaci 1999, jenže poslední v ČR publikovaná klasifikace je z roku 1995. Proto jsem vznesl dotaz: „Jaká Klasifikace parodontopatií je v současnosti platná v ČR? “na adresu Ministerstva Zdravotnictví ČR a na Českou parodontologickou společnost.

Odpověď Ministerstva zdravotnictví (11) zněla: MZ není k odpovědi kompetentní, obraťte se na ČSK nebo na Českou stomatologickou společnost J.E.Purkyně. Odpověď první instituce byla: „Dosud platí původní klasifikace“, odpověď druhé instituce zněla: “v ČR byly tyto klasifikace jen doporučovány a nebyly závazné“. Je to tedy přístup odlišný než v sousedním Německu a nová Klasifikace 2018 bude tedy v ČR vnímána právě tak jako ty předchozí, tedy jako nezávazná a bez vztahu k legislativě.

Otázka tak jak byla položena, tj. „Která klasifikace je platná? „vychází z představy, že pokud platí jeden předpis, nemůže platit jiný, přičemž pod slovem platný se rozumí závazný. Jenže tak jednoduché to není. Závazné znamená vynutitelné a vynutit může jen stát. Na straně druhé stát nesupluje odbornost. Tedy tu máme dva subjekty, které by se měly sjednotit, ale nedělají to.

Jednotná klasifikace parodontálních onemocnění z hlediska epidemiologie má poskytnout jednotné mezní body, jejichž standardizovaným vyšetřováním a analýzou naměřených dat vznikne hierarchická struktura informací, od nichž se očekává, že by měly identifikovat nové rizikové faktory nebo poskytnout nový úhel pohledu na interpretaci již známých faktorů z hlediska jejich prevalence. Lze tak nalézt interakce mezi chorobami, citlivost obyvatelstva k onemocnění i změny v delších časových úsecích a podle toho korigovat zdravotní politiku. Klasifikace je tedy vyjádřením stupně dosaženého poznání a nástrojem pro poznání další.

Aby bylo zjevné, jaký vývoj nová Klasifikace 2018 završuje, předkládám krátký přehled historie Parodontologie, osobností a hlavních ideových směrů oboru, v hrubých obrysech a se zvýrazněním roků, kdy vznikly nové Klasifikace. Je zřejmé, že v minulosti to jsou dějiny Stomatologie= zubního lékařství jako takového, prvé informace „parodontologické“ se objevují v 18. stol, Fauchard, pak 19. stol., Purkyně, Witzel, Nėsmejanov, atd. Samotný intenzivní rozvoj oboru je záležitostí 20. století.

Historii oboru lze rozčlenit podle zrodu období směrů vývoje. Některé vzbudily naději, záhy však skončily, většinou však trvají dodnes a představují náplň oboru.

A-doba geneze hominoidních zubů a parodontu

12,5 milionu až 600 tisíc let př.n.l.

12,5 až 8,5 milionu let př.n.l.- Dryopithecii. V důsledku klimatických změn byli Dryopithecové izolováni v lesích Španělska a Maďarska, také ve Francii, v Čechách a Německu. V těchto podmínkách se vyvíjí do stavu podobného africkým lidoopům včetně tvaru neurokrania. Zuby mají tenkou sklovinu částečně vyvinutým lingválním cingulem, špičáky jsou relativně gracilní, horní premoláry dlouhé, dolní poměrně široké, moláry mají tvar obdélníkový s nízkými oblými hrbolky. Mandibula gracilnější než u sivapiteků, premaxila méně prominující. Moláry Dryopitheců mají rozložení hrbolků do tvaru Y, tzv. **Dryopithecus pattern Y5**, a tento tvar je typický pro hominoidy,

B-doba kariesní

600 tisíc -250 tisíc let př.n.l.- jedinec je vystaven působení škodlivin bez vědomé obrany.

600 tisíc let př.n.l.- první zdokumentované kazy u hominida-Homo Rhodensis-nejstarší nález ve východoafrické Etiopii u řeky Awaš -v zubech měl deset kazů.(*Homo erectus rhodský se vyvinul z H. erectus a sám se dál vyvíjel k Homo sapientovi idaltskému a dál k H. sapiens v africké větvi, na rozdíl od evropské větve, která se o něco rychleji vyvíjela k Homo sapiens Neanderthalensis*),

C-doba neandrtálské hygieny

- sapientní člověk se aktivně brání nemoci prevencí a objevuje péči o hygienu dutiny ústní.
250 -25 tisíc let př.n.l. Homo sapiens Neanderthalensis objevil čištění zubů,

D-doba protetická

- anatomicky moderní člověk využívá technologie zpracování kovů k léčbě onemocnění parodontu.

12 000 let př.n.l.- první preparace kavity zubu,

7000-5500 př.n.l.- Pákistán, zubní kavity preparované zub.vrtačkou,

2700 př.n.l.- Čína, akupunktura při extrakcích zubů,

2800 př.n.l.- vyobrazení výrobce zubních náhrad jménem Nafer-Iret-Es v hrobce prince Sehet-hotepa, Giza, hrob 984 (Paichl 2000),

2700-2181 př.n.l.- ligatura Ag drátem v mandibule 3211, nález z r.1952 Shafika Farida, Egypt,

2550 př.n.l.- ligatura Au drátem v mandibule 87, z toho 7 s resorbovaným kořenem,
Nález č.P150A r. 1914 ,H. Junker,Egypt Giza,(publ. Paichl 2000, Monier 2000), nyní v muzeu Römer Pelizeus M. Hildesheim BRD,

1550 př.n.l.- Eberův papyrus, překlad C.P.Bryan-pojednání o pravidelné zubní hygieně
1500-800 př.n.l.- literární zmínka o zubní protetice Indie Rgvéda bez nálezu (Paichl 2000),

E-doba filosofická

- Kolem roku 500 př.n.l. dochází k sebeuvědomění lidstva ve stejnou dobu na celém světě. V této době se začínají objevovat spisy ve vztahu k onemocněním parodontu.

7.stol.př.n.l.- asyrské tabulky obsahují popis koncepce kdy systemová choroba vzniká infekcí ze zubů, tedy popis fokální infekce /C/,

700 př.n.l.- Etruskové-zubní náhrady z kosti spojené Au drátem,

500 př.n.l.- zubní pasta Čína, Indie,

500-300 př.n.l - ligatura z Ag drátu v maxille 211, nález z hrobky Helouan v Tura-El-Asmond Egypt (Monier 2000),

300 ? př.n.l. Egypt-16 zubolékařských předpisů, z toho 7 pro léčbu viklavých zubů obalením zubu hmotou z medu, okru a zrn pšenice (Strouhal 1994),

4. stol. př.n.l.- Xenophon-psal o projevech nekrotizující gingivitidy u řeckých vojáků/C/

460-377 př.n.l.- Hippokrates z Kosu- se zabýval etiologií parodontitid/C/,

1.stol. AD = Anno Domini = našeho letopočtu. Aulus Cornelius Celsus /25 př.n.l.-50 AD/- popsal onemocnění měkkých tkání dut.ústní a jeho léčbu včetně orální hygieny. /C/ Celsus je považován za nejvýraznější osobnost daného období,

Mj. je autorem projevů zánětu (dolor calor,tumor,rubor) později rozšířeném Virchowem o functio laesa/trvá dosud,

1.stol AD – Germáni, nález v urně-4 řezáky a špičák spojené zlatým drátem (Paichl 2000),

F-doba zubního kamene

-zubní kámen v kauzální souvislosti s onemocněním parodontu,

500-1000 AD-zubní lékařství, extrakce a chirurgie provádí mniši za asistence lazebníků, trvá do papežského zákazu 1130-1163,poté práci přebírají lazebníci,

625-690 AD- Paulus z Aeginy- popsal zubní kámen a jeho odstraňování a čištění zubů po jídle,

936 – 1013 AD –Albucasis, dílo „Al-Tasrif“ 30 svazků. Popisoval odstranění zubního kamene a dlahování drátěnou ligaturou. /C/ 3- arabský chirurg Albukasem-30 knih Altasrif (Předpis)-popisuje náhrady zubů z hovězí kosti a upevnění viklavých zubů zlatým nebo stříbrným drátem. Albukasem byl silně ovlivněn Galenem (Paichl 2000),

980-1037 Avicenna, Persie, dílo Canon používáno po 600 let. Popis materia medica pro léčbu parodontitis,

13. století-Marco Polo popisuje, že lidé v jihovýchodní Asii pokrývají si zuby zlatými plíšky,

1343- Guy de Chouliac v knize Chirurgia magna popisuje materiály na výrobu zubních náhrad. Ve své době byla kniha považována za kompilát z knihy Albukasema: Altasrif,

1385-1468-Serefeddin Sabuncuoglu-Turecko-přeložil dílo Albucasise,

1493-1541-Paracelsus – vymyslel doktrínu o kameni. Domníval se, že kámen na zubech způsobuje jejich bolest, tak jako kámen v ledvinách působí koliku,

G-doba chirurgická

1520-1574-Bartholomeus Eustachius-vydal první knihu o zubech, “Libellus de dentibus“, 30 kapitol, obsahuje popis tkání parodontu a jejich léčbu-kyretáž granulační tkáně a zprávu, že znovupřipojení tkáně (po našem reattachment) je možné,

1550- Ambrosie Paré (1509-1590)-první odborný popis onemocnění parodontu (Š)
Prováděl gingivektomie hyperplastické gingivy /C/,

1530-Michael Blum-vydal první německou knihu o zubech v Lipsku.Arztney Buchlein nebo Zene Arztney-zmiňuje původce v červu, kauterizaci, také ligatury,

1562-Girolamo Cardano (1501-1576)vydal knihu, kde popisuje rozdíly mezi parodontopatiemi,

H-doba odborné Parodontologie

1746-Pierre Fauchard-první klinická definice parodontitidy (Š). V Evropě se podle něj nazývaly záněty parodontu Fauchardova choroba (podobně jako později v USA Riggsova choroba),.

1778-Hunter popsal nekrotizující ulcerosní gingivitidu a odlišil ji od skorbutu a chronické parodontitis,

1800-Amalgámy ve stomatologii-Francie-málo Hg,příprava za tepla ,1819 Bell Anglie,amalgám tuhnoucí za pokojové teploty,1826 Taveau ,Francie,podobné .

1800-první zubní pasty, -1824 Peabody přidal mýdlo, 1850 J. Harris přidal křídou, 1873 masová produkce firmy Colgate,1892 W. Sheffield, zubní pasta v tubě,

1823 (Škach uvádí rok 1839)-pojem „Alveolarpyorrhoe“ zavedl Francouz Toirac a v německém jazykovém prostoru se užíval ještě do r. 1945,

I-doba anatomické Parodontologie

1840 (?)-Jan Evangelista Purkyně popsal periodoncium.(K), později Nesmějanov, O.Weski, Gottlieb, od roku 2018 se patrně parodont začíná vztahovat i na způsob připojení implantátu,

1846- W. Morton-anestezie při extrakci,

1848- Arculanus (Giovanni d Arcoli)-zlatá tepaná výplň,

1848- W. Hanckett-patent na zubní křeslo,

1847-1906- Adolf Witzel identifikoval bakterie jako příčinu parodontopatií/C.23,56/,

1869- objev DNA F.Miescher (Ch)

1875- G. Green,- patent na elektrickou zubní vrtačku

1876- John Mankey Riggs (1811-1885)- představil své postupy pro léčbu parodontitis. Tato označována jako Riggs Krankheit. Byl odpůrce resekce gingivy, propagoval odstraňování zubního kamene a ústní hygienu. Riggs byl popsán Markem Twainem v Happy memories of the dental chair. (W)

1880- E. A.Angle/1855-1930/první klasifikace malokluzí,

1880- N.W. Kingsley –Traetise (Pojednání) of oral deformities, J.N.Farrar- A treatise on the Irregularities of the teeth and their corrections.- Farrar poprvé použil modifikovanou sílu pro posun zubu,

1884 - C. Koller - kokain jako anestetikum,

1885 - Wadsworth-první US patent na zubní kartáček. Dříve v Anglii W.Addis. 1939 Elektrický zub.kartáček Švýcarsko, 1960 Squibb zub.kartáček Broxodent, 1987 rotační zubní kartáček Interplak,

1885 - Škach uvádí, že anatomický popis parodontu publikoval Rus Nesmějanov, r.1885, nazýval ho **amfodont(Š)**,

1885 - Od roku 1885 do 70. let 20. století-vytvořena nepřehledná řada synonym pro stejný klinický obraz. Parodontitis byla nazývána:

Maladie de Fauchard, Alveolarpyorrhoea, Blennorrhoea alveolaris, Alveolitis infectiosa, Caries alveolaris, Geissel medicorum, Pyorrhoea interalveolodentaire, Pyorrhoea alveolaris./C/
Tabulka těchto synonym je v závěru práce.

J- doba bakteriologické Parodontologie

1890-Willoughby D. Miller (1853-1906, Američan pracující v Berlíně):“The microorganisms of the Human mouth“ zavedl principy bakteriologie do zubního lékařství a vyslovil první teorie, jednak o kazu, jednak o parodontitis.

1894-Rhein-první primitivní klasifikace onemocnění parodontu.(Š)

K-doba plaku a biofilmů

1896 - C.E.Kells -použil RTG k dentální diagnostice

1897 -J. Leon Williams (1852-1937)popsal zubní plak jako gelovitou akumulaci bakterií adherující k povrchu zubu ve vztahu k zubnímu kazu.

1898 -Johnson a Johnson-patent na flosovací nit. Dříve hedvábí od r. 1882 Codman a Shurtleff, první byl 1815 Parmlly Levi Spear.

1900 - založena FDI (Federation dentaire internationale)

se sídlem v Ženevě. FDI zastřešuje asi milion zubních lékařů ve 130 zemích a 120 národních organizacích. Patrně se jedná o stejnou organizaci, která v r. 1931 vydala první mezinárodní klasifikaci. V současnosti FDI připravuje s ADA (American dental association) akci FDI World dental congress v San Francisku 2019. Patrně tam představí svou ICD-11 Klasifikaci. Dříve měla kongresy: 2018 Honolulu, 2017 Madrid, 2016 Poznaň. Na webových stránkách: <https://www.fdiworlddental.org/search/node/map?page=12> lze najít seznam jejich členů, kde se nachází také Česká stomatologická komora.

FDI je mezinárodní organizací zubních lékařů, ale parodontologové mají své vlastní organizace, které se sjednotily poprvé v r. 1931 a podruhé až v r. 1999. Z toho je možné odvodit, proč se po roce 1947 obrátila WHO na FDI a proč vznikla řada paralelních parodontologických klasifikací označovaných jako ICD.

L-doba malokluze

1901-Moritz Karolyi(1869-1945)-první zpráva o úloze malokluze a bruxismu v etiologii parodontopatií,

Toto období trvá dosud, ale lze v něm zhruba v 60. letech zaznamenat naprosto scestnou tzv. teorii oboustranně vybalancované okluze,

1901-E.A.Angle/1855-1930/první klasifikace malokluzí,založil první školu ortodontie.

M-doba celulární

-kauzalita parodontitid se hledá ve vnitřním prostředí

1902-N. N. Znamensky-Rusko-popsal komplexní interakci lokálních a systémových faktorů, při které proniká celulární infiltrát ze zanícené gingivy hlouběji jako progresse onemocnění a způsobuje resorpci kosti spojenou s aktivací osteoklastů a tvorbou lakun. /C/,

1904-Hyacinthe J.Vincent (1862-1950) a Carl Plaut popsali přítomnost spirochet a fusiformních bacilů v nekritizující ulcerózní gingivitidě,(tzv.Plaut-Vincentově angína) /C"/,

1905-A.Einkorn- injekční lokální anestetikum novokainem

N-doba farmakologická

1910? – Charles C. Bass (1875–1975) zkoušel farmakologickou léčbu parodontitidy. Tuto nazýval Pyorrhea a měl za to, že ji způsobuje *Endameba buccalis* (entamoeba gingivalis). Rovněž vyvinul tzv. Bassovu metodu čištění zubů,

1912 -Klinger objevil *Bacillus Actinomyces comitans*,dnes *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Pro parodontitis je nejvýznamnější typ B strain Y4. Kultivace

provedena Slotsem na půdě o složení: 40g tryptic soya agar, 1g kvasnicový extrakt, 100 ml koňské sérum, 75 mg bacitracin, 5 mg vancomycin,

1913 -Alfred Fones (1869-1938)-otevřel první školu dentální hygieny v Bridgeportu Connecticut,

1914- založena „American academy of periodontology“, AAP s periodikem „Journal of Periodontology“,

1914- metoda Cieszynskeho-Widmanova-Neumannova = operace CWN-operace s odklopením mukoperiostálního laloku a úprava narušeného okraje kosti. Spolu s gingivektomií jediná metoda do r.1950. Choboty sice odstranila, ale odstraňovala také připojenou gingivu a tím ponechávala dentogingivální spojení bez ochrany. Pro velké procento recidiv se časem používala méně.

O-doba Klasifikací

–záplava synonym vede k nutnosti systému klasifikací -1894 Rhein, 1921 Weski, kde sjednocení má být dosaženo konsensem odborných spolků. 1931 FDI první snaha o sjednocení názvů mezi Evropou a USA, ale až Klasifikace 1999 je fakticky účinná.

1921-Oscar Weski (1879-1952) v Berlíně -vytvořil funkční definici (koncepti) závěsného aparátu zubu z kosti, cementu, ligament a gingivy a nazval ho Paradentium a jeho onemocnění nazval **Paradentosis**. Tyto názvy používal od r. 1921. Jelikož předpona para znamená mimo,vedle, byla tato předpona etymologicky nesprávná a po určité době, která však trvala asi 30 let, byla v Evropě nahrazena vhodnějším výrazem **Parodontosis**. Ovšem zase přípona-osis označovala nezáánětlivý zánik závěsného aparátu zubu, což je stav, který patrně vůbec neexistuje ,byla tedy nakonec po 40 létech od svého vzniku zaměněna za příponu -itis odkazující k zánětu. **Nynější název je tedy Periodontitis**./C 4,5/ (V USA se používá předpona Perio- a proto se Anglosasů týkala jen změna přípony -osis/-itis).

Běžně se tedy v mezinárodní praxi a literatuře používá termín **Periodontitis**, nás v ČR se užívá termín **Parodontitis** abychom odlišili od zánětlivých stavů zubní dřevě a apikálního periodoncia.

Nicméně klasifikace WHO příponu---osis používá dodnes.

Weski používal tuto svou klasifikaci:

1. Atrophia paradentii marginalis totalis (senilní a juvenilní atrofie)

2. Atrophia paradentii marginalis partialis

1.- bez prohloubení chobotů s horizontální atrofií

2.- s prohloubením chobotů

a) supraalveolární chobot při horizontální atrofii

b) intraalveolární chobot při vertikální atrofii

1921-Bernhard Gottlieb (1885-1952) ve Vídni – popsal attachment gingiválního epitelu k zubu a jeho histopatologii. Kromě toho používal vlastní klasifikaci, kde onemocnění parodontu rozdělil do dvou kategorií: Schmutzpyrrhoe a Paradentalpyrrhoe.(Dis)

1922- Paul R. Stillman a John Oppie McCall vydali první odbornou knihu:“A textbook of clinical periodontia“,

1924- v Německu založena **ARPA** – „**Arbeitsgemeinschaft für Parodontosen Forschung**“, zakládající členové: Weski, Neumann, Sachs, první předseda Loos. Od r.1929 vydávala ARPA periodikum „Paradentium“. V roce 1945 zrušena a obnovena r 1949. ARPA se rozpadla r.1970, nástupcem je Deutsche Gesellschaft für Parodontologie-DG PARO(DGP),

1927-Silvio Palazzi od roku 1927 do roku 1951 žádal pro všechna synonyma společné označení Paradentopathie.Tento návrh byl přijat na kongresu AIPA v r. 1951,

1931- Evropa FDI první pokus o sjednocení názvosloví-Klasifikace FDI (Federation dentaire internationale, Paříž 1931). Rozdělení se používalo v evropské literatuře. Dokument byl sepsán ve francouzštině, za účasti zástupců Německa, Švýcarska, Itálie, Francie a Československa. V Německu označován jako „Züricher Tafel“nebo „Modified Weski Table“,

Rozdělení FDI 1931:

1.Gingivitis marginalis suppurativa

2.Paradentose

2a-Paradentitis profunda(simplex)

2b –Dystrophia diffusa

2c -Paradentitis dystrophica complicata

3-Alveolaratrophie

3a-atrophia praecox

3b-atrophia senilis

1932-ARPA Internationale. V r. 1932 vytvořila německá ARPA se zástupci z Německa, Švýcarska, Československa, Finska, Francie a Itálie ARPA internationale v Zürichu. Zakládající členové-Weski, Loos (D), Hulin (Fr), Jaccard a Held (CH),(patrně se jedná o stejný tým, který vytvořil Klasifikaci FDI 1931),

1936-Entin-zavedl pojem marginální parodontopatie jako kategorii své vlastní klasifikace. (Š)

P-doba indexů

co se nedaří vyjádřit slovy, má se vyjádřit čísly a z těch vyvozovat závěry o prognóze a léčbě.

1936-Sheppard-první index v Parodontologii (Š)

1939- řešení problematiky vysokého úponu frenula-Hirschfeld

Q-doba konstituční teorie

-V letech 1920 až 1940 převládal názor, že **onemocnění parodontu je konstituční poruchou** daného jedince spojenou s okluzním traumatem a že bakteriální infekce je v tomto procesu sekundární
(Grant DA, Stern IB, Listgarten MA. *Periodontics 6th ed. St. Louis, Mo: CV Mosby Company; 1988:159.*)

1944-DNA v roli přenosu dědičné informace-Avery, McLeod, McCarthyho experiment,

1947-Mézl-první česká monografie o Parodontologii, kniha „Parodontosa“,

1950- chirurgická metoda plastiky gingivy Schluger, Goldman 1950, při které je respektován správný tvar gingivy a tvaru kosti jako podmínka pro zdraví gingivy.

1951-ARPA 1951- V evropské literatuře nalézáme k roku 1951 tyto kategorie parodontopatií podle ARPA:

Klasifikace ARPA 1951

1.-Parodontopathia inflamata

1.a-Parodontopathia inflamata superficialis

1.b.-Parodontopathia inflamata profunda

2.-Parodontopathia dystrophica

3.-Parodontopathia mixta

3.a.-Parodontitis dystrophicans

3.b.-Parodontosis inflammatoria

4.-Parodontopathia neoplastica

1951-ARPA, **12. kongres „Association pour les recherches sur les parodontopathies“** v Madridu shrnul všechna synonyma pod název parodontopathie a z etymologických důvodů **nahradil Weskiho pojem Paradentium pojmem Parodontium.**

1953-Glickmanova klasifikace furkací do čtyř stupňů.

1953- objevena struktura šroubovice DNA-Crick, Watson

1953- USA v anglo-americké literatuře rozdělují se parodontopatie v té době do dvou skupin

Klasifikace USA 1953

1. Inflammation = Zánět, 2. Dystrophy = Dystrofie

1954-Nabers-metoda prohloubení vestibula zvaná „denudace“. Excidovaná tkáň byla široká a hojení trvalo dlouho.

1955- Evropa, ARPA, evropské literatuře kolem roku 1955 nalézáme rozdělení parodontopatií do těchto kategorií podle ARPA:

Klasifikace ARPA 1955

1.-Parodontopathia inflamata

1.a -Parodontopathia inflamata superficialis

1.b.-Parodontopathia inflamata profunda

2.-Parodontopathia dystrophica

3.-Parodontopathia neoplastica

1956-metoda laterálně posunutého laloku Grupe, Warren pro překrytí obnažených krčků.

1957 - vztahy mezi DNA, RNA a proteiny-Crick

1957 -Bourdet: The dentistry art- považuje se za základ vědecké ortodoncie

1957- „Mucogingival surgery“ - Friedman – koncepce odstranění škodlivých tahů a dolního frenula.

R-doba obnoveného zájmu o kámen (viz E)

-**Před rokem 1960 stál v popředí zájmu zubní kámen.** Předpokladem této hypotézy byl fakt, že depozita zubního kamene chronicky traumatizují tkáň
(*Nield -Gehrig JS, Willman D. Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams, and Wilkins;2002:56,57,87.*)

1960- rozluštění genetického kódu-Khorona, Halley, Nirenberg

1961- kongres ARPA rozhodl, že pojem Parodontosa náleží jen dystrofiím, zatímco ostatní se mají nazývat onemocnění parodontu.

1963-Metoda fenestrace pro prohloubení vestibula-Agnew a Robinson.

1963- československá **Edlanova metoda prohloubení vestibula** záměnou laloku slizničního a mukoperiostálního. Prohloubení je výrazné a trvalé. Metoda a jméno Edlan jsou v zahraničí známy, hlavně v anglosaském světě.

1964-Federation Dentale Internationale (FDI) ve spojení s WHO vytvořili v rámci ICD 8 společně klasifikaci onemocnění ústní dutiny. Text s názvem: Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA) vydán 1969,1970,1973. V r. 1948-WHO vydává svou první ICD s číslem 6, neboť navazuje na předchozí klasifikace vytvořené před válkou, ale dosud nevytváří vlastní stomatologickou klasifikaci.

S- doba Nespecifické plakové teorie

- **1965 Løe a kol. představili nespecifickou plakovou teorii .**

Uvedli, že plak je příčinou onemocnění parodontu. Jejich studie byla založena na tom, že všechen plak (supra –i subgingivální) má vždy stejné mikrobiální složení. Vznik a progresse onemocnění jsou tedy ovlivněny kvantitou plaku a nikoliv virulencí bakteriálních kmenů. Během klinických výzkumů se zjistilo, že pacienti s dobrou hygienou dutiny ústní a malým množstvím plaku nemají žádné +nebo velmi mírné postižení parodontu. Avšak u některých jedinců se i přes dobrý stav hygieny dutiny ústní nacházela disproporce mezi tímto faktem a stavem parodontu. Proto i tato nespecifická teorie byla napadena a začalo se uvažovat nad virulencí a agresivitou konkrétních bakteriálních kmenů. (*Løe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol. 1965;36:177-183*).

1967-Evropa ARPA v evropské literatuře nalézáme rozdělení parodontopatií kolem roku 1967 do těchto kategorií podle ARPA:

Klasifikace ARPA 1967

- 1.- Parodontitis marginalis superficialis (gingivitis)
- 2.- Parodontitis marginalis progressiva

3.- Desmodontose(dystrofická forma)

4.-Parodontose (atrofická forma)

5.-Parodontome (fibromatosa gingivy,obrovskobuněčný granulom)

1967- metoda prohloubení vestibula s absencí připojené gingivy pomocí volných gingiválních štěpů Nabers 1966, Becker 1967,

1968- metoda překrytí obnažených krčků mobilizací obou sousedních papil, Cohen,

1969- metoda incisálně (koronárně) posunutého laloku, nebo-li můstkový lalok, pro překrytí obnažených krčků, Summer,

1969-Easley a Drenan klasifikace furkací.

1971-USA-klasifikace Fischer a Heyden:

1.Inflammation

1.a. Gingivitis

1.b. Marginal Periodontitis

2. Dystrophy

2.a. Atrophy of Disuse

2.b. Occlusal Traumatism

2.c. Gingivosis

2.d. Periodontosis

1973- překrytí obnažených krčků s doplněním vestibulárního defektu volným gingiválním štěpem Bernimoulin,

1974 – Socransky rozdělil bakterie do skupin podle míry jakou ohrožovaly parodont,

1975- překrytí obnažených krčků a odstranění tahu kombinací laterálně posunutého stopkového laloku s hlubokou fenestrací, Skarlandt.

1975-Německo-DG PARO německá společnost DG PARO(Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)

1. Zánětlivé formy:

-Gingivitis (acuta,chronica, nespecifická, specifická)

-Parodontitis (superficialis, profunda)

2. Degenerativně-atrofické formy.

-Parodontosis (generalizovaná, lokalizovaná)

3. Hyperplastické formy:

-hyperplasie gingivy

-epulis

4. Zvláštní formy:

-vzácná onemocnění nebo stavy přechodu mezi jednotlivými klinickými obrazy, které nejsou schematicky zařaditelné.

1975-Hamp et al.- klasifikace furkací do tří stupňů, F 1, 2, 3.

T- doba Specifické plakové teorie

1976- Loesche a kol. uvedl specifickou plakovou teorii, která tvrdí, že pouze některý plak je patogenní, záleží na kvalitativním složení a nikoliv na kvantitě. Podstatná myšlenka byla, že za onemocnění je zodpovědná specifická bakterie přítomná v plaku, který je rozdílného složení než plak nacházející se u zdravého parodontu. Proto byl výzkum zaměřen na specifické parodontální patogeny (dále jen „periopatogeny“) a jejich produkty. Zároveň se uvažovalo o rozdílu v patogenitě plaku adhezujícího a neadhezujícího. Neadhezující (tzv. free floating) plak měl být více patogenní. Díky této teorii byly zavedeny nové instrumentální a medikamentózní metody léčby parodontitid zaměřující se na potlačení infekce.

(Newman MG, Takei H, Carranza FA Jr.

Carranza's Clinical Periodontology, 9th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders

Company; 2002: 89, 102, 104, 105, 135, 136)

Jenže následné studie dokázaly, že pouze přítomnost periopatogenů není jedinou příčinou vzniku parodontitidy a pravděpodobně záleží na náchylnosti hostitele.

Hodges, K: *Concepts in Nonsurgical Periodontal Therapy (Rp Dental Assisting Procedures .*

Independence, Ky: Delmar Learning; 1997: 11, 12, 16.)

Mutschelknaus uvádí: *Plak je rizikovým faktorem pro vznik gingivitidy, ale z hlediska parodontitidy je zjištěna pro plak jen slabá korelace.*

1977- USA, AAP = American academy of periodontology zavedla klasifikaci parodontopatií se dvěma kategoriemi:

- I. juvenilní Periodontitis
- II. Chronická marginální periodontitis

1978-WHO-ICD -9, s druhou edicí ICD-DA pro stomatology. Hlavními autory byli: prof. I.R.H.Kramer, Londýn, prof. J.J.Pindborg, Copenhagen, Dánsko.

1979-Prichard – metoda štěpů, volných nebo na stopce k rozšíření pruhu připojené gingivy a zakrytí krčků zubů v mukogingivální chirurgii,

1984-Tarnow a Fletcher - klasifikace furkací,

1984-Československo, Miroslav Škach

I.- Škach přejímá názvosloví WHO z r. 1978 a podle něj stanovil závaznou českou nomenklaturu, na které je třeba trvat a vyžadovat ji u všech překladů, zejména textů z WHO, kde se v případě MKN-10 nedodrží.

II.-Škach odmítá Klasifikaci WHO (ICD)z důvodu, že v Československu se její používání v praxi neujalo. Uvádí, že Československo dosud nemá platnou Klasifikaci parodontopatií, prakticky však vytvořil system, který se nápadně podobá Klasifikaci 2018 a podle kterého studovalo několik generací lékařů.

Ad I.- Stanovení Čsl.oficiální nomenklatury:

Nomenklatura

Doporučená mezinárodní :	Čsl.oficiální:
Periodontal disease	Parodontopatie
Periodontium	Parodont
Periodontitis marginalis	Parodontitis marginalis
	Parodontosis
Gingivitis	Gingivitis
Periodontal atrophy	Atrofie parodontu

Ad II.- Systém Škachovy klinické klasifikace, podle kterého sestavil svou knihu tak, že výsledný obraz byl by asi (vypsáno podle jednotlivých kapitol) tento:

I.Gingivitidy

I.A.-Akutní Gingivitidy

I.A.1.-g.acuta simplex

2.-g.acuta catarrhalis /papilitis acuta/

3.-g.gingivostomatitis acuta herpetica

4.-g.acuta ulcerosa /gingivostomatitis ulcerosa/

I.B.-Chronické gingivitidy

I.B.1.-g.chron.catarrhalis /1.až 4.stupeň/

2. -g.chron.desquamativa / synonymum.gingivosis, projev benigního pemfigu na gingivě, bulosní a lichenoidní typ, forma mírná, střední a těžká/

3. -g.-chron.hyperplastica

a.-zánětlivé-

- aa-g.hyperplastica juvenilis(pubertalis)

- bb-g.hyperplastica gravidarum

-cc-g.hyperplastica z karence C vitamínu

b.- primárně nezánětlivé-

- aa-g.hyperplastica diphenylhydantoinica
/syn.medicamentosa,sodantoinica,dilantinica/

-bb-g.arcuata /Mc Callovy girlandy/

-cc- fibromatosis gingivae
/elephantiasis,symetrický fibrom/

-dd-hyperplazie gingivy při leukemii

c.- Epulidy jako zvláštní skupina-E.granulomatosa

E.gigantocelularis

E.fibromatosa

E.haemangiomasosa

4.- specifické záněty gingivy –TBC

- Syphilis

Škach a Kostlán uvádí ještě jinou klasifikaci gingivitíd z patologického hlediska:

Záněty akutní:

1.Erytem

2.zánět Katarální

Sérohemoragický

Hnisavý

Záněty chronické:

1. Katarální zánět

2. Hyperplastický zánět

3. Atrofující zánět

4. Vředovitý zánět (Ulcerosní)

3.zánět Vesikulosní

-chronická forma

4.zánět Pseudomembranozní

5.zánět Vředovitý (Ulcerosní)

II.-Parodontopatie

Parodontosis –/ syn.periodontosis, parodontitis juvenilis/

Stadium 1.

Stadium 2.

Stadium 3.

Parodontitis-/syn.periodontitis,parodontopathia inflamata/

-typ1 rychlý

-typ 2 střednědobý

- typ 3 pomalý

atrofie parodontu-/předčasná atrofie, předčasná involuce,involutio praecox, senilní atrofie, atrofie z nečinnosti/

III. -Poruchy artikulace

IV. Parodontopatie v dětském věku

-lokalizovaná vertikální destrukce lůžka horního prvého moláru

-difusní parodontitis

-parodontosis

-parodontopatie jako projev systémových onemocnění

1986-USA, AAP upravila svou klasifikaci z r. 1977 do čtyř kategorií:

USA, Klasifikace AAP 1986

I.- juvenilní Periodontitis,

I,a- prepubertální,

I,b- lokalizovaná juvenilní periodontitis

- I,c-generalizovaná juvenilní periodontitis,
- II. Adult periodontitis
- III. Nekrotizující ulcerující gingivo-periodontitis
- III. Refractory periodontitis

1987 -Německo DG PARO-německá společnost Deutsche Gesellschaft für Parodontologie, DG PARO, založená v r.1970/71 jako nástupce rozpadlé ARPA(Arbeits Gemeinschaft für Parodontologie),označuje se také jako DGP,od r.1970 předsedou Mutschelknaus, přepracovala názvosloví z r.1975 takto:

D - Klasifikace DG PARO 1987 :

Kategorie I. Zánětlivé formy -

-Akutní nebo chronické záněty gingivy a parodontu způsobená plakem ,rozdělená podle průběhu a věku při počátku onemocnění-

II. Gingivo-parodontální projevy systémových onemocnění,plakem nevyvolané , mohou však být překryty zánětlivými formami.

III. Hyperplastické formy

-primárně nezánětlivé zbytnění gingivy

-lokalisované nebo generalizované

- další rozdělení odpovídá histologii-

IV .Úrazové formy-Traumatogene Formen

-mechanické, chemické nebo termické poškození-

- poškození mohou zasáhnout sliznici nebo podpůrnou tkáň-

IV. Involuční formy -Involutione Formen

-nezánětlivý zánik parodontu

-lokalisovaný nebo generalizovaný

- také ve vztahu k bezzubé čelisti

Jiná verze DG PARO Klasifikace 1987 podle Mutschelknause:

1. Zánětlivé formy

1.1.- Gingivitis -Akutní gingivitis

-ANUG-Akutní nekrotizující ulcerosní gingivitis

-Chronická gingivitis

1.2.- Marginální parodontitis

-Parodontitis marginalis superficialis

-Parodontitis marginalis profunda

(včetně různých forem jako LJP, RPP, AP)

2. Gingivo-parodontální projevy celkových onemocnění

2.1.- Metabolické choroby-Diabetes mel. I. typu,- poruchy výživy (kwashiorkor)

2.2.- Funkční poruchy nebo defekty chemotaxe neutrofilních granulocytů a monocytů, Chediak–Higasiho sy., Syndrom líných leukocytů, Morbus Crohn,

2.3.- Hematologická onemocnění-Cyklická neutropenie, Agranulocytosa, Syndrom hypogamaglobulinemie, Panmyelopathie (leukopenie, monocytární leukemie, myeloidní leukemie),

2.4.- celková onemocnění postihující kůži-Benigní slizniční pemphigoid(gingivitis desquamativa),-Lichen planus et erosivus,-Pemphigus vulgaris

2.5.- Gingivo-parodontální projevy virových onemocnění-Primární a sekundární gingivostomatitis herpetica , -Herpes zoster.

2.6.- Gingivo-parodontální postižení u geneticky podmíněných syndromů

-Papillon Lefevre sy., Downův sy., Albrightův sy., Rathbunův sy.

3.Hyperplastické formy

3.1. Fibrozní hyperplazie gingivy

Idiopatická fibrozní hyperplazie gingivy

Lékově podmíněná fibrozní hyperplazie gingivy

3.2. Epulidy

4.Traumatogenní formy

4.1. Poranění gingivy

4.2. Desmodontální trauma

5. Involuční formy

5.1. Parodontální recesy

Solitární parodontální recesy

Generalizované parodontální recesy

5.2. Atrofie alveolu

1988-Evropa-USA Heinz Erpenstein uvádí tuto klasifikaci jako

americkou, v Evropě používanou souběžně s německou klasifikací DG PARO 1987

1-Zánětlivé formy

1.1. Gingivitis

1.1.a. -Akutní gingivitis

1.1.b. -ANUG akutní nekritizující ulcerující gingivitis

1.1.c. -chronická gingivitis

1.2. Marginální parodontitis

1.2.a -Parodontitis marginalis superficialis

1.2.b. -Parodontitis marginalis profunda a její formy(LJP,RPP,AP)

2.- Gingivoparodontální manifestace systémových onemocnění

3.- Hyperplastické formy

3.1.- fibrosní hyperplasie gingivy

3.2. Epulidy

4.Traumatogenní formy

4.1.- Poranění gingivy

4.2.- Desmodontální trauma

5.Involutivní formy

5.1. Parodontální recesy

5.2. - Atrofie alveolu

1989-USA, AAP upravila názvosloví do pěti kategorií:

USA Klasifikace AAP 1989:

I.-Early-Onset Periodontitis (časná parodontitis)

I.A.Prepubertal periodontitis

I.A.1.-lokalised

I.A.2.-generalised

I.B.Juvenile periodontitis (LJP, JGP)

I.B.1-lokalised

I.B.2.-generalised

I.C.-Rapidly progressive periodontitis (RPP)

II. Adult Periodontitis (AP)

III.Necrotizing Ulcerative Periodontitis

IV.Refractory Periodontitis (RP)

V. Periodontitis Associated with Systemic Disease

1990-WHO přijala ICD-10,

později od r. 2003 ze zákona platnou i v ČR jako MKN – 10,

1990- rozpuštěna organizace „Gesellschaft für Periodontologie der DDR“.

1991- založena EFP- The European Federation of Periodontology (EFP), zastřešuje 30 národních odborných společností, celkem asi 14 tisíc parodontologů z Evropy, severní Afriky a Středního východu. Používá slogan “Periodontal health for a better life“. Vydává periodikum „Journal of clinical periodontology“. Web EFP: www.efp.org . Dle německých pramenů byla EFP – založena v roce 1988 a první předsedkyní byla prof. Flores de Jacoby z Marburgu.

1994-První evropský workshop v parodontologii

(z přednášky I.-H.)

- I. - tzv. časná parodontitida,
- II. - Parodontitida dospělých,
- III. - Nekrotizující parodontitida

1995(89), Česká republika, Radovan Slezák

I. Onemocnění gingivy-

I.a.-Gingivitis (plakem podmíněná) a její modifikace:

I.a.1-gingivitis hyperplastica iuvenilis

I.a.2-gingivitis gravidarum

I.a.3-„Pill“ gingivitis (míněna kontraceptiva jako norethindrone a mestranol)

I.b.-Gingivitis ulcerosa

I.c.-gingivální projevy celkových onemocnění

I.c.1-gingivostomatitis herpetica

I.c.2-postižení parodontu při HIV infekci

I.c.3-postižení gingivy při hemoblastozách(akutních)

I.d.-Gingivitis desquamativa

I.e.-Nezánětlivé hyperplazie gingivy

I.e.1-fibromatosis gingivae

I.e.2 -medikamentózně podmíněné hyperplazie gingivy

I.f.- Epulidy ,popisný stav nevyovídající nic o etiologii afekce

II. Parodontitis

II.a.-parodontitis dospělého typu (AP)

II.b.-rychle progredující parodontitis (RPP)

II.c.-lokalizovaná juvenilní parodontitis (LJP)

II.d. -prepubertální parodontitis (PP)

II.e. -zvláštní formy parodontitidy

II.e.1 -HIV-parodontitis

II.e.2 -parodontitis při juvenilním diabetu

II.e.3 -gingivo-parodontitis ulcerosa

II.e.4 - tzv.refrakterní parodontitis

II.e.5-parodontitis s medikamentosní hyperplasií gingivy

III. Gingivální recesy (atrofie parodontu)

-McCallovy girlandy, zde jako součást III. nikoli jako samostatná jednotka

1998 – založena Česká parodontologická společnost=ČPS

Ivo Dřížhal a kol.

1999 – ČPS vstupuje do EFP

1999 - „International Workshop for Classification of Periodontal Diseases

Od roku 1999 vytvářela mezinárodní vědecká skupina parodontologů nazvaná „International Workshop for Classification of Periodontal Diseases“ novou klasifikaci. Gingivitidy se rozlišovaly daleko podrobněji než dosud, byl odstraněn pojem Refrakterní parodontitis (refractory periodontitis), Juvenilní parodontitis (früh beginnende Parodontitis, early onset periodontitis) byl nahrazen pojmem agresivní parodontitis.

Pojem Parodontitis marginalis byl přiřazen ke stavům souvisejícím se systemovým onemocněním. Pojem Nekrotizující ulcerující parodontitis byl rozčleněn do kategorie Nekrotizující parodontální onemocnění. Přibýt měly kategorie Parodontální Absces, Parodontální léze. V podstatě lze říct, že Klasifikace DG PARO 1987 definovala své kategorie z klinického hlediska podle projevu, zatímco Klasifikace 1999 je definovala etiologicky podle příčiny.

Klasifikace 1999 se objevují ve zkrácené nebo různě upravené podobě, ale v zásadě se neliší a respektují 8 základních kategorií, liší se však v číslování podskupin. Proto je zde uvedena varianta z r. 2013 P.Eickholze.

Klasifikace 1999 - nezkrácená německá verze (překlad autor)

I.Gingivální onemocnění

I.A gingivální onemocnění vyvolaná plakem

I.A.a.-bez účasti jiných místních příčin

I.A.b.-s účastí jiných místních příčin

I.A.c-gingivální onemocnění modifikované systemovými příčinami.

I.A.c.a-gingivální onemocnění modifikované endokrinním systémem

I.A.c.a.1- pubertální gingivitis

I.A.c.a.2-gingivitis při menstruaci

- I.A.c.a.3- těhotenské gingivitidy
 - I.A.c.a.3.a-Gingivitis(gravidarum?)
 - I.A.c.a.3.b-Epulis gravidarum s. pyogenní granulom(?)
- I.A.c.a.4-gingivitis při diabetes mellitus

I.A.c.b.-gingivální onemocnění při poruchách krvetvorby

- I.A.c.b.1-gingivitis při leukemii
- I.A.c.b.2-gingivitis při jiných poruchách krvetvorby

I.A.c.c.-gingivální onemocnění modifikované medikací

- I.A.c.c.a.- gingivální onemocnění ovlivněné léky
- I.A.c.c.a.1-zbytnění gingivy ovlivněné léky-

- I.A.c.c.2-farmaky ovlivněná gingivitis
 - I.A.c.c.2.a.-gingivitis spojená s orálními kontraceptivy
 - I.A.c.c.2.b.-ostatní farmakologicky ovlivněné gingivitidy

I.A.c.d.-gingivální onemocnění modifikovaná poruchami výživy

- I.A.c.d.a- Gingivitis při karenci vitamínu C
- I.A.c.d.b.-Gingivální onemocnění z jiných nutričních příčin

I.B.-gingivální léze nevyvolané plakem

I.B.a.-gingivální onemocnění vyvolané specifickými bakteriemi

I.B.b.-gingivální onemocnění virového původu

I.B.c. –gingivální onemocnění mykotického původu

I.B.d.-gingivální onemocnění genetického původu

I.B.e.-gingivální manifestace (projevy)systémových podmínek.

- I.B.e.a.-traumatické léze gingivy
- I.B.e.b.-reakce cizích těles

I.B.e.c.-gingivální projevy blíže nespecifikovaných podmínek

II.-Parodontální onemocnění

II.-Chronická parodontitis

- II.a- lokalizovaná parodontitis
- II.b- generalizovaná parodontitis

III.-Agresivní parodontitis

- III.a-lokalizovaná parodontitis
- III.b-generalizovaná parodontitis

IV.-Parodontitis jako projev systémových onemocnění

IV. a- parodontitis jako projev poruch krvetvorby

- IV.a-1-parodontitis jako projev získané neutropenie
- IV.a-2-parodontitis jako projev leukemie
- IV.a-3-parodontitis jako projev ostatních poruch krvetvorby

IV .b-parodontitis v souvislosti s dědičnými anomáliemi

IV.b.1-parodontitis v souvislosti s familiární a cyklickou neutropenií

IV.b.2-parodontitis v souvislosti s Downovým syndromem

IV.b.3- parodontitis v souvislosti s poruchami adheze leukocytů

IV.b.4-parodontitis v souvislosti s Lefevrovým syndromem-Keratoma palmare et plantare

IV.b.5-parodontitis v souvislosti s Chediak-Higashiho syndromem

IV.b.6-parodontitis v souvislosti s Histiocytosis syndromem

IV.b.7- parodontitis v souvislosti s poruchou ukládání glykogenu

IV.b.8-parodontitis ve vztahu k infantilní genetické agranulocytóze

IV.b.9-parodontitis ve vztahu ke Cohenově syndromu

IV.b.10-parodontitis ve vztahu k Ehlers-Danlosovu syndromu (Typ IV a VIII)

IV.b.11-parodontitis ve vztahu k Hypophosphatase

IV.b.12-parodontitis ve vztahu k ostatním genetickým anomáliím

IV.c.-parodontitis blíže nespécifikovaná

V. Nekrotizující parodontální onemocnění

V.a.-Nekrotizující ulcerující gingivitis

V.b.-nekrotizující ulcerující parodontitis

VI. -Abscesy parodontu

VI.a.-gingivální absces

VI.b.-parodontální absces

VI.c.-perikoronární absces

VII. Parodontitis ve vztahu k pulpopatiím

VII. a.- pulpo-parodontální komplex/ kombinovaná endodonticko-parodontální léze.

VIII. vývojově podmíněné nebo získané deformity a stavy.

VIII. a.-lokalizované faktory ve vztahu k zubu, které predisponují nebo ovlivňují gingivální onemocnění vyvolaná plakem /parodontitis.

VIII.a.1.-anatomické zvláštnosti zubu

VIII.a.2.-opravy a přístroje

VIII.a.3.-fraktury kořene

VIII.a.4.-cervikální resorpce kořene a trhliny cementu

VIII.b. mukogingivální deformity a odchylky v okolí zubu

VIII.b.1.-gingivální recesy

VIII.b.1.a- deformity faciálních nebo lingválních povrchů

VIII.b.1.b-aproximální odchylky a deformity

VIII.b.2.-vady keratinizované gingivy.

VIII.b.3.- mělké vestibulum

VIII.b.4.-odchylky v úponu frenula

VIII.b.5.-zbytnění gingivy

VIII.b.5.a.-nepravý parodontální chobot

VIII.b.5.b.-uvolněná marginální gingiva

VIII.b.5.c.-nápadný vzhled gingivy

- VIII.b.5.d.-zbytnění gingivy
- VIII.b.6.- abnormální zbarvení gingivy

VIII.c.-mukogingivální deformity a zvláštnosti na bezzubém čelistním hřebeni.

- VIII.c.1.-vertikální nebo horizontální deficit čelistního hřebene.
- VIII.c.2.-vady na gingiválních keratinizujících tkáních
- VIII.c.3.-zbytnění měkkých tkání gingivy
- VIII.c.4.-abnormity úponu frenula
- VIII.c.5.-mělké vestibulum
- VIII.c.6.-abnormální zbarvení bezzubé gingivy

VIII.d. –okluzní trauma

- VIII.d.1.-primární okluzní trauma
- VIII.d.2.-sekundární okluzní trauma

Výše uvedenou Klasifikaci 1999 lze najít (Rateitschak)i v té podobě, kdy se hovoří rovnou o Typu I, II atd. aniž by bylo onemocnění blíže nazváno:

Classification of Periodontal Diseases (International Workshop of the AAP/EFP, 1999)

Type I	Gingival Diseases A Plaque-Induced Gingival Diseases B Non-Plaque-Induced Gingival Lesions
Type II	Chronic Periodontitis A Localized B Generalized
Type III	Aggressive Periodontitis A Localized B Generalized
Type IV	Periodontitis as a Manifestation of Systemic Disease A Associated with Hematological Disorders B Associated with Genetic Disorders C Not Otherwise Specified (NOS)
Type V	Necrotizing Periodontal Disease A Necrotizing Ulcerative Gingivitis (NUG) B Necrotizing Ulcerative Periodontitis (NUP)

Types VI-VIII Further forms as well as transitions and "status pictures" of the diseases described, as well as the strengths and weaknesses of the new classifications are described in details (pp. 519–522) and in the original publications.

U- doba imunologické parodontologie

- teorie je založena na faktu, že **destrukce závěsného aparátu je dána interakcí mezi hostitelskou imunitní odpovědí a specifickou bakteriální invazí**. Má – li dojít k destrukci attach mentu, je tedy nutná přítomnost periopato-genů ve virulentní formě. Tyto periopatogeny fungují vždy v tzv. biofilmu. Některé kmeny jsou schopny průniku nejen do závěsného aparátu, ale také do okolních měkkých tkání. Je otázkou daného jedince a schopnosti jeho imunitní odpovědi danou infekci potlačit. Pokud je tato imunitní odpověď z jakéhokoliv důvodu oslabena, dochází ke kaskádě pochodů na buněčné i molekulární úrovni, která způsobí větší či menší destrukci parodontálních tkání. Roli zde hraje výsledný poměr mezi destruktivními a reparativními procesy.

V-doba příčinných souvislostí

-parodontitis je zjištěna jako rizikový faktor jiných onemocnění. Lösche- 1994 bakteriální aminy a expozice endotoxinů z parodontální infekce brání metabolismu endotelu, omezuje funkci trombocytů a srážení krve, přičemž hromadění trombocytů může pak být rizikovým faktorem pro koronární trombozu a infarkt myokardu.

Ale již 1929 „Tölzel Tagung“ německé ARPA nesly se ve znamení systemových souvislostí parodontitidy a znovu se této věci jednali parodontologové (DGP) v r. 2008 se zástupci internistů (DGIM) v Norimberku.

2003-Český statistický úřad sděluje, že vydal Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (**MKN-10**) sdělením č.495/2003 Sb. ze dne 18.12.2003.

X-doba geneticko-genomická

-hledá důvody pro variabilitu imunologické odpovědi na bakteriální noxu, fenotypů a dědičných onemocnění přičemž důvodem má být genetický polymorfismus. Počátek období je mezi léty 1865 u genetiky /Mendel/, a 2006 u genomiky. Trvá dodnes.

-2008—WHO-MKN-10- Český statistický úřad sděluje, že vydal aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) sdělením č.430/2008 ze dne 3.12.2008,

-2011-WHO-MKN-10—ČSÚ vydal sdělení č.340/2011 Sb. ze dne 13.11.2011 o aktualizaci MKN-10,

-2012-WHO-MKN-10- ČSÚ vydal sdělení č.426/2012 Sb. z 28,11.2012 o aktualizaci MKN-10.

2013-Německo, Eickholz (varianta Klasifikace 1999)

V Německu platí jak ta klasifikace, kterou německá parodontologická společnost DGP autorizovala, tak i klasifikace doporučená WHO. V Německu se označuje ICD-10, číslo

označuje její variantu. Eickholzova klasifikace ukazuje způsob sladění mezi oběma. Bylo k tomu zapotřebí přimět WHO, aby vydala upravenou klasifikaci ICD-10-GM. Skupiny 2.3.5.6.a 7. Eickholz neuvádí. Eickholzova varianta Klasifikace 1999 je s hlubokým smyslem pro detail vyprecizována do encyklopedické šíře, zatímco v anglosaských zemích byla tato Klasifikace 1999 s pragmatickým nadhledem osekána na nejzákladnější kostru.

8.4 **Klasifikace 1999-nezkrácená německá verze (překlad autor) Eickholzova varianta Klasifikace 1999**

I.Gingivální onemocnění

I.A gingivální onemocnění vyvolaná plakem	1.1.1.-gingivitida výhradně podmíněná plakem
I.A.a.-bez účasti jiných místních příčin	1.1.1.1.-bez lokálních modifikujících faktorů
I.A.b.-s účastí jiných místních příčin	1.1.1.2.-s lokálně modifikujícími faktory(viz bod 8.1.)
I.A.c-gingivální onemocnění modifikované systémovými příčinami.	1.1..2.-gingivitida modifikovaná systémovými faktory
I.A.c.a-gingivální onemocnění modifikované endokrinním systémem	1.1.2.1.-vlivy hormonální
I.A.c.a.1- pubertální gingivitis	1.1.2.1.1.-puberta
I.A.c.a.2-gingivitis při menstruaci	1.1.2.1.2.-menstruační cyklus
I.A.c.a.3- těhotenské gingivitidy	1.1.2.1.3.-těhotenství:těhotenská gingivitida,pyogenní granulom
I.A.c.a.3.a-Gingivitis(gravidarum?)	
I.A.c.a.3.b-Epulis gravidarum s.pyogenní granulom(?)	
I.A.c.a.4-gingivitis při diabetes mellitus	1.1.2.1.4-diabetes mellitus
I.A.c.b.-gingivální onemocnění při poruchách krvetvorby	1.1.2.2.-choroby krevní
I.A.c.b.1-gingivitis při leukemii	1.1.2.2.1-leukemie
I.A.c.b.2-gingivitis při jiných poruchách krvetvorby	1.1.2.2.2. –ostatní
I.A.c.c.-gingivální onemocnění modifikované medikací	1.1.3.-lékově modifikovaná gingivitida
I.A.c.c.a.- gingivální onemocnění ovlivněné léky	1.1.3.1.-gingivální hyperplazie
I.A.c.c.a.1-zbytnění gingivy ovlivněné léky-	1.1.3.2.-lékově podmíněná gingivitida
I.A.c.c.2-farmaky ovlivněná gingivitis	
I.A.c.c.2.a.-gingivitis spojená s orálními kontraceptivy	
I.A.c.c.2.b.-ostatní farmakologicky ovlivněné gingivitidy	
I.A.c.d.-gingivální onemocnění modifikovaná poruchami výživy	1.1.4.- Gingivitida jako následek nedostatečné výživy
I.A.c.d.a- Gingivitis při karenci vitamínu C	1.1.4.1.-nedostatek vitamínu C
I.A.c.d.b.-Gingivální onemocnění z jiných nutričních příčin	1.1.4.2.-ostatní
1.1.5.4.-ostatní	
I.B.-gingivální léze nevyvolané plakem	1.1.5.-onemocnění gingivy bakteriálního původu
I.B.a.-gingivální onemocnění vyvolané specifickými bakteriemi	1.1.5.1.-léze asociované s neisseria gonorrhoea
	1.1.5.2.-léze asociované s treponema pallidum
	1.1.5.3.-léze asociované se streptokokovými infekcemi
I.B.b.-gingivální onemocnění virového původu	1.1.6.-onemocnění gingivy virového původu

- 1.1.6.1.-herpetické infekce
 - 1.1.6.1.1.-primární gingivostomatitis herpetica
 - 1.1.6.1.2.recidivující orální herpetické infekce
 - 1.1.6.1.3.-infekce vyvolané virem varicella –zoster
 - 1.1.6.2.-ostatní
- I.B.c. –gingivální onemocnění mykotického původu**
 - 1.1.7.-onemocnění gingivy mykotického původu
 - 1.1.7.1.-kandidové infekce
 - 1.1.7.1.1.-generalizovaná gingivální kandidóza
 - 1.1.7.2.-lineární gingivální erytem
 - 1.1.7.3.-histoplasmosa
 - 1.1.7.4.-ostatní
 - 1.1.8.-onemocnění geneticky podmíněné
 - 1.1.8.1.-hereditární fibromatoza gingivy
 - 1.1.8.2.-ostatní
- I.B.d.-gingivální onemocnění genetického původu**
- I.B.e.-gingivální manifestace(projev)systémových podmínek.**
 - 1.1.9.-systemová onemocnění manifestující se na dásni
 - 1.1.9.1-slizniční změny
 - 1.1.9.1.1.lichen planus
 - 1.1.9.1.2.pemphigoid
 - 1.1.9.1.3. pemphigus vulgaris
 - 1.1.9.1.4.-multiformní erytem
 - 1.1.9.1.5.-lupus erytematoides
 - 1.1.9.1.6.-medikamentózně podmíněná
 - 1.1.9.1.7.-ostatní
 - 1.1.9.2.-alergické reakce
 - 1.1.9.2.1.-materiály používané v zubním lékařství:rtuť,akryláty,ostatní
 - 1.1.9.2.2.-reakce na látky obsažené v : zubních pastách,ústních vodách,žvýkačkách,potrav.přísadách
 - 1.1.9.2.3.-ostatní
- I.B.e.a.-traumatické léze gingivy
 - 1.1.10-traumatická poškození
 - 1.1.10.1.-chemická

	1.1.10.2.-fyzikální
	1.1.10.3.-termická
I.B.e.b.-reakce cizích těles	1.1.11.-reakce na cizí těleso
I.B.e.c.-gingivální projevy blíže nespecifikovaných podmínek	1.1.12.-ostatní nespecifikované

II.-Parodontální onemocnění

II.-Chronická parodontitis

- II.a- lokalizovaná parodontitis
- II.b- generalizovaná parodontitis

III.-Agresivní parodontitis

- III.a-lokalizovaná parodontitis
- III.b-generalizovaná parodontitis

IV.-Parodontitis jako projev systémových onemocnění

IV. a- parodontitis jako projev poruch krvetvorby	4.1.-krevní choroby
IV.a-1-parodontitis jako projev získané neutropenie	4.1.1.-získaná neutropenie, leukémie, ostatní
IV.a-2-parodontitis jako projev leukemie	
IV.a-3-parodontitis jako projev ostatních poruch krvetvorby	
IV. b-parodontitis v souvislosti s dědičnými anomáliemi	4.2.-spojená s geneticky vázanými chorobami
IV.b.1-parodontitis v souvislosti s familiární a cyklickou neutropenií	4.2.1.-familiární či cyklická neutropenie
IV.b.2-parodontitis v souvislosti s Downovým syndromem	4.2.2.-trisomie 21.chromozomu©
IV.b.3- parodontitis v souvislosti s poruchami adheze leukocytů	4.2.3.-syndrom defektní adhezivity leukocytů (LADS)(d)
IV.b.4-parodontitis v souvislosti s Lefevrovým syndromem-Keratoma palmare et plantare	4.2.4.-syndrom Papillon-Lefevre
IV.b.5-parodontitis v souvislosti s Chediak-Higashiho syndromem	4.2.5.-Chediakův-Higashiho syndrom
IV.b.6-parodontitis v souvislosti s Histiocytosis syndromem	4.2.6.-histiocytoza z Langerhansových buněk či eozinofilní granulom
IV.b.7-parodontitis v souvislosti s poruchou ukládání glykogenu	4.2.7.-choroby hromadění glykogenu
IV.b.8-parodontitis ve vztahu k infantilní genetické agranulocytose	4.2.8.-infantilní genetická agranulocytose
IV.b.9-parodontitis ve vztahu ke Cohenově syndromu	4.2.9.-Cohenův syndrom
IV.b.10-parodontitis ve vztahu k Ehlers-Danlosovu syndromu (Typ IV a VIII)	4.2.10.-Ehlers-Danlosův syndrom typu IV a VIII AD
IV.b.11-parodontitis ve vztahu k Hypophosphatase	4.2.11.-hypofosfatazie /e/
IV.b.12-parodontitis ve tahu k ostatním genetickým anomáliím	4.2.12.-ostatní

IV. c.-parodontitis blíže nespecifikovaná

V. Nekrotizující parodontální onemocnění

- V.a.-Nekrotizující ulcerující gingivitis
- V.b.-nekrotizující ulcerující parodontitis

VI. -Abscesy parodontu

- VI.a.-gingivální absces
- VI.b.-parodontální absces
- VI.c.-perikoronární absces

VII.Parodontitis ve vztahu k pulpopatiím

- VII. a.- pulpo-parodontální komplex/ kombinovaná endodonticko-parodontální léze.

VIII. vývojově podmíněné nebo získané deformity a stavy.

VIII.a.-lokalizované faktory ve vztahu k zubu ,které predisponují nebo ovlivňují gingivální onemocnění vyvolaná plakem /parodontitis..

indukované gingividity/parodontitidy	8.1.-lokální dentálně asociované faktory,které usnadňují vznik plakem
VIII.a.1.-anatomické zvláštnosti zubu	8.1.1.-anatomie zubů
VIII.a.2.-opravy a přístroje	8.1.2.- výplně/protetické konstrukce na zubech
VIII.a.3.-fraktury kořene	8.1.3.-fraktury kořenů
VIII.a.4.-cervikální resorpce kořene a trhliny cementu	8.1.4.-cervikální resorpce kořene a cementové perly

VIII. b.mukogingivální deformity a odchylky v okolí zubu	8.2.-mukogingivální poměry v okolí zubů
VIII.b.1.-gingivální recesy	8.2.1.-recesy
VIII.b.1.a- deformity faciálních nebo lingválních povrchů	8.2.1.1.-vestibulární nebo orální recesy
VIII.b.1.b-aproximální odchylky a deformity	8.2.1.2.-aproximální recesy
VIII.b.2.-vady keratinizované gingivy.	8.2.2.-nedostatek keratinizované gingivy
VIII.b.3.-mělké vestibulum	8.2.3.-snížená hloubka vestibula
VIII.b.4.-odchylky v úponu frenula	8.2.4.- lokalizace jazykových/retních uzdiček
VIII.b.5.-zbytnění gingivy	8.2.5.-nadbytek gingivální tkáně
VIII.b.5.a.-nepravý parodontální chobot	8.2.5.1.-nepravý chobot
VIII.b.5.b.-uvolněná marginální gingiva	8.2.5.2.-nepravidelný průběh okraje gingivy
VIII.b.5.c.-nápadný vzhled gingivy	
VIII.b.5.d.-zbytnění gingivy	8.2.5.3.-gingivální hyperplazie(viz 1.1.3.1. a 1.2.4.)
VIII.b.6.- abnormální zbarvení gingivy	8.2.6-abnormální zbarvení
VIII.c.-mukogingivální deformity a zvláštnosti na bezzubém čelistním hřebeni.	8.3.-slizniční změny na bezzubém alveolárním
výběžku VIII.c.1.-vertikální nebo horizontální deficit čelistního hřebene.	8.3.1.-resorpce alveolárního výběžku vertikální nebo
horizontální VIII.c.2.-vady na gingiválních keratinizujících tkáních	8.3.2.-nedostatek gingivy,resp.keratinizované tkáně
VIII.c.3.-zbytnění měkkých tkání gingivy	8.3.3.-hypertrofie gingivy/měkkých tkání
VIII.c.4.-abnormity úponu frenula	8.3.4.-aberantní poloha retních resp. jazykových uzdiček
VIII.c.5.-mělké vestibulum	8.3.5.-snížená hloubka vestibula
VIII.c.6.-abnormální zbarvení bezzubé gingivy	8.3.6.-abnormální zbarvení
VIII.d. -okluzní trauma	8.4.-Okluzní trauma
VIII.d.1.-primární okluzní trauma	8.4.1.-Primární okluzální trauma
VIII.d.2.-sekundární okluzní trauma	8.4.2.sekundární okluzální trauma

2018 –WHO, -MKN 10- ve Sbírce zákonů č.464/2017, str. 5603 Český statistický úřad sděluje, že vydal aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)dne 15.12.2017 s platností od 1.1.2018.

- **Opis znění MKN a ICD-10 :**
- **MKN 10-**Kapitola XI-K 050 **ICD-10:**
- **-Zánět dásně (gingivitida)a periodontálních nemocí**

K050-

K 050-0-Akutní zánět dásně(gingivitis acuta). K 05.0-Acute gingivitis

-nepatří sem Akutní ulcerózní gingivitis(A69.1) a

herpetická (Herpes simplex)gingivostomatitida(B00.2)

K 05.00-Plaque induced

K 05.01-Non-Plaque induced

K 050- 1-Chronický zánět dásně/gingivitis chronica K 05.1- Chronic gingivitis

Gingivitida (chronická)

K 05.10-....Plaque induced

-NS

K 05.11-....Non Plaque induced

-deskvamativní

-hyperplastická

- prostá marginální
- vředovitá

K050- 2.Akutní periodontitis

Akutní perikoronitida

- parodontální absces
 - periodontální absces
- nepatří sem: akutní apikální periodontitida (K 04.4)
 periapikální absces bez dutiny (K04.7)
 periapikální absces s dutinou(K04.6)

K 05.2-Aggressive periodontitis

K 05.20-.....unspecified

K 05.21-Aggressive periodontitis,localized

K 05.211.....slight

K 05.212.....moderate

K 05.213 ..severe

K 05.219...unspecified severity

K 05.22 –Aggressive periodontitis generalized

K 05.221-.....slight

K 05.222-.....moderate

K 05.223-.....severe

K 05.229-.....unspecified severity

K 05.3.Chronická periodontitida

Chronická perikoronitida

Periodontitida:

- NS
- komplexní
- prostá

K 05.3-Chronic periodontitis

K 05.30-.....unspecified

K 05.31-Chronic periodontitis,localized

K 05.311.....slight

- K 05.312.....moderate

K 05.313.....severe

K 05.319.....unspecified severity

K 05.32-Chronic gingivitis,generalized

4.Periodontóza

Juvenilní periodontóza

další subkategorie neuvádí

5.Jiné periodontální nemoci

6.Periodontální nemoc NS

Diskuse k porovnání MKN-10 a ICD-10:

Zkratka NS asi znamená Ne Specifikované = Not Specified .

Řada chorob MKN 10 nemá diagnózu vyjádřenou čísly a překlad nerespektuje závaznou Škachovu nomenklaturu. V ČR prostě neexistuje žádná periodontitis ani periodontosis,přípustný je toliko překlad parodontitis nebo parodontosis,který je ovšem obsolentní. Přesto se v této nepřijatelné podobě dostal do zákona.

Mezi MKN-10 a ICD -10 nesouhlasí počet subkategorií neboť se nejedná se o překlad stejného textu a tudíž data takto získaná nejsou srovnatelná.

Nosologické jednotky nemají žádný popis, co vlastně označují. Např akutní zánět dásně znamená toliko zánět dásně trvající ne déle nežli 14 dnů, apod. Není jasné, co je míněno pojmem Absces bez dutiny, když podle definice “-absces je projevem hnisavého exsudativního zánětu a jedná se o hromadění hnisu v dutině vzniklé zánětlivou kolikvací. Abscesová dutina po vyprázdnění zkolabuje a zhojí se jizvou. Pokud je v kosti, jako je tomu u apikálního zubního granulomu, ke zkolabování nedojde“. Velmi zajímavé by bylo zjistit, co se má od 1.1.2018 nazývat periodontoza. Atd.

K textu MKN 10 nelze mít námitky, neboť se jedná se o text právně platný od roku 2003 Odborníci, se kterými byl bezesporu konzultován, k němu za tu dobu měli poskytnout více informací. V roce 2019 k tomu budou mít znovu příležitost.

K05 Zánět dásně (gingivitida) a periodontální nemoci	Codes
. 0 Akutní zánět dásně [gingivitis acuta] <i>Nepatří sem: akutní nekrotizující ulcerózní gingivitida (A69.1) herpetická [Herpes simplex] gingivostomatitida (B00.2)</i>	▶ K05 Gingivitis and periodontal diseases ▶ K05.0 Acute gingivitis ▶ K05.00 plaque induced ▶ K05.01 non-plaque induced
388 / XI. KAPITOLA	▶ K05.1 Chronic gingivitis ▶ K05.10 plaque induced ▶ K05.11 non-plaque induced
. 1 Chronický zánět dásně [gingivitis chronica] Gingivitida (chronická): . NS . deskvamativní . hyperplastická . prostá marginální . vředovitá	▶ K05.2 Aggressive periodontitis ▶ K05.20 unspecified ▶ K05.21 Aggressive periodontitis, localized ▶ K05.211 slight ▶ K05.212 moderate ▶ K05.213 severe ▶ K05.219 unspecified severity
. 2 Akutní periodontitida Akutní perikoronitida Parodontální absces Periodontální absces <i>Nepatří sem: akutní apikální periodontitida (K04.4) periapikální absces bez dutiny (K04.7) periapikální absces s dutinou (K04.6)</i>	▶ K05.22 Aggressive periodontitis, generalized ▶ K05.221 slight ▶ K05.222 moderate ▶ K05.223 severe ▶ K05.229 unspecified severity
. 3 Chronická periodontitida Chronická perikoronitida Periodontitida: . NS . komplexní . prostá	▶ K05.3 Chronic periodontitis ▶ K05.30 unspecified ▶ K05.31 Chronic periodontitis, localized ▶ K05.311 slight ▶ K05.312 moderate ▶ K05.313 severe ▶ K05.319 unspecified severity
. 4 Periodontóza Juvenilní periodontóza	▶ K05.32 Chronic periodontitis, generalized
. 5 Jiné periodontální nemoci	
. 6 Periodontální nemoc NS	

2018- EFP a AAP

Od roku 2017 se (dle DZW 2017) očekávalo přijetí nové klasifikace, která měla být v březnu/dubnu 2018 zveřejněna v „Journal of Clinical Periodontology“/oficiální periodikum EFP/ a „Journal of Periodontology“/oficiální periodikum AAP/ a poprvé měla být představena na „EuroPerio9“ v Amsterdamu. Jedná se o společnou aktivitu **EFP** a **AAP**, ústřední postavou je profesor Soren Jepsen. Tato nová klasifikace představuje potvrzení konsensu mezi Evropou a USA dosaženého už Klasifikací 1999 a navíc jsou jednotlivým kategoriím přiděleny jmenované autority včetně kontaktní adresy, snad aby plnili úlohu jakýchsi správců této nové klasifikace.

(Jelikož dosud nedošlo k oficiálnímu přijetí a uvedení českého znění Klasifikace 2018, je trochu rizikové dnes předložit neautorizovaný překlad, který by se přece jen mohl od toho oficiálního lišit. Přesto tak činím s vědomím toho, že v českém periodiku se jedná v českém jazyce = tedy je určitý překlad nutný).

Klasifikace 2018

I.-Periodontal health, gingival diseases and conditions

I. -Parodont zdravý,gingivální onemocnění a podmínky

I.1.- Periodontal health and gingival health (Lang and Bartold 2018)

I.1. Zdravý parodont i gingiva

I.1.a.-Clinical gingival health on an intact periodontium

I.1.a.-Klinicky zdravá gingiva na intaktním parodontu

I.1.b.-Clinical gingival health on a reduced periodontium

I.1.b.-klinicky zdravá gingiva na redukovaném parodontu

I.1.b. i.-Stable periodontitis patient

I.1.b.i. –stabilizovaný (kompenzovaný) pacient s parodontitidou

I.1.b. ii.-Non-periodontitis patient

I.1.b.ii.-ne-parodontitický pacient

I.2.- Gingivitis: Dental biofilm induced (Murakami et.al.2018)

I.2.-Gingivitis vyvolaná dentálním biofilmem

I.2.a.-Associated with dental biofilm alone

I.2.a.-Pouze dentálním biofilmem vyvolaná gingivitis

I.2.b.-Mediated by systemic or local risk factors

I.2.b.-Systemovými nebo místními rizikovými faktory vyvolaná gingivitis

I.2.c.-Drug-influenced gingival enlargement

I.2.c.-Farmakologicky ovlivněné zbytnění gingivy

I.3.- Gingival diseases: Non-dental biofilm induced (Holmstrup et.al.2018)

I.3.-Onemocnění gingivy nevyvolaná dentálním biofilmem

I.3.a.-Genetic/developmental disorders

I.3.a.-Dědičné a vývojové poruchy

I.3.b.-Specific infections

I.3.b.-Specifické infekce

I.3.c.-Inflammatory and immune conditions

I.3.c.-zánětlivé a imunitní stavy

I.3.d.-Reactive processes

I.3.d.Reaktivní procesy

I.3.e.-Neoplasms

I.3.e.-Nádory

I.3.f.-Endocrine,nutritional + metabolic diseases

I.3.f.-Hormonální,nutriční a metabolické choroby

I.3.g.-traumatic lesions

I.3.g.-úrazy

I.3.h.-Gingival pigmentation

I.3.h.-pigmentace gingivy

II.- Forms of Periodontitis

II.-Podoby Parodontitis

II.1.- Necrotizing periodontal diseases (Herrera et. al 2018)

II.1.-Nekrotizující parodontální onemocnění

II.1.a.- Necrotizing gingivitis

II.1.a.-nekrotizující gingivitis

II.1.b.-Necrotizing periodontitis

II.1.b.-Nekrotizující parodontitis

II.1.c.-Necrotizing stomatitis

II.1.c.-Nekrotizující stomatitis

II.2.-Periodontitis as manifestation of systemic disease (Jepsen,Caton,Albandar)

II.2.-Parodontitis jako projev systémových onemocnění

Classification of these conditions should be based on the primary systemic disease according to the International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) codes

Klasifikace těchto stavů měla by být založena na primární systémové chorobě podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a sdružených zdravotních problémů = ICD kódy.

II.3.-Periodontitis stages (Fine, Needleman,Billings et al 2018)

II.3.-Fáze parodontitis

II.3.a -stages –stage I.: initial Periodontitis

Fáze I.: počínající parodontitis

Stage II.: moderate Periodontitis

Fáze II.: mírná (střední) parodontitis

Stage III.:Severe Periodontitis with potential for additional tooth loss

Fáze III.: závažná parodontitis s možnou ztrátou zubu

Stage IV.:Severe Periodontitis with potencial for loss of the dentition

Fáze IV.: závažná parodontitis s možnou ztrátou dentice

Parodontitis: Staging

Papapanou, Sanz et al. 2018 Konsensus-Bericht,
Tonetti et al. 2018 Fall-Definitionen

Parodontitis-Stadium		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere	interdentaler CAL an Stelle mit höchstem Verlust	1 – 2 mm	3 – 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	röntgenologischer Knochenabbau	koronales Drittel (< 15%)	koronales Drittel (15 – 33%)	bis ins mittlere oder apikale Wurzeldrittel	bis ins mittlere oder apikale Wurzeldrittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
Komplexität	lokal	maximale Sondierungstiefe 3 – 4 mm, zumeist horizontaler Knochenabbau	maximale Sondierungstiefe 4 – 5 mm, zumeist horizontaler Knochenabbau	zusätzlich zur Stadium-II-Komplexität: Sondierungstiefe ≥ 6 mm, vertikaler Knochenabbau ≥ 3 mm, Furkationsbeteiligung Grad II oder III moderater Kammdefekt	zusätzlich zur Stadium-III-Komplexität: Notwendigkeit für komplexe Rehabilitation wegen: mastikatorischer Dysfunktion; sekundärem okklusalem Trauma; (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2); Bisskollaps; Zahnwanderung, Auf-fächerung; weniger als 20 verbleibende Zähne (10 gegenüberliegende Paare); schwerer Kammdefekt
Ausmaß & Verteilung	Als Deskriptor zum Stadium hinzufügen	Für jedes Stadium Ausmaß als lokalisiert (< 30% der Zähne betroffen), generalisiert oder Molaren-Inzisiven-Muster beschreiben			

II.3.b.- Extent and distribution:localised,generalised,molar-incisor distribution

II.3.b.-Rozsah a rozložení: lokalizovaná , generalizovaná, rozsah molár-řezák

II.3.c.-Grades: Evidence or risk of rapid progression,anticipated treatment response (Papapanou,Sanz et al 2018)

II.3.c.-Stupně: ukazatel rizika rychlé progresse a odpovídající léčeba

- i. Grade A: slow rate of progression-
 - i. *Stupeň A: nízké skore (míra) progresse*
- ii . Grade B: Moderate rate of progression
 - ii. *Stupeň B: střední skore (míra) progresse*
- iii. Grade C: Rapid rate of progression
 - iii. *Stupeň C : rychlé skore (míra) progresse*

Parodontitis: Grading			Papapanou, Sanz et al. 2018 Konsensus-Bericht, Tonetti et al. 2018 Fall-Definitionen		
Parodontitis-Grade			Grad A langsame Progressions-Rate	Grad B moderate Progressions-Rate	Grad C schnelle Progressions-Rate
Primäre Kriterien	direkte Evidenz für Progression	longitudinale Daten (röntgenologisch oder Verlust an CAL)	Evidenz für keinen Abbau über 5 Jahre	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz für Progression	Knochenabbau/Alter Fall-Phänotyp	< 0,25 viel Biofilm- auflagerungen mit wenig parodontalem Abbau	0,25 – 1,0 parodontale Destruktion entspricht Biofilm- auflagerungen	> 1,0 parodontale Destruktion über- schreitet die Erwartung ange- sichts der Biofilmauflagerungen; spezifisches klinisches Muster legt Perioden schneller Progres- sion und/oder früh einsetzende Erkrankung, d. h. Molaren- Inzisiven-Muster nahe; fehlendes zu erwartendes Ansprechen auf Standardtherapien zur bakteriellen Kontrolle
Grad-Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher < 10 Zigaretten / Tag	Raucher ≥ 10 Zigaretten / Tag
		Diabetes	normoglykämisch mit oder ohne vorherige Diagnose von Diabetes	HbA1c < 7,0 bei Diabetes- Patienten	HbA1c ≥ 7,0 bei Diabetes- Patienten

III. Other conditions affecting the periodontium

III.- Jiné stavy (podmínky) ovlivňující parodont

III.1.- Systemic diseases or conditions affecting the periodontal supporting tissues (Albandar et al. 2018)

III.1.- Systémová onemocnění a stavy ovlivňující podpůrné parodontální tkáň

III.2.- Periodontal diseases and endodontic periodontal lesions (other periodontal conditions) (Papapanou, Sanz et al. 2018)

III.2.- Onemocnění parodontu a endodontické parodontální léze (ostatní parodont. stavy)

III.2.a.- Periodontal Abscesses

III.2.a.- Parodontální abscesy

III.2.b.- Endodontic-periodontal lesions

III.2.b.- Pulpo-parodontální léze (poškození)

III.3.- Mucogingival deformities and conditions around teeth (Cortellini, Bissada 2018)

III.3.a.- gingival phenotype

III.3.a.-gingivální fenotyp

III.3.b.-gingival/soft tissue recession

III.3.b.-recese gingivy a měkkých tkání

III.3.c.-Lack of gingiva

III.3.c.-Nedostatek (málo) gingivy

III.3.d.-Decreased vestibular depth

III.3.d.-snížená hloubka vestibula, mělké vestinulum

III.3.e.-Aberrant frenulum/Muscle position

III.3.e.-Odchylný úpon svalů a frenula

III.3.f.-Gingival excess

III.3.f.-Přebytek gingivy

III.3.g.-Abnormal color

III.3.g.-neobvyklé zbarvení gingivy

III.3.h.-Condition of the exposed root surface

III. 3.h.-stavy odhaleného povrchu zubního kořene

III.4.-Traumatic occlusal forces (Fan, Catton 2018)

III.4.-Traumatizující okluzální síly

III.4.a.- Primary occlusal trauma

III.4.a.-primární okluzní trauma

III.4.b.-Secondary occlusal trauma

III.4.b.-Sekundární okluzní trauma

III.4.c.-Orthodontic forces

III.4.c.-ortodontické síly

III.5.- Prostheses and tooth –related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival disease/periodontitis, (jinde: Tooth and prosthesis related factors)

(Ercoli ,Catton 2018). *Volně přeloženo: Se zubními náhradami a zuby – související faktory, které modifikují nebo prédisponují k plakem indukované gingivitidě/parodontitidě.*

III.5.-Dentální a protetické faktory

III.5.a.-Localized tooth-related factors

III.5.a.-Místní faktory spjaté se zuby

III.5.b.-Localized dental prostheses-related factors

III.5.b.-Místní faktory spjaté se zubními náhradami

IV.-Peri-Implant Diseases and conditions (Berglund,Armitage et al.2018)

IV.-Onemocnění a podmínky(stavy) kolem implantátu

IV.1.-Peri-implant health (Araujo and Lineje 2018)

IV.1.-Zdravé okolí implantátu

IV.2.-Peri-implant mucositis (Heinz-Mayfield and Salvi 2018)

IV.2.-Záněť sliznice v okolí implantátu

IV.3.-Peri-implantitis (Schwarz et al. 2018)

IV.3.Záněť kolem implantátu

IV.4.-Peri-Implant Soft and Hard Tissue Deficiencies (Hammerle and Tarnow 2018)

IV.4.-Vady měkkých a tvrdých tkání kolem implantátu

Další osud Klasifikace 2018 bude záležet jak na jejím formálním včlenění do právních norem, tak na jejím faktickém přijetí v publikacích autorů.

Charakteristika nové Klasifikace 2018:

1) Pokud nastane nějaká změna, pak by měla být změna zdůvodněna a nový stav definován klinicky i patologicko anatomicky případně i histologicky. To by znamenalo doprovodit vyhlášení každé nové Klasifikace obsáhlým textem. Autoři Klasifikací v tomto směru nebývají příliš sdílní. Vyhlášení nové Klasifikace (v r.2018 jsme zažili dvě takové akce, jedna byla tato Klasifikace 2018 z Europerio, druhá MKN-10 z WHO) připomíná spíše vydání manifestu-hodně se o nich mluví,ale průvodní text bývá krátký. Dokument podle kterého je psána tato charakteristika měl osm stran značně obecného textu. Bylo mnohokrát opakováno, že Klasifikace 2018 má nahradit Klasifikaci 1999. Při porovnání textů obou Klasifikací (viz Dodatek)je nápadné ochuzení nové Klasifikace oproti té předchozí. Předchozí Klasifikace 1999 prošla svým vývojem, a ve své současné rozšířené podobě je schopna systemizovat více pojmů než Klasifikace nová. Ale!! Klasifikace

1999 byla také známá v různých verzích, encyklopedické německé a schematicky zjednodušené angloamerické. Proto lze očekávat, že se podrobná forma Klasifikace 2018 ještě objeví. V podstatě by se dalo říct, že stará Klasifikace 1999 výrazně zohledňovala etiologii, zatímco nová Klasifikace 2018 je spíše klinická.

2) Porovnání Klasifikací 1999 a 2018. V tabulce po zpárování ekvivalentních kategorií zůstala skupina kategorií K1. 2018, které jsou tak prokazatelně nové. Lze z toho vyvodit, že K1.2018 věnuje značnou pozornost definici zdravého parodontu a přidává periimplantitidy, jakoby parodontologie adoptovala implantologii. Zajímavé je odstupňování, grading a staging, silně připomínající Škacha.

Poznámka:

Pojmy staging a grading známe z Patologie a obecné onkologie. Staging vlastně znamená **rozsah choroby** hodnocený dle klasifikace TNM. Grading zase **vyzrálост, stupeň diferenciaci**= vlastně nebezpečnost (aktivita) choroby, zjištěno histopatologicky. Autoři tak směřují k přesnějšímu stanovení choroby. Zřejmě o to samé jde autorům Klasifikace 2018, snaží se parodontopatie více objektivizovat, viz níže.

Nové je /13/: A) zavedení zdravého parodontu jako nosologické jednotky, neboť vyléčená parodontitida znamená sice zdravý, ale redukovaný parodont, což se dosud nazývalo sekundární atrofie parodontu na rozdíl od primární atrofie u dosud neléčeného pacienta.

B) zůstává rozdělení gingivitid na plakem indukované a neindukované

C) Parodontitis se již nebude dělit na chronickou, agresivní, generalizovanou, nebo lokalizovanou a ostatní, nýbrž budou tyto pojmy nahrazeny diagnózou Parodontitis a následovat budou stupeň rizika podle Gradingu (t.j. a,b,c) a stupeň stavu poškození parodontu (nález poškození parodontu) podle Stagingu (1 až 4).

D) Grading ve stupních rizika a, b, c, podchycuje progresi (resp. odpověď na léčbu) onemocnění porovnáváním procentuální ztráty kosti alveolu v průběhu let podle archivovaných RTG snímků (buď není žádný=nízké riziko, nebo je do 2 mm=střední riziko, nebo nad 2mm, což je vysoké riziko) dále poměr ztráty alveolu k věku kdy 0,25=nízké riziko, a je-li větší než 1 je to vysoké riziko a dále klinické vyšetření podle množství plaku a zánětlivé reakce na něj, plus celkový zdravotní stav jako je diabetes mellitus, hodnoty C- reaktivního proteinu, kouření.

-V případě kouření se hodnotí nově nízké riziko =nekuřáctví, střední do 10 cigaret denně a vysoké nad 10 cigaret denně. Což dříve bylo benevolentnější.

-U diabetu se měří glykovaný hemoglobin. Nízké riziko je normoglykemie, střední do 7%, vysoké nad 7%.

-C-reaktivní protein je přiřazen nově a nízké riziko je do 1mg/l, střední do 3mg/l a vysoké nad 3mg/l.

Poznámka: Uvedené je významná další změna, znamená spolupráci s obvodním lékařem, monitorování a vyhodnocování laboratorních hodnot v souvislosti se stavem parodontu. Do naší praxe se tak „dostává“ laboratoř = znak „evidence based medicine“ = objektivní medicíny.

E) Staging určuje stav (rozsah) postižení parodontu při vyšetření ve 4 stupních-počínající, střední, pokročilý a s výhledem na ztrátu chrupu. Určeno je hloubkou parodontálních chobotů, postižením furkací, viklavostí, poměrem korunky a kořene a zda je vertikální nebo horizontální ztráta kosti.

F) zavedení hodnocení stavu vhojení implantátu. Stav okolí implantátu se rozděluje na zdravou gingivu, mukositudu nebo periimplantitidu a pak dělení periimplantitid na počáteční, středně pokročilé a pokročilé podle tabulky.

Porovnání Klasifikací 2018 a 1999 a Klasifikací s vlivem v ČR je uvedeno v Dodatku.

Y-doba implantologická

patrně Purkyněm objevený a Weskim funkčně definovaný parodont se rozšiřuje od roku 2018 na spojení s cizím tělesem, implantátem. Enoseální implantát se vhojuje ankylozou bez vmezeřených buněk a tedy bez infraalveolárních parodontálních vláken s cévním parodontálním plexem. Supraalveolární vlákna sice jsou, ale schází vlákna dentoperiostální a dentogingivální. Spojení sliznice s implantátem se sice dělí na orální, sulkulární a spojovací epitel jako u parodontu, ale tento spojovací epitel je epitel tzv. dlouhý spojovací, neboť schází cement. Celkově se jedná o tkáň méně vaskularizované než skutečný parodont a tomu odpovídá i nižší obranyschopnost a nižší hostitelská odpověď na bakteriální noxu (**na tyto rozdíly poukázal M. Starosta, referát Dolní Morava, 2018**). Jelikož je parodontitis nejčastější příčina ztráty zubu, je rovněž nejčastějším důvodem k jejich náhradě implantátem. Přitom však zavedení implantátu do nepřipravené ústní dutiny s parodontitickou patogenní mikroflorou bude mít za následek periimplantitidu klinicky i rentgenologicky shodnou s agresivní parodontitidou.

.2019-WHO-ICD 11 – v anglickém znění.

K 05.2-Acute periodontitis

K05.20 Peridontal abscess (parodontal abscess)of gingival origin without sinus

Peridontal abscess of origin with no reference to sinus

Excludes: acute apical periodontitis of pulpal origin /K04.4/

acute periapical abscess of pulpal origin (K 04.6,K04.7)

K 05.21 Periodontal abscess (parodontal abscess) of gingival origin with sinus

Excludes: acute apical periodontitis of pulpal origin(K04.4)

acute periapical abscess of pulpal origin (K04.6,K04.7)

K 05.22 Acute pericoronitis

K 05.28 Other specified acute periodontitis

K 05.29 Acute periodontitis,unspecified

K 05.3-Chronic periodontitis

K 05.30 Simplex

K 05.31 Complex

K 05.32 Chronic pericoronitis

K 05.33 Thickened follicle

K 05.38 Other specified chronic periodontitis

K 05.39 Chronic periodontitis,unspecified

K 05.4 Periodontosis

Juvenile periodontosis

K 05.5 Other periodontal diseases

K 06 Other disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge

Excludes: atrophy of edentulous alveolar ridge(K08.2)

gingivitis (K 05.0,K05.1)

K 06.0 -Gingival recession

Includes :postinfective

postoperative

K 06.00 Localized

K 06.01 Generalized

K 06.09 Gingival recession,unspecified

K 06.1 Gingival enlargement

Includes: tuberosity

K 06.10 Gingival fibromatosis

K 06.18 Other specified gingival enlargement

K 06.19 Gingival enlargement,unspecified

K 06.2. Gingival and edentulous alveolar ridge lesions associated with
trauma

K 06.20 Due to traumatic occlusion

K 06.21 Due to toothbrushing

K 06.22 Frictional /functional/ keratosis

K 06.23 Irritative hyperplasia /denture hyperplasia/

K 06.28 Other specified gingival and edentulous alveolar ridge lesions
associated with trauma

K 06.29 Unspecified gingival and edentulous alveolar ridge lesions
associated with trauma

K 06.8 Other specified disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge

K 06.80 Gingival cyst of adult Excludes:gingival cyst of
newborn(k09.82)

K 06.81 Peripheral giant cell granuloma /giant cell epulis/

K 06.81 Peripheral giant cell granuloma /giant cell epulis/

K 06.82 Fibrous epulis

K 06.83 Pyogenic granuloma Excludes: pyogenic granuloma of site
other than gingiva or edentulous alveolar ridge (K 13.40)

Závěr:

Zhodnocení

Předložená práce se zabývá Klasifikacemi z historického hlediska, které umožňuje nahlédnout pro vyřčení následujících závěrů z různých hledisek:

Obecně historické hledisko:

Klasifikace parodontopatií se objevují od konce 19. století jednak z potřeby redukce záplavy synonym, jednak z potřeby autorit nějak problematiku pojmenovat, srozumitelně roztrdit pro praktickou užitečnost. Se vznikem odborných spolků na počátku 20. století objevuje se jejich snaha o mezinárodní názorovou dominanci. První mezinárodní Klasifikací byla FDI 1931 vytvořená s účastí Československa, Německa, Švýcarska, Itálie a Francie, snaha však byla neúspěšná pro válečné turbulence. Následovalo období konsolidace oboru v národních odborných společnostech evropských států, které vytvořily řadu klasifikací vnitrostátního významu, než se spojily v EFP a spolu s americkou AAP vytvořily mezinárodní Klasifikaci 1999, která může být považována za úspěšnou, ovšem s jistou výhradou, kterou je paralelní přítomnost ICD (MKN) klasifikací vzniklých v 60. letech a dosazených do zákonů jednotlivých států prostřednictvím jejich právních vazeb s OSN. V roce 2018 oba subjekty nezávisle na sobě vytvořily své vlastní klasifikace.

Z uvedeného vyplývá, že při styku s odbornými společnostmi Německa a Francie by bylo možné připomenout společné kořeny.

Současný stav v ČR:

Pro ČR nová Klasifikace 2018 neznamena nahrazení Klasifikace 1999, tak jako pro okolní svět, neboť Klasifikace 1999 v ČR nikdy představena nebyla a vzhledem k nezávaznému pojetí předchozích klasifikací jsou tak změny v této oblasti spíše zajímavé než závažné a nejsou tak zásadní jako je tomu v sousedním Německu a patrně i v západním světě. Česká odborná veřejnost je tak spíše pozorovatelem než účastníkem světového vývoje.

Z logiky věci pak vyplývá, že v ČR převažuje validita novely mezinárodní klasifikace WHO(ICD-10,MKN-10), která je od 1.1.2018 součástí legislativy ČR.

V tomto místě se objevila významná nesrovnalost mezi zněním u nás ze zákona platné Mezinárodní klasifikace MKN-10 ve své poslední novelizaci a textem ICD-10 vydaným WHO, takže údaje získané v ČR nelze srovnat s údaji získanými z ICD-10. Jaký a zda vůbec nějaký záměr tím WHO sleduje, se můžeme jen domnívat. Kromě toho se klasifikace WHO drží stále formy vytvořené v polovině 60. let a nezdá se, že by jevíly snahu konvergovat s odbornými klasifikacemi.

I když se zdá, že k existenci klasifikací existují pádné důvody, není jejich nepřítomnost vnímána jako nedostatek. V ČR patrně nikdo nedokáže říct, jaká Klasifikace v současnosti platí, protože pojem platnost je zde nejednoznačný. To lze doložit odpovědí Ministerstva zdravotnictví a institucí, které podle MZ jsou k odpovědi kompetentní. Současný stav je tedy v ČR takový, že lékař používá výrazy podle svého uvážení, ale pokud komunikuje s institucemi, musí používat číselné kódy stanovené MKN-10. Přestože se jedná o dva odlišné systémy, není to v ČR vnímáno jako problém. V Německu se to řešilo složitým jednáním s WHO popsáním v úvodu, u nás se to neřešilo vůbec.

K překladům MKN je třeba zdůraznit, že byla Škachem jako oficiální přijata nomenklatura, z níž alespoň na pojmu Parodont je třeba trvat.

Při sběru dat pro tuto práci se ukázalo, že dosud nikdo řádně nezpracoval historii české Parodontologie, přičemž ve světové literatuře je tato málo známá a relativně dlouhé období bývalého režimu mezi léty 1948-1989 je přecházeno mlčením, ačkoli toto období české Parodontologie bylo úspěšné. Z uvedeného důvodu je v příloze této práce krátká rekapitulace nejvýraznějších úspěchů oboru, přičemž ve skutečnosti bude významných prací a autorů mnohem více. Pozn.: V době totality byl mezinárodní kontakt minimální.

Kromě toho byla diskutována otázka Purkyněho prvenství objevu parodontu, které zaznělo na některých přednáškách. Skutečnost, že se v této souvislosti jméno J.E.Purkyně v současné literatuře nezmiňuje může spadat právě do kategorie výše zmíněného mlčení autorů kteří raději citují novější autory. Podle přesných citací (12), poskytnutých vědeckým

sekretářem České stomatologické společnosti J.E.Purkyně, doc.O.Brázdou, lze věc nahlédnout tak, že jednotlivé tkáně parodontu J.E.Purkyně popsal nebo se o nich zmínil, ale nedefinoval parodont jako funkční celek tak, jak to učinil Weski. Věc je ovšem natolik významná, že v diskusi bude třeba pokračovat.

Jelikož organizace DGP a EFP na svých webových stránkách svou historii uvádějí, i když rozporně, bylo by vhodné, aby Česká parodontologická společnost svou historii prezentovala rovněž a to jako navázání na předválečnou kontinuitu z let 1931/1932 .

Obecný význam klasifikací:

Obecně vzato jsou kategorie odborných klasifikací především gnoseologickými jednotkami, od jejichž správné definice se pak odvíjí diagnostika, léčba a výzkum jednotlivých chorob. Dojde-li ke změně názvu některé kategorie, pak buď název původní správně nevystihoval patologii choroby, nebo se objevila nová gnoseologická jednotka. V obou případech je důvodem posun v dosaženém stavu vědění daný výzkumem, který si vynucuje přehodnocení obsahu pojmů a kategorií jednotlivých klasifikací z hlediska jejich gnoseologické validity a podle toho je pak nutno upravit mezní body pro sběr epidemiologických dat.

Právě to je možná příčinou, proč jsou v nové Klasifikaci 2018 jednotlivým kategoriím přiděleny jmenované autority včetně kontaktní adresy, snad aby plnili úlohu jakýchsi správců příslušných kategorií. Snad v naději, že by mohl být dosavadní skokový vývoj od jedné klasifikace k další klasifikaci nahrazen kontinuálním vývojem.

Stav klasifikací ve světě:

Souběžně se vznikem Klasifikace 2018 představené na EuroPerio 9 spojenými silami EFP a AAP, připravila WHO ve spolupráci s FDI v Ženevě svou vlastní klasifikaci určenou pro stomatology (tzv.ICD-DA nebo taky ICD 11) pro rok 2019. V současnosti FDI připravuje s ADA akci FDI World dental kongres v San Francisku 2019. Patrně tam představí svou ICD-11 klasifikaci. Jelikož je Česká stomatologická komora řádným členem FDI, pak zajisté se v roce 2019 můžeme těšit na představení další Klasifikace – ICD 11.(text ICD 11 je uveden výše).

Rok 2018 byl přitom rokem, ve kterém se připravovala náhrada jak Klasifikace 1999, tak ICD 10 platné od roku 1990. Ale místo aby se odborná veřejnost shodla na jedné společné klasifikaci, vznikly zase klasifikace dvě. Tím byla promarněna šance na jednu společnou klasifikaci, kterou rok 2018 nabízel. Řešení této dvojakosti bude patrně do budoucna nezbytné, protože pokud obě klasifikace mají sloužit praxi, pak pro praktické zubní lékaře představují dva druhy klasifikací nepraktický luxus.

Závěr:

Závěrem nezbyvá, než popřát nové Klasifikaci 2018 aby se ujala alespoň v odborné literatuře parodontologů, než k ní přibude za pár měsíců další nová klasifikace. V našich praxích pak budeme doufat, že vyúčtování výkonů pojišťovnám podle ICD 10 a 11 nepřinese větší komplikace.

Appendix:

Nejvýznamnější teoretické práce k tématu do r.1989:

Obecné počátky českého zubního lékařství:

1810-Nařízení o povinném vzdělání, pojem Zahnarzt poprvé v českých zemích.

1821-Georg Carabelli Adler v Lunkaszprie zakladatel zubního lékařství, lékař císaře, přednášel o zubním lékařství v Josefinu ve Vídni. Nessel jeho žákem.

1828/29-Prof. F. Nessel-Karlova Universita Praha-přednášky o zubním lékařství v němčině.

1882-Eduard Nessel zřizuje c. k . zubní ambulátorium a napsal první českou učebnici zubního lékařství.

1884/85-M.Baštýř-výuka zubního lékařství v češtině na pražské univerzitě.

1900-periodikum Zubní lékař do r. 1936

1926 až1938 -česká účast na vzniku FDI a ARPA, časté cesty do zahraničí i do USA.

Významná práce Karel Breuer-o stavu parodontu ve vztahu k biochem a endokrin.nálezům.

1940 -Jan Wolf a František Neuwirth: Reparační pochody na povrchu přirozeně a uměle vyvolaných defektů skloviny. Světový objev remineralizace ze slin.

1945 -F.Neuwirth,II.stom.klinika Praha-slavné práce o zubní dření a regeneračních pochodech ve sklovině.

1947 -Mézl-první česká monografie o parodontologii.

1962 -J.Wolf –práce o gingivodentálním spojení u makaka, světový význam

Polovina 60.let-4 skupiny na VÚS, tým M. Kindlové získává mezinárodní ohlas komplexním studiem modelu experimentální parodontální léze a imunogenetických aspektů transplantací zubních zárodků u potkana.

1984 -Škach

Konec 80.let -Na konci osmdesátých let převzal vedení ústavu doc. Petr Skarlandt a všestranně se zasadil o rozvoj klinické parodontologie a o oborové sjednocení vědeckých skupin ústavu.

Seznam zastaralých synonym,(Fischer aHeyden 1971)

Zahnbettentzündung	Zahnbettschwund
Paradentitis marginalis chronica progressiva	Atrophia parodontalis senilis, juvenilis,
Alveolarpyorrhoe	Alveolaratrophie
Partial atrophische Parodontose (Weski)	Total atrophische Parodontose (Weski)
Parodontose mit entzündlicher Prävalenz (Loos)	Dystrophische Parodontose (Weski)
Entzündliche Parodontose (Weski)	Parodontose mit atrophischer Prävale
Paradentalpyorrhoe (Gottlieb)	Alveolaratrophie (Gottlieb)
Periodontite (Orbán)	Atrophie periodontale (Orbán)
Parodontitis marginalis progressiva (Euler)	Parodontose (Euler)
Parodontitis marginalis progressiva (Parma)	Parodontosis involutiva (Parma)
Paradentitis profunda suppurativa (F.D.I.)	Atrophia alveolaris praecox (F.D.I.)
Dysergia parodontalis (Rebel)	Hypergia parodontalis (Rebel)
Periodontoclasia, oder jetzt auch Periodontitis (Amerika)	Periodontalatrophie (Nomenclature of American Academy of Periodontology)
Parodontose pyorrhoeique (Hulin)	Parodontose atrophique (Hultin)

Seznam parodontologických diagnóz:

A-atrofie alveolu (1988),atrofie z nečinnosti (1984),atrofie parodontu (1984,1987),adult periodontitis(1986),atrophy of disuse(1971),alveolaratrophie(1931),atrophia praecox(1931),atrophia senilis(1931),atrophia parodontii marginalis/totalis(1921) alveolarpyorrhoe(1823,1885,1945),alveolitis infectiosa(1885),aberrant frenulum/muscle position(2018),abnormal color(2018),agresivní parodontitis(1999),akutní perikoronitida(2018),akutní periodontitida(2018),atrohie periodontale (1930)

B-blennorrhoea alveolaris (1885)

C-caries alveolaris(1885),condition of the exposed root surface(2108)

D-difuzní parodontitis(1984),desmodontální trauma(1987),dystrophy(1953,1971),desmodontose(1967),dystrophia diffusa (1931)decreased vestibular depth(2018),dysergia parodontalis(Rebel 1930).

E-Early-onset Periodontitis(1989),Epulidy/Epulis(1975,1988),Epulis granulomatosa(1984),epulis gigantocelularis(1984),epulis fibromatosa(1984),epulis haemangiomas(1984),elephantiasis gingivae(1984),

epulis gravidarum(1999), endodontic-periodontal lesions(2018) ,entzündliche Parodontose (Weski 1930)

F-fibrozní hyperplazie gingivy (1987,1988), fibromatosis gingivae (1984)

G- Geissel medicorum (1886),gingivitis marginalis suppurativa(1931),gingivitis acuta(1975),gingivitis chronica(1975) gingivahyperplasia(1975),gingivitis acuta simplex(1984), gingivitis.acuta catarrhalis (1984), gingivitis chronica arcuata(1984),gingivitis chronica catarrhalis(1984), gingivitis chronica hyperplastica diphenylhydantoinica(1984),gingivostomatitis acuta herpetica(1984),gingivitis acuta ulcerosa(1984),gingivitis chronica desquamativa(1984) gingivosis(1971,1984),gingivostomatitis ulcerosa(1984) generalizovaná juvenilní periodontitis(1986), gingivoparodontální manifestace systemových onemocnění(1987,1988), gingivitis při menstruaci(1999) gingivitis gravidarum(1999),gingivitis při diabetes mellitus(1999)gingivitis při leukemii(1999),gingivitis při jiných poruchách krvetvorby(1999),gingivální absces (1999),generalizovaná parodontitis agresivní/chronická(1999),gingivální recesy(1999), gingival pigmentation(2018),gingival phenotype(2018),gingival/soft tissue recession(2018),gingival excess(2018),gingivitis acuta(2018),gingivitis chronica(2018),gingivitis chronická deskvamativní/vředovitá/prostá marginální/hyperplastická(2018)

H,- HIV-parodontitis(1995),hyperplastické formy(1987,1988),hyperplazie gingivy při leukemii(1984),

Ch-chronická marginální periodontitis(1977)

I-involutivní formy(1988),involutio praecox(1984),idiopatická fibrosní hyperplazie gingivy(1987),inflammation(1953,1971)

J,-juvenile periodontitis (1977,1986,1989)juvenilní periodontoza(2018)

K-kombinovaná endodonticko parodontální léze(1999)

L-lokalizovaná vertikální destrukce lůžka horního prvého moláru (1984), lokalizovaná juvenilní parodontitis(LJP)(1995),lékově podmíněná fibrosní hyperplazie gingivy(1987),lokalizovaná juvenilní periodontitis(1986),lack of gingiva(2018),lokalizovaná parodontitis agresivní/chronická(1999)

M-marginální parodontitis (1988),McCallovy girlandy(1984,1995),marginal periodontitis(1971),marginální parodontopatie(1936),maladie de Fauchard (1746),mělké vestibulum(1999),mukogingivální deformity na bezzubém zubním hřebeni(1999)

N-nekrotizující ulcerující gingivo-periodontitis(1986),necrotizing gingivitis(2018),necrotizing periodontitis(2018),necrotizing stomatitis(2018),necrotizing periodontal diseases(2018),nekrotizující ulcerující gingivitis(1999),nekrotizující ulcerující parodontitis(1999),nepravý parodontální chobot(1999)

O-occlusal traumatism(1971), okluzní trauma primární/sekundární(1999)

P- pyorrhoea interalveolodentaire(1885),pyorrhoea alveolaris(1885), Plaut-Vincentova angina(1904,2018)pyorrhoea(1910) paradentalpyrrhoe(1921)paradentitis profunda/simplex ,paradentium(Weski 1921)=parodontium(1951), (1931) parodontose atrophique(Hultin 1930)paradentose (1931), paradentitis dystrophica complicata(1931), parodontopathia

dystrophica(1951), paradentopathie(1951), parodontopathia mixta(1951),Parodontitis dystrophicans(1951),parodontosis dystrophicans (1951),parodontosis inflammatoria(1951), parodontopathia neoplastica(1951,1955), parodontopathia inflamata profunda(1951,1955),parodontopathia inflamata superficialis(1951,1955), parodontopathia dystrophica(1955parodontopathia inflamata (1955), parodontitis marginalis progressiva(1967), parodontose (1967),parodontome(1967),parodontitis marginalis superficialis(1967),parodontitis superficialis/profunda(1975)parodontosis generalisata/localisata(1975) parodontosis(1984), papilitis acuta(1984),předčasná involuce (1984),parodontia inflamata(1984),periodontosis(1971,1984),parodontitis juvenilis(1984), parodontální recesy(1988), parodontitis dospělého typu(AP)(1995), prepubertal periodontitis(1986,1989)prepubertální parodontitis (PP)(1995)parodontitis při juvenilním diabetu (1995), parodontopatie v dětském věku(1995),periodontitis associated with systemic Disease (1989), parodontální recesy/solitární,generalizované/(1987), pubertální gingivitis(1999), parodontální absces(1999,)pyogenní granulom(1999) , perikoronární absces(1999),pulpo-parodontální komplex(1999),periodontal abscesses (2018),Periodontální nemoc (2018)Periodontoza(2018) Periodontitida komplexní(2018),periodontitida prostá (2018)Periodontitida NS(2018),parodontální absces(2018),periodontální absces(2018)Primární atrofie (1995)

Q

R - Riggs Krankheit(1876), refrakterní parodontitis (1995), rapidly progressive periodontitis(1989), refractory periodontitis(1986,1989),

S- schmutzpyrrhoe(1921), senilní atrofie(1984),symetrický fibrom(1984),sekundární atrofie(1995)

T-traumatogenní formy(1988)těhotenské gingivitidy(1999)

U,V,X,Y,Z

Komentář autora:

Situace, kterou jmenované Klasifikace různě pojmenovávají ovšem zůstává stále stejná, neboť žádný patologický stav (s výjimkou HIV infekce) se nově neobjevil ani nezmišlel. Důvodem této rozdílnosti je odlišný úhel pohledu na stejnou věc. Při tvorbě názvů je markantní postupný vývoj od projevů osobní autority tvůrců a básnického opisu klinických projevů u dnes již obsolentních pojmů ke snaze přidržet se patologického názvosloví projevů zánětů spojených s klinickým obrazem nemoci jak to vidíme u Škacha, poté následuje kategorizace nemocí podle etiologie (Klasifikace 1999) až nakonec vyústí do zobecnění a zjednodušení upřednostňující praktickou stránku (Klasifikace 2018). Klasifikace WHO si přitom průběžně zachovávají svůj ultrakonzervativní svéráz.

Seznam zkratk, používaných v parodontologické literatuře (bez výrobků a testů):

A : AA=Aggregatibacter actinomycetemcomitans , AAC=acelular afibrilar cementum, AAP=american academy of periodontology, Ab=protilátka , ACD=anemia of chronic disease , ADM=acelulární dentální matrix, AEC=acelular extrinsic fiber cementum, AF=access flap, Ag=antigen , aG=attached gingiva, AHA=american heart

assoc.,Ai=actinomyces israeli, AL=attachment loss,aMMP-8=aktivovaná matrixmetaloproteinaza 8, An=actinomyces naeslundii , ANUG/P=akutní nekrotizující ulcerující gingivitis/parodontitis ,AP=AgP=agresivní parodontitis=chronická parodontitis,AP=adult periodontitis,API=aproximal plaque index, ARA=arachidonová kys.prekursor Pg a LT, ASA class.=klasifikace pacientů od I do VI(E), AST=test of enzyme marker for cell death=aspartat amino transferasa, Av.=actinomyces.vicosus, , , ,

B :B=basal cells,BANA=benzoyl arginine naphthylamide ,BOP=bleeding on probing=krvácení po sondáži,BMP=kostní morfogenetický protein.

C : CSH=cemento skloviná hranice,CGD=granulocyty,G-CSF=genet.syntet.granulocytární růstový faktor,CGF=cementový růstový faktor,Crane-Kaplan=druh pinzety,creeping attachment=pooperační přesun okraje gingivy koronárně,CCD=polovodičový senzor,CD 15 a CD 11/18=integriny,CAL=clinical attachment level,Cs=Capnocytophaga species,CP=contact point,CPI=community periodontal index.CPITN =community periodontal treatment need index,Cr=campylobacter rectus,CRP= c reaktives protein,CT=connection tissue,CIC=celular intrinsic fiber cementum,CMC=celular mixed fiber cementum,C=cocci nebo calculus nebo complement,Cg=campylobactergingivalis ,CR=complement receptor,CSF=colony stimulating factor,CD-14=receptor pro komplex LPS+LBP,CPW=aktivace komplementu,CD=cluster of diferentiation,týká se T-buňek,CMT 1-10=chemicky modifikované tetracykliny,COX=cyklooxygenaza=prostaglandinsyntaza,CO=carbon monoxid,CDCP=centrum pro kontrolu nemoci a prevenci,týká se HIV,CMV=cytomegalo virus,CRD=controlled release drugs,CTG=connective tissue graft,CEJ=cementum-epithel junction,CIST=cumulative interceptive supportive therapy.

D : DGP=německá parodont.společnost,DGC=dentogingival complex,DSR=digitálně subtrakční radiografie,DVT=digitální volumetomografie,DDR=přímá digitální radiografie,12 D=druh oboustranného skalpelu,DFBA=demineralized freeze dried bone allograft,Desmodont=paradentium=parodont=periodontium.DOX=deoxycyklin,blokátor MMP,DFDBA-human freeze dried bone,DH=dental hygienist.

E : EGF=protein podobný epidermálnímu růstovému faktoru,EBL=external basal lamina,EGF=epidermal growth factor,En=eubacterium nodatum,Ec=eikenella corrodens,EOP-early onset periodontitis=agresivní periodontitis,E=enzymes,EFP=evropská federace parodontologů,EMD=enamel matrix derivate,

F : FGF=fibroblastový růstový faktor,FDBA=freeze dried bone allograft,F=filamentosní organismus,Fn=fusobacterium nucleatum,FcR=imunoglobulin receptor,FIB=fibroblast,FMPL=formylpeptid N-formyl-methionyl-leucyl-phenylalanine,FUS=fusiformní bakterie,FMT=full mouth therapy,FDIS=full mouth disinfection,FMF=fully mobilized and reflected flap,FGG=free gingival graft .

G : G-DRG=německý úhradový systém,GI=gingivální index,GBI=gingival bleeding index,GTR=guided tissue regeneration,řízená tkáňová regenerace,GS=gingivální sulcus,Glu=N-acetyl glukosamin,G=gingivitis,GV=gingivectomy,GP=gingivoplasty,GBR=guided bone regeneration

H : HA=hydroxyapatit,HS=hloubka sondáže,HD=hemidesmosom,HY=hyperplastic gingiva,HHV=human herpes virus,HPV=human papiloma virus,HHP=hyperkeratosis palmare et plantare.

CH : ChP=chronická parodontitis

I : ICD-10=mezinárodní statistická klasifikace WHO,10.aktualizace,ICPR=mezinárodní komise pro jadernou ochranu,ITM=interproximal maintenance,metoda šetřící interproximální tkáň.IGF=insulinu podobný růstový faktor,IDR=nepřímá digitální radiografie.,IBL=internal basal lamina,ICAM=adhesin,IFN=interferon,Il=interleukin,patří k cytokinům,IL-1ra=antagonista receptoru Il-1,Ig(G,M,E,D)=imunoglobulin,IE=infekční endokarditism,IDDM=diabetes melitus 1.typ,IGF=insuline like growth factor

J : JE=junction epithelium

K : KPL=koronárně posunutý lalok

L : LAD=LADS=syndrom defektní adhezivity leukocytů,LPS=lipopolysacharid,LTA=lipoteichoic acid,LTB=leukotrieny,patří k eikosanoidům,LBP=LPSbinding protein,LDD=DOXperiostat,LT=leukotrieny patří k eikosanoidům,LJP=lokalizovaná agresivní(dříve juvenilní)parodontitis,LGE=linear gingival erythema.

M : Mfi(M a řecké fi)=monocyto-makrofágy,MUR=murominic acid,MO=mikroorganismy,MHC=major histocompatibility complex,MAC=membrane attack complex,patří ke komplementu C-9,MAG=macroglobuline,MIP=macrophage inflammatory protein,MCP=monocyte chemoattractive protein,MC=mast cells,MAI=intracellular mycobacterium avium,ML=marker load,MIC=minimal inhibitory concentration,MWF=modified Widman flap,MGJ=mucogingival junction.

N : NUG=nekrotizující ulcerosní gingivitida,NUP=nekrotizující ulcerosní parodontitida,NCM=nekolagenní matrix,NS=nespecifikováno.NSAID=nesteroidní antiflogistika,NOS=not otherwise specified,NIDDM=diabetes melitus 2.typ,

O : OSE=oral sulcal epithelium,OE=oral epithelium,OMP=outer membrane protein,OFD=open flow debridement,OP=osteogenic protein

P : PI=PLI=plakový index,PBI=papila bleeding index,PDI=periodontal disease index,PCR=index plaque kontrol rekord,PCR=polymerase chain reaction,PSR=periodontal screening and recording,PGU=základní vyšetření parodontu=PSI=periodontal sreening index.PCP sonda=periodontal kontrol probe,buď je to PCPUNC nebo PCP 12 s kalibrací 12mm.PAL-V=vertikální ztráta attachmentu,PAR-status=rozšířené vyšetření parodontu.PBL-V=probe bone level,PAL-H=horizontální ztráta attachmentu,PBL-H=resorpce kosti,PAL-H=horizontální zisk attachmentu(str 170)PBL-H= horizontální zisk kosti(str 170),PTFE=teflon,PD-EGCF=trombocytární růstový faktor,PDGF=platelet derived growth factor,PRP=plasma bohatá na trombocyty,PSM-proteiny sklovinné matrix,PTHrP-parathormonu podobný protein.P15-imitace sekvence alfa 1 řetězce Kolagenu typu 1 s 15 aminokyselinami.Pg=Porphyromonas gingivalis,Pi=Prevotella intermedia,Pm=Peptostreptococcus micros,PMNs=Polymorfonukleární leukocyty,PS=specific polysacharides,PGE(D,F)=prostaglandin,bioaktivní lipid,PAF=platelet activating

factor,PC=plasmatic cells,PSD=periodontitis asociated with systemic disease,PD= probing depth, ,PL=phospholipid membrane,PLS=Papillon-Lefevre synd.,PPP=putative periodontopathic microorganisms,PCH-chlorhexidine periochips,PRP-platelet rich plasma,PIS=papilla index score/papilla loss index/,PFM=porcelain fused to metal=metalokeramika,PPD=probing pocket depth.

R : RP=refractory periodontitis,Re=RE=recession,RT=reverse transcriptase,RM=reporter molecule,RDA=radioactive dentine abrasion,RCP method=rubbercup and paste,R-Frac=root fracture,RPP=rapidly progressive periodontitis

S : SBI =modifikovaný index krvácivosti,ST=tlaková sonda,ale taky Sondierungstiefe,SSD=surface shaped display,S/RP=scaling and root planing,Ss=streptococcus sanguis,ale taky selenomonas sputigena,SPIR=spirochety,SPC=supportive periodontal care,SRD=sustained release devices,

T : TGF=transformační růstový faktor,TCP=tricalciumfosfat,Td=Treponema denticola.Tf=Tannerella forsythia,Typ I,II až V-viz Klasifikace 1999,TEM=transmission electron photomicrograph,TG=trigeminal ganglion,TNF=tumor necrosis factor=cytotoxický faktor,TA=teichoic acid, TCR=T-cell receptor,Th=helper T-lymfocyt,Tc=cytotoxický T-lymfocyt,TIMP=tissue inhibitor of MMP,TX=tromboxan,patří k bioaktivním lipidům,TBL=teeth bacterial load,TM=tooth mobility,TML=total marker load,

U : UPT=recall=udržovací parodontální terapie

V : VPI=visible plaque index,VST= volný slizniční transplantát,VT=subepiteliální vazivový transplantát,VF=Virulenzfaktor

Z : ZA=ztráta attachmentu

Jelikož mnozí autoři popisují patogenezu svými obvyklými (a tedy mnohými) synonymy pro zánětlivé buňky, dochází ke zmatku pokud se jejich texty spojí. Je třeba výslovně upozornit na anglosaský zvyk používat pojmy PMN pro neutrofilny a Mfí pro monocyto/makrofágy. Proto jsou zde v rámci zkratek a názvosloví uvedena známá synonyma:

Názvy a synonyma buněk zánětu: **Erythrocyty**=červené krvinky
Leukocyty=mikrofágy=bílé krvinky:
Neutrofilny=neutrofilní leukocyty,=neutrofilní granulocyty,=polymorfonukleární granulocyty PMN=mikrofágy.
Eosinofily=eosinofilní leukocyty=eosinofilní granulocyty.
Bazofily=bazofilní granulocyty
Lymfocyty-patří mezi agranulocyty, /vypadají jako kulaté mononukleární buňky/
patří Plasmatické buňky,Plasmocyty
- B-lymfocyty-k systému B-lymfocytů
- T-lymfocyty: -Cytotoxické Tc lymfocyty(Tc-,T8-,CD8 cells)

(Th-,T4-,CD4 cell s),podtřídy TH1 a Th2 -T-helper lymfocyty

lymfocyty - NK lymfocyty=Natural Killer

leukocyty=monomyelocyty.Makrofág vzniká z monocyty=monocyto-makrofágy=Mfí
histiocyty(?) **Makrofágy**=Histiocyty=mononukleární
Žírné buňky=Mastocyty=Heparinocyty-

Fibroblasty
Trombocyty

(Tyto buňky se navzájem ovlivňují a samy vylučují mediátory, které jsou uvedeny v rámci zkratek.).

(1).-Škach

(2)-Z.Pokorný:Doktorandská disertační práce Mikrobiální analýza parodontitid ,Olomouc 2012.

(3)-Peter Eickholz: Parodontologie od A do Z.,Quintessenz Praha 2013.

(4)-Ralf E.Mutschelknaus:Praktická parodontologie, klinické postupy,Quintessenz

(5)-Radovan Slezák: Praktická parodontologie,Quintessenz,Praha 1995

(6)A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions-
introduction and key changes from the 1999 classification –J.Clin.Periodontol.2018 (accepted
19.March 2018)

(7) K.H.Rateitschak, H.F.Wolf-Color atlas of dental medicin,Periodontology,Thieme Stuttgart
2005

(8) Spory o nomenklaturu popisuje A.Fessler:Nomenklatur der marginalen
Parodontopathien.Dtsch Zhn.Z.(1987)42.

(9) (průmyslová dominance USA existuje již od r. 1848, v ostatních oblastech rozhodla vítězství ve válkách
včetně války studené.)

(10) .(bliže v K.Bertzbach: Geschichte der ARPA/DGP 1924-1974 Köln 1982)

(11) V Praze dne 16.11.2018 Č.j.:MZDR48198/2018-2/OZS MZDRX014AHV1

(12)

Purkyně v roce 1835 uveřejnil v českém časopise Krok svou práci "O ústrojnosti zubů člověčích". Úvodem připomíná, že část uvedených výsledků obsahuje disertační práce dr. Fraenkela, na níž s ním spolupracoval (což Fraenkel ve své práci potvrzuje a Purkyňovi za pomoc děkuje). Purkyně v této své práci popisuje postupně sklovinu, dentin, cement a pulpu. Používá některé výrazy, které se v terminologii neujaly např. sklenina (sklovina), kostovina (cement), pouze jím zavedený termín zubovina pro dentin se ujal. Kapitulu III věnované cementu uvádí: "Přístupujeme nyní k popisování látky, již to kostovinou (substantia osteoidea) nazývati chceme. Jest to tatáž, je ž u mnohých zvířat pod jménem tmelu (caementum) známa jest." V souvislosti s Vaším dotazem je hodná pozornosti věta: "Zdá se mi také, že látka kostovitá podobným způsobem jako kost se vytváří a že s okosticí ložisek zubových ve spojení jest, o o čemž ale dostatečného ještě nemám zkušeni."

Podle seznamu Purkyňových prací v roce 1843 nic nepublikoval, ale v jeho textu "Podrobné zprávy o mojích pracích" (Živa 1857) "Roku 1844 ukazoval jsem Společnosti značnou mikroskopickou sbírku jemných odřízek zubů člověčích i zvířecích zhotovenou pro ústav fyziologický." V této souvislosti připomínám jeho vlastní krátký referát, který uveřejnil rovněž ve Vratislavi v německy vydávaném časopise pro Slezskou vlasteneckou společnost. Stručný referát nazval Über der Struktur der Zähne des Menschen und der Thiere. Uvedené práce lze nalézt v Sebraných spisech J. E. Purkyně, práce z Kroku ve svazku VII. strana 36-49. Disertaci M. Fraenkela v Sebraných spisech VI strana 506-527. Citát z "Podrobných zpráv" Sebrané spisy XIII. strana 182.

(13)-přednáška doc. Martin Starosta, říjen 2018, Dolní Morava

http://www.zahnwissen.de/frameset_lexi.htm?lexikon_aa-am.htm

<https://www.thoughtco.com/history-of-dentistry-and-dental-care-1991569>

<https://www.twindental.com/history-of-dentistry/>

<https://timbercrest.dental/a-history-of-dentistry>

(11)-R.Mutschelknaus:Praktická parodontologie, klinické postupy.

https://www.quintessenz.de/downloads/Leseprobe_15140_DGParo_Klassifikation_Parodontalerkrankungen.pdf

<http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-66/issue-11/594.html>

<http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-66/issue-11/Weibe%20table%201%20p595.pdf>

https://www.dgparo.de/presse/presse_detail/article-5a12978b0667d

http://biol.lf1.cuni.cz/pdf/LKS_1212_OS-Genetika_K1.pdf

<https://docplayer.org/9246489-Osseointegrierte-implantate-bei-patienten-mit-behandelter-generalisierter-aggressiver-parodontitis-und-bei-parodontal-gesunden-patienten.html>

<http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/stomatologicka-klinika/historie/>

<https://www.efp.org/aboutefp/>

https://www.dgparo.de/dg_paro/wer_ist_die_dg_paro/geschichte_der_dg_paro_oeffentlich

<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/K00-K95/K00-K14/K05->

<http://uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

Newman and Carranza's Clinical Periodontology [Michael G. Newman](#), [Henry Takei](#), [Perry R. Klokkevoold](#), [Fermin A. Carranza](#) Elsevier Health Sciences, 29. 5. 2018 -

<http://die-praxis-fuer-zahnerhaltung.de/files/PDFs/Publikationen%20Laugisch/Quintessenz%20Furkationstherapie.pdf>

Dr. Oliver Laugisch: Die parodontale Therapie furkationsbefallener Molaren

https://de.wikipedia.org/wiki/Klassifikation_der_Parodontalerkrankungen