

# Parodontálne zdravie a motivácia pacienta v parodontológii

## Periodontal health and motivation of the patient in periodontology

Siebert, T., Statelová, D., Janíčková, M., Stencláková, B.

MUDr. Tomáš Siebert, PhD.<sup>1,2</sup>, doc. MUDr. Dagmar Statelová, CSc., mim. prof.<sup>1</sup>, doc. MUDr. Mária Janíčková, PhD., MPH.<sup>1</sup>, MDDr. Barbora Stencláková<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UNM a JLF UK Martin

Prednostka: doc. MUDr. Mária Janíčková, PhD., MPH.

<sup>2</sup> Dentálne Centrum, s. r. o., Jána Hollého 5/8479, Trnava, Slovensko

### Abstrakt

Parodontálne zdravie je definované ako stav parodontálnych tkanív bez prítomnosti zápalového ochorenia závesného systému zuba. Jediniec netrpí žiadnymi následkami (psychickými ani fyzickými) v dôsledku prekonaného ochorenia. Tkanivá umiestnené v blízkosti implantátov, opísané ako periimplantačné tkanivá, majú špecifickú a v mnohých ohľadoch podobnú anatómiu. Vypracovaný protokol preventívnych opatrení na zabezpečenie zdravia parodontu a periimplantačných tkanív je mimoriadne dôležitý. Existujú presvedčivé dôkazy, že motivačný rozhovor často vedie k priaznivejším klinickým reakciám pacienta na liečbu ako bežné preventívne nástroje. Tento vedecký článok sa zameriava hlavne na úlohu preventívnych metód, ako je motivácia a motivačný rozhovor na udržanie stavu parodontálneho zdravia.

**Kľúčové slová:** parodontálne zdravie, gingivitis, parodontitis, motivačný rozhovor.

### Abstract

Periodontal health is defined as a condition of periodontal tissues without the presence of an inflammatory disease of the dental ligaments. The person does not suffer any consequences (mental or physical ones) resulting from the previous diseases. Tissues located in the vicinity of the implants, known as peri-implant tissues, have a specific and in many aspects similar anatomy. An elaborated protocol of preventive measures to ensure periodontal health is extremely important. There is convincing evidence that motivational interviewing often leads to more favourable clinical responses to treatment than conventional preventive tools. This scientific article focuses on the main role of preventive methods, such as motivation and motivational interviews, to maintain the state of periodontal health.

**Key words:** periodontal health, classification, gingivitis, periodontitis, motivational interview.

### Úvod

„Zdravie je definované ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absenciou ochorenia alebo slabosti“ [28]. V súlade s touto definíciou Svetovej zdravotníckej organizácie by sa parodontálne zdravie malo definovať ako stav závesného systému zuba bez prítomných zápalových ochorení, ktorý umožňuje jednotlivcovi

normálne fungovať a netrpieť žiadnymi následkami (psychickými ani fyzickými) v dôsledku prekonaného ochorenia [13]. V každodennej praxi sa stretávame s pacientmi, u ktorých nájdeme ochorenia závesného systému zubov, teda parodontu. Zdravý závesný systém zubov je kľúčovou súčasťou zdravia ústnej dutiny, dôležitou súčasťou

všeobecného zdravia a subjektívnej pohody na úrovni jednotlivca i celej populácie. Zdravú gingívu možno definovať ako nárazníkový systém zubov. Vývin ochorenia sa zvyčajne začína v gingíve. Okrem gingívy a cementu samotného zuba zahŕňajú parodontálne štruktúry aj alveolárnu kosť a parodontálne ligamenty (vlákna). Tkanivá umiestnené v blízkosti implantátov, tiež známe ako periimplantačné tkanivá, majú špecifickú a v mnohých ohľadoch podobnú anatómiu ako parodont zubov [21].

Podľa epidemiologických údajov z ostatných rokov gingivitída postihuje až 95 % svetovej populácie a chronická parodontitída postihuje až 60 % – 65 % severoamerickej populácie staršej ako 65 rokov [16, 9]. Prevažná väčšina ochorení parodontálnych a periimplantačných tkanív je iniciovaná akumuláciou mikrobiologického orálneho biofilmu prítomného na tvrdých a mäkkých tkanivách ústnej dutiny. Orálny biofilm (staršie označenie zubný povlak alebo plak) spôsobuje lokálne zápalové reakcie v marginálne lokalizovanej oblasti gingívy a periimplantačnej sliznice. Ak orálny mikrobiálny biofilm nie je adekvátne a pravidelne odborne odstránený zubným lekárom alebo dentálnou hygieničkou a individuálne pacientom pomocou domácej starostlivosti (ústna hygiena), stáva sa biofilm dysbiotický. Spolu s miestnymi a celkovými faktormi sa u jedinca vytvárajú podmienky, ktoré podporujú množenie parodontálnych patogénnych baktérií, ktoré v priebehu času vedú k rozvoju chronického zápalu mäkkých tkanív parodontu, ako sú gingivitída alebo mukozitída periimplantačných tkanív.

U vnímavých jedincov vedie perzistencia zápalu ďasien následne k rozvoju parodontitídy. V prípade pacienta, ktorý má do ústnej dutiny inzerované aj implantáty a zhotovené protetické náhrady na implantátoch, môže sa okrem periimplantačnej mukozitídy vyskytnúť aj zápal a poškodenie kostných tkanív okolo implantátov. Aj pri neustálom vývine nových poznatkov v parodontológii vznikajú v praxi situácie, keď majú zubní lekári pocit, že sa v tejto problematike nevedia orientovať. Parodontálne zdravie nebolo definované v žiadnej z klasifikácií stavov a ochorení parodontálnych tkanív do roku 2018. Zubní lekári môžu mať obavy a nemusia presne vedieť, ktoré postupy sú bezpečné pre pacienta, ktoré je možné vykonať v ambulancii zubného lekára bez príslušného certifikátu z Chorôb slizníc ústnej dutiny a parodontu, a ktoré je potrebné vykonať v špecializovanom centre. Zubní lekári sa takého pacienta veľmi ľahko vzdávajú, pretože im chýba interdisciplinárna

spolupráca s ostatnými kolegami – špecialistami. Zasahujú tak iba v procesoch zmiernenia bolesti a týchto pacientov buď preobjednajú, alebo pošlú na reklamou “ovenčené” nejasné špecializované pracoviská, ktoré v skutočnosti špecializované vôbec nie sú. Mnoho pacientov sa tak dostáva do začarovaného kruhu, pravidelnú návštevu zubného lekára odďaľujú až do dosiahnutia konečnej fázy deštrukcie chrupu činnosťou parodontitídy alebo zubného kazu. Rehabilitácia orofaciálnej oblasti a rekonštrukcia deštruovaných zubov a zuboradi sú pre pacienta dôležité nielen z hľadiska výživy, estetiky a fonácie, ale aj z hľadiska duševnej pohody.

Je zaujímavé, že do roku 2018 neexistovali takmer žiadne štúdie alebo publikácie, ktoré by sa pokúšali definovať parodontálne zdravie [17]. Zadefinovať stav parodontálneho zdravia je veľmi dôležitý cieľ, ak máme mať spoločný referenčný bod na hodnotenie zmysluplných výsledkov parodontologickej liečby. Zdravie možno hodnotiť na histologickej aj klinickej úrovni. V budúcnosti by sme mali mať v modernej parodontológii jasne stanovenú definíciu parodontálneho zdravia z hľadiska nielen úspešnosti aktívnej parodontologickej liečby, ale aj prevencie vo forme podpornej parodontologickej terapie.

### Parodontálne zdravie

Zadefinovaná klasifikačná schéma stavov a ochorení parodontálnych a periimplantačných tkanív je potrebná nielen pre zubných lekárov, ale aj pre vedeckých pracovníkov, ktorí skúmajú etiológiu, patogenézu, vývin a následnú terapiu jednotlivých ochorení závesného systému zubov [7]. V tomto vedeckom článku sú zhrnuté príspevky z workshopu o klasifikácii stavov a ochorení parodontálnych a periimplantačných tkanív. Tento workshop bol sponzorovaný Americkou parodontologickou akadémiou (AAP) i Európskou parodontologickou federáciou (EFP) a zúčastnili sa ho vedecí pracovníci a odborníci z radov zubných lekárov z celého sveta. Plánovanie konferencie, ktorá sa konala v Chicagu od 9. do 11. novembra 2017, sa začalo začiatkom roku 2015 [7]. Nová prezentovaná klasifikácia z roku 2018 predstavuje prácu celosvetovej komunity vedcov a lekárov v parodontológii a zubnom lekárstve. Výsledkom tejto klasifikácie je aj novovytvorená a celosvetovo platná definícia parodontálneho zdravia (tab. 1). Tento seminár tiež charakterizoval parodontálne zdravie a gingivitídu na anatomicky redukovanom parodonte (napr. gingiválne recesy) a redukovanom parodonte po úspešnej liečbe pacienta s parodontitídou (tab. 2).

**Tab. 1. Klasifikácia stavov a ochorení parodontu a periimplantačných tkanív (2018)**

**Table 1. Classification of conditions and diseases of the periodontium and peri-implant tissues (2018)**

Stavy a ochorenia parodontálnych tkanív					
Parodontálne zdravie Ochorenia gingívy			Parodontitída		
parodontálne zdravie gingiválne zdravie	gingivitída podmienená zubným plakom	gingiválne ochorenia nepodmienené zubným plakom	nekroti- zujúce ochorenie parodontu	para- don- ti- tída	parodon- titída ako prejav systém- ového ochorenia
Ostatné faktory vplyvajúce na parodont					
systémové ochorenia a sta- vy vplyvajúce na parodont	parodontálne abscesy a endodontic- ko-parodon- tálne lézie	mukogingiválne deformácie a stavy	traumatizu- júce žuvacie sily v oklúzii a artikulácii	faktory spojené so zubami a pro- tetickými prácami	
Stavy a ochorenia periimplantačných tkanív					
zdravie periimplan- tačných tkanív	mukozitída periim- plantačných tkanív		periim- plantitída	defekty mäkkých a tvrdých periim- plantačných tkanív	

V čisto krajnej polohe by sme parodontálne zdravie mohli definovať ako absenciu histologického dôkazu zápalu parodontálnych tkanív a stav bez prítomnosti dôkazov zmien anatómie parodontu. Musíme však uznať, že u väčšiny (ak nie všetkých) dospelých jedincov je prítomnosť takéhoto stavu nepravdepodobná [13]. Preto by sa mal termín klinicky zdravý parodont používať na opis parodontálnych tkanív, kde nie je klinicky prítomný zápal. Môžeme však zároveň opisovať parodontálne zdravie na anatomicky intaktnom parodonte alebo na anatomicky redukovanom parodonte.

**Tab. 2. Parodontálne zdravie – základné rozdelenie**  
**Table 2. Periodontal health - basic division**

Gingiválne zdravie, parodontálne zdravie
1. klinicky zdravá gingíva na intaktnom parodonte
2. klinicky zdravá gingíva na redukovanom parodonte
a. stabilný pacient s históriou parodontitídy
b. pacient bez histórie parodontitídy (recesy gingívy, predĺženie klinickej korunky zuba...)

Správna ústna hygiena sa vždy považovala za základ získania a udržania parodontálneho zdravia [25]. Obvykle sa terapeutický úspech dosahuje kombináciou dobrej domácej (individuálnej) starostlivosti o ústnu dutinu a pravidelnej odbornej (profesionálnej) starostlivosti [3, 4]. Aj keď ústna hygiena zostáva najdôležitejším faktorom pri získavaní a udržiavaní zdravého parodontu, nemali by sme sa zamerať len týmto jedným smerom. Pri hľadaní ako dosiahnuť alebo udržať parodontálne zdravie je potrebné zohľadniť ďalšie faktory, napríklad motivačný rozhovor.

## Motivačný rozhovor v parodontológii

Údaje z epidemiologických štúdií ukazujú, že prevencia zápalových ochorení parodontu predstavuje hodnotu viac ako 50 % v dospeljej populácii [1, 2]. Okrem kauzálneho vzťahu s orálnym biofilmom bola dokumentovaná pozitívna súvislosť medzi ochoreniami parodontu a užívaním tabaku [6, 11, 24]. V predchádzajúcich štúdiách s použitím rôznych biomarkerov sa preukázalo, že fajčenie zvyšuje systémové zápalové reakcie u jedincov [10, 29, 14]. Pacient má rozhodujúci vplyv na prevenciu a liečbu ochorení parodontu. Môžeme dokonca zdefinovať tzv. kritický bod, ktorý je potrebný zabezpečiť na dosiahnutie stability parodontálneho zdravia. V samotnej liečbe parodontitídy od objavenia sa prvých príznakov, cez stanovenie diagnózy, vypracovanie korektného liečebného plánu, vykonanie parodontologickej liečby až po odovzdanie pacienta do podpornej parodontologickej terapie. Terapeutický úspech možno dosiahnuť iba vtedy, ak pacient aktívne spolupracuje. Liečba nemusí byť úspešná u pacientov, ktorí sa aktívne nepodieľajú na terapeutickom procese. Zisk a stabilitu parodontálneho zdravia podporuje vhodné správanie jedinca, ako je pravidelná tzv. kontrola orálneho biofilmu, vyhýbanie sa tabaku a výrobkov z tabaku obsahujúcich nikotín a kontrola glykémie pri cukrovke 2. typu [15].

Výskum v oblasti prevencie a kontroly parodontálnych chorôb sa zameriava celkovo na bežnú populáciu, ale aj na samotného jednotlivca. Deti, mladí ľudia, dospelí a starší pacienti sú sledovaní a mali by byť podporovaní v procese zisku a stability parodontálneho zdravia. Každá z týchto skupín má svoje vlastné osobitosti a problémy. Výsledky národného systému YRBSS (systém sledovania rizikového správania mladých ľudí) z roku 2017 naznačili, že veľa študentov stredných škôl má správanie, ktoré možno považovať za rizikové z hľadiska zdravia organizmu [5].

Tieto schémy rizikového správania sa vytvárajú počas detstva i dospievania a siahajú až do dospelosti [5, 12]. Celkovo by bolo veľmi efektívne, keby sa štát a jednotlivé štátne alebo regionálne štruktúry podieľali na prevencii ochorení parodontu na národnej, ale aj na regionálnej úrovni. Tam, kde sa pozoruje pokles preventívnych opatrení, je potrebné doplniť vzdelávanie na miestnej úrovni. Komunita zubných lekárov je predovšetkým schopná preventívne a terapeuticky pôsobiť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre jednotlivcov alebo skupiny obyvateľstva, ktoré sa nachádzajú v príslušnej spádovej oblasti, alebo v oblasti, kam pacienti najčastejšie dochádzajú, napríklad rozsiahlejšie výrobné podniky. Zubní lekári, ak chcú účinne motivovať pacientov smerom k prevencii,

by tiež mali chápať vzťah medzi zdravotným stavom pacienta a účinkami nevhodného správania sa pacienta v zmysle prijímania opatrení nielen k domácej individuálnej starostlivosti, k návštevám zubných ambulancií, ale aj ambulancií lekárov špecialistov.

Jedným z najdôležitejších aspektov stability parodontálneho zdravia, ktoré môžu jednotlivci jednoznačne pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť, je individuálna domáca starostlivosť o ústnu dutinu. Správna ústna hygiena bola vždy považovaná za základ pri liečbe ochorení parodontu.

Spravidla sa to dosahuje kombináciou domácej individuálnej ústnej hygieny a pravidelnej odbornej starostlivosti zubným lekárom alebo dentálnou hygieničkou. V súčasnosti na Slovensku čoraz viac nachádzame ambulancie, kde dentálna hygienička pracuje v symbióze so zubným lekárom. Aj keď je ústna hygiena najdôležitejším faktorom pri získavaní a udržiavaní zdravia parodontu, nemala by zostať jediným zameraním pozornosti. Pre adekvátnu prevenciu a terapiu je potrebné venovať pozornosť ďalším faktorom, ako je zabezpečenie liečby alebo udržiavanie klinicky zdravých parodontálnych tkanív. Rollnick et al. (2007) predstavili trojdielny (riadiaci, usmerňujúci alebo nasledovania schopný) model, ktorý by mohli zubní lekári používať v komunikácii so svojimi pacientmi v každodennej praxi.

V ostatnom čase sa manažment o pacienta v parodontológii upriamuje na to, že zubný lekár spolupracuje s pacientom, aby mu pomohol identifikovať jeho vlastné ciele a spôsoby, ktoré by jedinec mohol najlepšie dosiahnuť [15].

Môžeme požiadať pacienta, aby sa staral o svoje zuby. Ako preventívne opatrenie musí pravidelne navštevovať zubného lekára a v ideálnom prípade každých šesť mesiacov si dať urobiť profesionálnu dentálnu hygienu. Tento postup by mali pravidelne používať všetci zubní lekári, nielen v parodontológii, či už vo forme komplexného vstupného vyšetrenia, alebo preventívnej prehliadky. V rámci liečebného plánu je dôležité požiadať pacienta, aby si uvedomil, že obe zložky zainteresované v zdravotnej starostlivosti, teda zubný lekár aj pacient, sa musia snažiť získať a udržať parodontálne zdravie. Frekvencia a trvanie čistenia zubov sú zvyčajne zahrnuté v inštrukcii pacienta, teda v odporúčaniach týkajúcich sa spôsobu čistenia zubov. V prehľadových štúdiách bolo dokázané, že neexistuje konsenzus o najlepšej metóde čistenia zubov pre bežnú populáciu alebo pre ľudí rôzneho veku, alebo s konkrétnymi ochoreniami tvrdých a mäkkých tkanív ústnej dutiny [21, 22].

Pacient má potom dve možnosti. Buď sa podrobí spoločnému cieľu, získa a spracuje informácie

potrebné na to, aby bol úspešný, a pravidelne ráno a večer vykonáva individuálnu domácu starostlivosť o ústnu dutinu, alebo v prípade, že nie je ochotný akceptovať, že musí významným spôsobom participovať na liečebnom pláne a domácej starostlivosti, je poučený o možnom neúspechu liečby. Popríklad u sanovaného pacienta ochorenie môže recidivovať. Vzhľadom na to, že komunikácia s pacientom je subjektívny pojem („nedostatočné, zlé alebo slabé čistenie zubov“), musíme používať v klinickej praxi objektívne merania. Tieto merania zapisujeme do zdravotnej dokumentácie vo forme plakových indexov [22]. Plakové indexy môžu spoľahlivo a objektívne určiť, ako sa pacient podieľa na individuálnej domácej starostlivosti. Využívame štandardizovanú parodontálnu sondu. Tomu, aké má mať parametre, sa podrobnejšie venujú Siebert a Trombelli a Tatakis vo svojej práci [26, 21, 22]. Pretože potrebujeme dosiahnuť výsledky, ktoré sú reprodukovateľné po celom svete, je parodontálna sonda a jej dizajn ústredným bodom na meranie indexov, ktorými stanovujeme parodontálne zdravie.

Používame iba plakové, gingiválne a parodontálne indexy, ktoré sú známe po celom svete. To nám umožňuje porovnávať naše vlastné výsledky liečby s výsledkami zubných lekárov kdekoľvek na svete a porovnávať liečbu aj u pacienta, ktorého vyšetrovali rôzni zubní lekári, ale rovnakým systémom indexov [22]. Napríklad, ak sa index plaku po odstránení supragingiválneho plaku a kameňa nezlepší, môžeme objektívne navrhnúť, aby pacient pristupoval k individuálnej domácej ústnej starostlivosti zodpovedne. V tomto okamihu sa môžu prejaviť charakterové vlastnosti a správanie pacientov. Niektorí si osvoja našu filozofiu a rovnaký plakový index sa pri ďalšej návšteve výrazne zlepší. Na druhej strane sa nezriedka stáva, že nás pacient obviní z nedôsledného, nedostatočného alebo nesprávneho vykonávania profesionálnych postupov pri čistení zubov.

V týchto prípadoch sa odporúča začať pacienta opakovane motivovať a môžeme alebo nemusíme byť úspešní. Pretože jednou zo zložiek liečby sú aj financie, ktorých objem môže byť značný, je ťažké na začiatku liečby posúdiť, či bude pacient ochotný a schopný splniť aj tento faktor samotnej liečby. Mnohí pacienti sú spočiatku z celého liečebného plánu nadšení. Môžeme ich označiť aj tak, že sú premotivovaní. Potom nastáva čas vytriezvenia a uvedomenia si všetkých faktorov celej parodontologickej liečby. Pacient si myslí a dúfa, že len keď investuje peniaze do liečby, celý problém sa okamžite a sám vyrieši. V domácej starostlivosti o ústnu dutinu potrebujeme u pacienta dosiahnuť správne a pravidelné čistenie. Za pacienta

to nemôže urobiť nikto iný. Vzhľadom na to, čo všetko zahŕňa parodontálna liečba, pacient potom hľadá akúkoľvek zámienku na prerušenie liečby. Neuvedomuje si, že ukončenie liečby poškodzuje iba jeho samotného.

Ako profesionáli môžeme pacientom radiť. Zubný lekár alebo dentálna hygienička môžu pacientovi vybrať a poskytnúť mu najlepšiu dostupnú a správnu metódu čistenia zubov. Otázkou však je, či chce pacient túto radu prijať a techniku si osvojiť. Vždy sa snažíme postupovať v zmysle evidence based dentistry, teda zubnej medicíny založenej na dôkazoch. Môžeme kontrolovať faktory, ako sú previsnuté výplne a okraje protetických náhrad. Môžeme motivovať pacienta, aby prestal fajčiť. Prostredníctvom odporúčaní endokrinológov a dôsledného dodržiavania ich pokynov je pacient s diabetes mellitus schopný kontrolovať hladinu glukózy v krvi. Nemôžeme však ovládať veci ako užívanie drog, genetické predispozície, genetické choroby a imunitný stav jedinca.

Pre zisk a udržanie stavu parodontálneho zdravia musí zubný lekár dodržiavať parodontologický liečebný plán, ktorý sa realizuje po jednotlivých krokoch. Chronické infekcie, akou je aj parodontitída, môžu hrať úlohu pri rozvoji ochorení kardiovaskulárneho systému, diabetes mellitus a môžu byť príčinou reakcie odmietnutia organizmu transplantovaného orgánu [23].

Ak sa zubný lekár musí poradiť s kolegom parodontológom, všeobecným lekárom alebo špecialistom (endokrinológ), či už ide o prevenciu, alebo liečbu ochorení parodontu a je prítomná súvislosť s celkovými ochoreniami jedinca, musia byť na to zrejmé dôvody a jasne pomenované požiadavky, akú informáciu sa potrebujeme dozvedieť alebo si overiť. Pacient nemôže bezcieľne chodiť medzi jednotlivými lekármi, ktorí nevedia, čo sa od nich očakáva. Takto vzniká pre pacienta začarovaný kruh a celý proces liečby sa mu zdá byť bezcieľny, dlhotrvajúci a nepríjemný, až sa celej liečby nakoniec vzdá. Potom sa nezriedka stáva, že aj pacient zaradený do podpornej parodontologickej liečby túto činnosť ignoruje a neuznáva, pretože si myslí, že aj tieto preventívne programy u neho nebudú účinné a nebudú mu prospešné.

## Záver

Definícia parodontálneho zdravia sa stáva pre zubných lekárov zásadným bodom v parodontologickej starostlivosti. Paradoxne sa touto definíciou zaoberajú vedci a klinici až od roku 2017 a implementovaná do klasifikácie stavov a ochorení parodontu a periimplantačných tkanív bola v roku 2018.

Parodontitída je hlavným problémom verejného zdravia nielen z dôvodu vysokej prevalencie, ale aj preto, že môže viesť k deštrukcii závesného systému zuba až k strate zubov. Nepriaznivo ovplyvňuje funkciu a estetiku orofaciálnej oblasti, je zdrojom sociálnej nerovnosti a zhoršuje kvalitu života [18]. Medzi následky parodontitídy patrí žuvacia dysfunkcia až edentulizmus jedinca, ktoré majú za následok značne zvýšené náklady na starostlivosť o chrup a možný negatívny vplyv na všeobecné zdravie.

Pretože sa komplexná implantologická terapia u pacientov stáva dostupnejšou, je dôležité poznať metódy prevencie pri ochoreniach parodontu. Iba parodontologicky zdravý pacient bez aktívneho parodontálneho vaku môže mať zabezpečenú dlhodobú úspešnosť protetickej liečby na implantátoch. Zubný lekár, ktorý je schopný diagnostikovať stav parodontálneho zdravia u jedinca, môže byť úspešný pri zvládaní parodontologickej a implantologickej liečby.

Každý pacient v zubnej ordinácii vyžaduje individuálny prístup. Počas práce na liečebnom pláne v parodontológii musíme mať úplne dokonalé znalosti o tom, čo predstavuje parodontálne zdravie, pretože tento stav plánujeme dosiahnuť. Vypracovať liečebný plán dokážeme na základe anamnézy, pomocných vyšetrení, laboratórnych vyšetrení a možného využitia konzultácie s odborníkmi, kde musíme posúdiť celkový stav, potrebu a možnosti liečby. Preto sa v klinických konceptoch parodontologickej terapie javí ako rozumné zahrnúť hodnotenie správania pacienta a v prípade potreby aplikovať efektívne poradenské metódy na zmenu správania pacienta [15]. Na druhej strane, kvôli nedostatočnému dodržiavaniu zo strany pacientov sú návštevy v podpornej parodontologickej starostlivosti často zrušené, čo má za následok nedostatok odbornej starostlivosti a ďalšiu pravdepodobnosť recidívy ochorení parodontu [27, 8, 20].

Stále existuje dokázané pravidlo, že prevencia je v čistej podobe lepšia, jednoduchšia, efektívnejšia a lacnejšia ako liečba menšej alebo rozsiahlejšej deštrukcie tkanív parodontu zuba, zubov alebo celého chrupu pacienta.

## Literatúra

1. ALBANDAR, J. M. (2002): Periodontal diseases in North America. *Periodontology* 2000 29, 31 – 69.
2. ALBANDAR, J. M., BRUNELLE, J. A., KINGMAN, A. (1999): Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988 – 1994. *Journal of Periodontology* 70, 13 – 29.
3. AXELSSON, P., LINDHE, J.: Effect of controlled oral

- hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. J Clin Periodontol. 1981; 8: 239 – 248.
4. AXELSSON, P., LINDHE, J.: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol. 1981; 8: 281 – 294.
  5. BABJAKOVA, J. et al.: Risk behavioral survey in the sample of Slovak adolescents. Bratisl Med J 2019; 120 (12) 899 – 907.
  6. BERGSTROM, J. (1989): Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease. Community Dentistry and Oral Epidemiology 17, 245 – 247.
  7. CATON, J., ARMITAGE, G., BERGLUNDH, T. et al.: A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl 20): S1 – S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
  8. DEMETRIOU, N., TSAMI-PANDI, A., PARASHIS, A. (1995): Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. Journal of Periodontology 66, 145 – 149.
  9. EKE, P. I., DYE, B. A., WEI, L., THORNTON-EVANS, G. O., GENCO, R. J.: Prevalence of periodontitis in adults in the United States. J Dent Res. 2012; 91: 914 – 920. 2009 and 2010.
  10. GUMUS, F., SOLAK, I., ERYILMAZ, M. A.: The effects of smoking on neutrophil/lymphocyte, platelet/lymphocyte ratios. Bratisl Med J 2018; 119 (2) 116 – 119.
  11. HABER, J., WATTLES, J., CROWLEY, M. et al. (1993): Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. Journal of Periodontology 64, 16 – 23.
  12. KANN, L., MCMANUS, T., HARRIS, W. A. et al.: Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2017. MMWR Surveill Summ 2018; 67 (8): 1 – 114.
  13. LANG, N. P., BARTOLD, P. M.: Periodontal health. J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl 20): S9 – S16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12936>
  14. LEVITZKY, Y. S., GUO, C-Y., RONG, J., LARSON, M. G., WALTER, R. E., KEANEY, J. F. et al.: Relation of smoking status to a panel of inflammatory markers: the Framingham offspring. Atherosclerosis 2008; 201 (1): 217 – 224.
  15. LINDHE, J. et al.: Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6. vyd. Chichester: Wiley Blackwell, 2015. ISBN 978-0-470-67248-8.
  16. LI, Y., LEE, S., HUJOEL, P. et al.: Prevalence and severity of gingivitis in American adults. Am J Dent. 2010; 23: 9 – 13.
  17. MARIOTTI, A., HEFTI, A. F.: Defining periodontal health. BMC Oral Health. 2015; 15 (Suppl. 1): S6.
  18. PAPAPANOU, P. N., SANZ, M. et al.: Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Periimplant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl 20): S162 – S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
  19. ROLLNICK, S., MILLER, W., BUTLER, C. (2007): Motivational Interviewing in Healthcare. New York: Guilford Press.
  20. SCHUZ, B., SNIEHOTTA, F. F., WIEDEMANN, A., SEEMANN, R. (2006): Adherence to a daily flossing regimen in university students: effects of planning when, where, how and what to do in the face of barriers. Journal of Clinical Periodontology 33, 612 – 619.
  21. SIEBERT, T.: Parodontológia 1. 1. vyd., Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2020: 195 s. ISBN 978-80-8187-077-4
  22. SIEBERT, T.: Parodontológia 2. 1. vyd., Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2021: 240 s. ISBN 978-80-8187-098-9
  23. SILVAY, G. et al.: Serious problem of oral health and dental evaluation before surgery. Bratislava Med J 2016; 117 (3): 185 – 187.
  24. TOMAR, S. L., ASMA, S. (2000): Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of Periodontology 71, 743 – 751.
  25. TONETTI, M. S., EICKHOLZ, P., LOOS, B. G. et al.: Principles in prevention of periodontal diseases: consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on Effective Prevention of Periodontal and Periimplant Diseases. J Clin Periodontol. 2015; 42 (Suppl 16): S5 – S11.
  26. TROMBELLI, L., FARINA, R., SILVA, C. O., TATAKIS, D. N.: Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl 20): S44 – S67.
  27. WILSON, T. G., JR., GLOVER, M. E., SCHOEN, J., BAUS, C., JACOBS, T. (1984): Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. Journal of Periodontology 55, 468 – 473.
  28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of WHO: Principles <http://www.who.int/about/mission/en>. Accessed March 26, 2018.
  29. YANBAEVA, D. G., DENTENER, M. A., CREUTZBERG, E. C., WESSELING, G., WOUTERS, E. F.: Systemic effects of smoking. Chest J 2007; 131 (5): 1557 – 1566.

**MDDr. Barbora Stencláková**  
**Klinika stomatológie a maxilofaciálnej**  
**chirurgie UNM a JLF UK Martin**  
**Kollárova 2, 036 01 Martin**  
**e-mail: barbora.stenclakova@uniba.sk**