

Škachův Staging a Grading

V.Pintera

Význam osobnosti Škacha vyplývá z jeho autentičnosti- v době kdy jsme žili v izolaci od Západu s nucenou orientací na Východ, který nabízel málo a pro obor parodontologie vůbec nic, uváděl Škach řadu poznatků poté co je sám prověřil. Tedy nikoli tak, že by je mechanicky ocitoval a převzal jak je v podstatě zvykem a když se dnes podíváme na jeho dílo, zjistíme, že zašel možná i trochu dál než svět tehdy byl .

Prakticky jde o tři roviny – 1. názvosloví- v r.1980 vyšla učebnice patologie autorizovaná ministerstvem zdravotnictví a je patrná pečlivá Škachova snaha vyjádřit popis i patogenezi přesně v terminologii obecné patologie. Není to obvyklý přístup a vzhledem k celosvětově zavedenému názvosloví patologů je vysoce žádoucí. K tomu přidává několik pojmů pro český jazyk závazných. Přinejmenším oficiální překladatelé a programátoři by se jich držet měli.

2. projevy chorob na sliznicích dutiny ústní-

V 80. letech byl zánět vnímán jako soubor reakcí nespecifické imunity, zatímco dnes jde o aktivity v poli vymezeném mediátory, receptory a genetikou. Parodontopatie se za vysloveně zánětlivé a nikoli regresivní onemocnění považovaly od 90. let a za výhradně zánětlivé a nikoli infekční onemocnění až od sjezdu AAP v r. 2008.

Takže seznam projevů chorob u Škacha můžeme bez obav použít i dnes, ale zdá se, že dnes z nich nejsou uváděny ty které patřily k regresím (=dystrofie, atrofie, nekroza) a bývají (u Hollé) schematicky seřazeny podle jednoduššího schématu.

:Ulcerace v dutině ústní způsobují (pokud vynecháme Ca, Lues, TBC a mykozy) tyto choroby : **TEZDAP HAPL ULIMA** =

Trofické vředy, Erytematodes, Zoster, Dekubitus, Arteritidy, Pemfigus, Hebra, Alergie, Periadentitis mucosa necroticans recurrens, Lichen ruber planus, Ulcerosa, Leukemie, Intoxikace, Mononukleosa, Agranulocytosa.

-Eroze v dutině ústní způsobují :

HAPAPES MEDAH HEGL VH=

Hemoblastozy, Alergie, Pemfigus, Afty, Pemfigoid, Erytematodes, Spec. záněty, Mech.-chem., Epidermolysis bullosa, Deskvamativní e., Atrofické e. (B6, B12, Sjögren, Candidosa) Hebra, Herpes (simplex, zoster, herpangina), Epidemica stomatitis, Gingivostomatitis herpetica, Lichen ruber planus, Varicella, Head-foot-mouth dis.,

3. Škach se vydal směrem k dnešnímu gradingu a stagingu

V K 2018 je Staging: 1. počínající 2. mírná 3. pokročilá 4. vážná parodontitis
Grading: A- pomalá progres B- mírná progres C- rychlá progres

1. Výstřižek ze Škachovy Parodontologie :

Klinický obraz parodontózy

Zjistíme při něm gingivu bledou, choboty nepřiliš hluboké. Pacienti mají ponejvíce velice dobrou hygienu dutiny ústní. Nejvíce závažným symptomem je nápadná viklavost zubů, zejména molárů, která neodpovídá klinickému ani rentgenologickému nález. Jde většinou o lidi mladé, ponejvíce mezi 20.—30. rokem. Ojedinele jsou postiženy i osoby mladší. Vzniká dojem, jako by zuby byly kotveny „v měkkém“ alveolu. Chrup je postižen difúzně, nejtěžší změny bývají v krajině molárů a v krajině řezáků. V literatuře se udává, že parodontóza má **3 stadia**:

První stadium je charakterizováno degenerativními změnami hlavních periodontálních vláken a závěsného aparátu. Současně začíná i resorpce alveolární kosti. Tonus gingivy je výrazně snížen. Její okraj je chabý a dá se sondou snadno oddálit. Častým počátečním příznakem je též putování zubů ve směru labiodistálním s tvorbou diastemat.

Druhé stadium je charakterizováno tvorbou chobotu. Z hlediska mikroskopického jde o rychlou proliferaci epitelového úponu podél kořene směrem apikálním.

Třetí stadium (konečné) je charakterizováno objevením se zánětu a v této fázi se již parodontóza neliší od parodontitidy. Průběh onemocnění je rychlejší než u parodontitidy.

Etiologie: příčiny parodontózy nejsou známé. Mluví se často o špatném biologickém faktoru anebo o malé odolnosti. Určitě se zde uplatní genetické faktory.

Prognóza je špatná, obvykle je třeba postupně extrahovat větší počet zubů.

Srovnání s Klasifikací 2018:

Stage I.-počínající PD = interdentální ztráta attachmentu je max.1-2 mm
Hloubka sondy je max. 3-4 mm

Stadium 1. = zmíněno postižení vláken parodontu

RTG ztráta kosti je pod 15% v kor./3

Je zmíněna počínající ztráta kosti

Ztráta zubu kvůli PD žádná

Neuvádí ztrátu zubu

Uvádí putování zubu labiodistálně /v K2018 jde o Grade IV./

II.-mírná PD =interdentální ztráta attachmentu je max.3-4 mm

Hloubka sondy je max. 4-5 mm

Stadium 2.= tvorba chobotu s rychlou proliferací ep.úponu apikálně

RTG ztráta kosti je 15% až 30% v kor./3

Neuvádí ztrátu kosti

Ztráta zubu kvůli PD žádná

Neuvádí ztrátu zubu

III.- pokročilá PD=interdentální ztráta attachmentu je max. 5 mm

Hloubka sondy je max. 6 mm

RTG ztráta kosti je až do apikální třetiny kořene

Ztráta zubu kvůli PD je méně než 4 zuby

+

Furkace II a III

Vertikální resorbce kosti 3 a více mm

Střední hřebenový defekt

Stadium 3. = konečné a s výrazným zánětem, totožné s parodontitis

IV.- vážná PD = interdentální ztráta attachmentu je 5 a více mm

Hloubka sondy ?

RTG ztráta kosti je do apik. třetiny kořene

Ztráta zubu kvůli PD 5 a více zubů

+

Mastikatorní dysfunkce

Sekundární okluzní trauma, pohyblivost 2. st. a více

Putování zubů

Hřebenový defekt

Hodnocení : Staging a Stadium jsou si sémanticky podobné, ale u Škacha jsou stadia 3, přičemž v prvním se klinicky zcela shoduje se Stagingem K2018. Co je překvapivé je symptom putování zubů, který Škach považuje za jeden z prvních a K2018 za jeden z terminálních symptomů (Stage IV).

Ve druhém stadiu se klinicky shoduje rovněž, ale nespecifikuje.

Ve stadiu třetím, které Škach označuje jako konečné, zatímco K2018 ho rozděluje na dva- Stage III. a IV se v podstatě shoduje též, neboť jde o scénář rozkladu.

2. Výstřižek ze Škachovy Parodontologie :

První typ má průběh velmi rychlý a během asi 10 let může být zánětlivým procesem destruována převážná část alveolárního výběžku. To jsou ti nemocní, kteří přicházejí kolem 25—30 let s těžkou destrukcí parodontu a u kterých je nutno pomýšlet na totální náhrady. V těchto případech není vhodné otálet s extrakcemi. Léčba obvykle nemá velký úspěch a může mít za následek zhoršení stavu protézního lože. V těchto případech je nejlépe se omezit jen na záchranu alespoň některých pilířů v dolní čelisti.

Druhý typ onemocnění, který je nejčastější, u něhož nemocní přicházejí s obtížemi, které je třeba řešit mezi 35—45 lety. Takový průběh je ostatně známý i u jiných systémových onemocnění s chronickým průběhem (arterioskleróza aj.).

Třetí typ parodontitidy probíhá eminentně chronicky a nutí k terapeutickému zásahu až v pozdějším věku — po padesátce.

Z hlediska postižení chrupu můžeme rovněž rozlišit několik forem onemocnění. Jednou je postižení chrupu difúzně, jindy jsou postiženy jen skupiny zubů. Nejtypičtější a nejčastější je postižení skupiny **frontálních zubů** (zejména v dolní čelisti), přičemž jsou změny na molárech jen nepatrné. Jindy zjistíme pravý opak. Nejvíce jsou postiženy **moláry**, zatímco zuby frontální jen málo. Tento typ bývá méně častý a vidíme jej hlavně u mladých lidí. Konečně je častým nálezem jak postižení **molárové krajiny**, tak i **krajiny frontální**. Postižení premolárů izolovaně nenajdeme, a když, tak jen v defektním chrupu, kde stojí premoláry osamoceně.

Grade A =pomalá progrese=RTG/RTG:žádná ztráta kosti za 5 let

Ztráta kosti:věk=0,25

Biofilm/ztráta par.:malá

Normoglykemie

nekuřák

Typ 3. pomalý chronický vyžaduje zásah ve věku 50 let a později

B = mírná progrese= RTG/RTG: ztráta pod 2mm /5 let

Ztráta kosti : věk=0,25až 1,0

Biofilm/ztráta par.: odpovídá

HbA1C pod 7,Diabetik

Kuřák pod 10 cig.denně

Typ 2. nejčastější,podobně jako jiné chron.choroby vyžaduje zásah ve věku 35-45 let

C = rychlá progrese= RTG/RTG: ztráta 2mm a víc /5 let

Ztráta kosti : věk=větší než 1,0

Biofilm/ztráta par.: přesahuje očekávání

HbA1C je 7 a víc,Diabetik

Kuřák přes 10 cig.denně

Typ 1. rychlý průběh,prognóza 10 let,těžká destrukce parodontu už ve věku 25-30let

Hodnocení: Škach rozlišuje 3 typy podle progrese a K2018 rozlišuje 3 Grady podle progrese.K2018 ovšem neuvádí věkové hladiny ,zato však na rozdíl od Škacha precizuje symptomy.Nicméně v hrubých obrysech jde o shodné pojetí.

Závěr :

Z uvedeného srovnání vyplývá,že Škach a tím pádem celá česko-slovenská parodontologická škola směřovala shodným směrem se západním vývojem oboru. Další vývoj potvrdil správnost takové geneze,ale nebyla kontinuální,ve prospěch české parodontologické školy.

O etiologii parodontitis psal v 80.létech Škach,že příčiny nejsou známe. Od té doby ulynulo skoro půl století a v Klasifikaci 2018 se uvádí,že etiologie je multifaktoriální (Papapanou). Ponechme na úvaze čtenáře zda to není totéž , budme si však jisti,že až bude otázka etiologie parodontitis průkazně vyřešena,bude za to udělena Nobelova cena a tudíž se to určitě dozvíme,ale než se ta věc vyřeší, poohlédneme se,kam se vytratil **tonus marginální gingivy** coby symptom. Škach ho zmiňuje ,Klasifikace 2018 nikoli , přitom by se dal docela dobře i měřit .