

ZahnRat 64

Krankes Zahnfleisch • Parodontitis • Therapie • Prophylaxe

Gesunder Mund – gesunder Körper?

■ Schon lange therapiert der Zahnarzt nicht nur Zahn-, sondern auch Mund-erkrankungen. Die Beurteilung von Mundschleimhaut, Lippen und Zunge (Krebsvorsorge; vor allem bei Rauchern), die Kontrolle der Kiefergelenke auf Fehlfunktionen, die Wangen- und Mundbodeninspektion zum Ausschluss der Bildung von Speichelsteinen, die Feststellung von Zahnwanderungen und dadurch entstehende Fehlbelastungen gehören zu seinem Aufgabenspektrum.

Das Spektrum erweitert sich seit Jahrzehnten durch neue Erkenntnisse im Sinne der oralen Medizin. Hierzu gehört die allgemeinmedizinische Vorsorge auf der Basis der Kenntnis von Allgemeinerkrankungen und deren Wechselwirkungen mit dem Mundgesundheitszustand. Hierbei gewinnt die orale Medizin bei alten und behinderten Menschen immer mehr an Bedeutung. Heute ist die Alterszahnmedizin genauso wichtig wie die Altersmedizin.

Eine besondere Rolle bei den Mund-erkrankungen spielen die Erkrankungen des Zahnhalteapparates, die mit dem Überbegriff „Parodontitis“ zusammengefasst werden. Ihre Erscheinungsformen und ihre Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen in unserem Körper (systemische Erkrankungen) sind so vielfältig, dass heute schon von der „Parodontalen Medizin“ gesprochen wird.

Dieser Begriff bezieht sich vor allem auf die Wechselbeziehungen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen. Betroffen sind nach heutigen Erkenntnissen Diabetes mellitus,



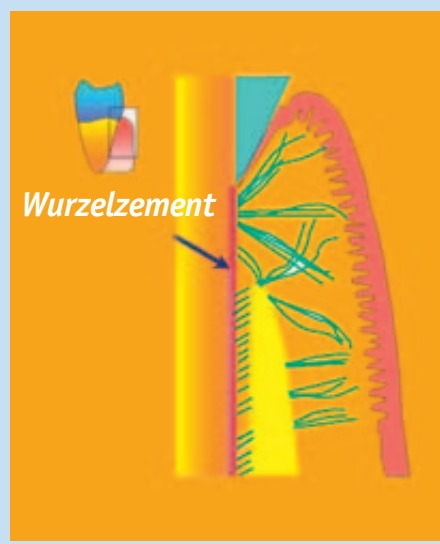
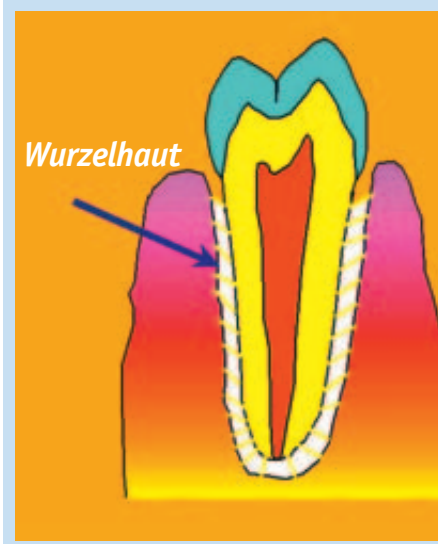
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Atemwegssystems, Frühgeburten und untergewichtige Neu-

geborene, Osteoporose und Stress. Gesunder Mund – gesunder Körper. Lesen Sie mehr dazu in diesem ZahnRat!



Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,
Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen





Einen festen Zahn erschüttert nichts

■ Heute wird oft von der „Volkskrankheit Parodontitis“ gesprochen. In der IV. Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte von 2005 ist ein Anstieg der Erkrankung von fast 27 Prozent gegenüber 1997 zu verzeichnen. Genauer gesagt: 73,2 Prozent der Erwachsenen im Alter von 35 bis 44 Jahren sind an Parodontitis erkrankt. Hierbei spielen so genannte Co-Faktoren wie Rauchen oder der Body-Mass-Index von über 25 – also ungesunde Stoffwechselveränderungen – eine besondere Rolle als Begleiterscheinung.

Infektionskrankheit Parodontitis

Die Parodontitis ist eine Infektionskrankheit, also auch übertragbar, aber kein Schicksal. Erbliche Komponenten spielen nur in Bezug auf das körpereigene Immunsystem eine Rolle. Die Parodontitis kann erfolgreich behandelt und durch konsequente Mitarbeit des Patienten gestoppt werden. Aber besser ist, sie zu vermeiden.

Wie der Zahn gehalten wird

Wenn wir versuchen, an unseren Zähnen zu wackeln, dann passiert gar nichts. Sogar bei gesunder fester Rohkost ist kein Missgefühl festzustellen. Es erscheint alles wie fest in den Kiefer eingewachsen. Und doch ist dies nicht so. Allgemein ist bekannt: Der Zahn besteht aus dem sichtbaren Teil, der Zahnkrone,

die mit dem harten Zahnschmelz überzogen ist. Nicht sichtbar ist im normalen jugendlichen Gebiss der zweite Teil des Zahnes, die Zahnwurzel. Beim älteren Patienten ist der Beginn der Zahnwurzel oft am Übergang von der Zahnkrone zur Zahnwurzel, dem so genannten Zahnhals, durch ihre oft dunklere Färbung sichtbar. Die Zahnwurzel ist im Gegensatz zur Zahnkrone aus nicht ganz so festem Material. Ihre äußere Schicht bezeichnen wir als Wurzelzement. Dieser Wurzelanteil hat mehr organische Bestandteile als der Zahnschmelz und ist wichtig für die Zahnbefestigung. Die Zahnwurzel ist umgeben vom so genannten Alveolarknochen. Das ist der Teil unserer Kieferknochen, der die Zähne trägt. Die Wurzel ist nicht im Kieferknochen eingewachsen, sondern durch die so genannte Wurzelhaut (Desmodont) mit ihm verbunden. Das Desmodont besteht aus feinsten elastischen Fasern, die im Ruhezustand wie auf einem kleinen Knäuel aufgerollt sind. Wird der Zahn belastet, dann rollen sich diese Fasern auf und bremsen wie Gummifäden die Kraft aus, die auf den Zahn wirkt, so dass auch jetzt keine direkte Berührung mit dem Knochen stattfindet. Gleichzeitig setzt unser Körper noch eine „hydraulische Bremse“ ein. Zwischen den Fasern befindet sich ein sehr feines, strickleiterartiges Netz von Blutgefäßen. Diese füllen sich beim Belasten des Zahnes mit Blut. Eingebettet ist dieses System in feinste Nerven, die wie Sensoren

als Steuerung im Regelsystem wirken. Dieses hochkomplizierte System sorgt dafür, dass wir beim normalen Kauen unsere Zähne gar nicht spüren. Treten ständig beim Kauen Schmerzen auf und ist eine Karies ausgeschlossen, dann ist das Haltesystem des Zahnes geschädigt, und der Zahn hat Kontakt mit dem Knochen.

Schutz vor dem Eindringen von Bakterien

Um den Zahn herum bildet unsere Mundschleimhaut, die Gingiva, eine Manschette (dento-gingivaler Verschluss), die den Zahnhalteapparat nach außen hin abschirmt. Wiederum mit einem Fasersystem zum Wurzelzement an der Schmelz-Zement-Grenze ist diese Gingiva elastisch befestigt und verhindert das Eindringen von physikalischen (Hitze, Kälte, Speisereste), chemischen (Säuren, chemische Lebensmittelzusätze) und biologischen (Bakterien, Viren) Stoffen in das System. Dazu bildet dieser dento-gingivale Verschluss ständig Flüssigkeit, die mikroskopische Schadstoffe fortspült und als Sulkusflüssigkeit bezeichnet wird.

Unser Körper lässt nichts unversucht, sich gesund zu erhalten. In unserem Falle hat er in dem Verschluss noch ein speziell entwickeltes Immunsystem installiert, das immer bereit ist, die Vielzahl der Krankheitserreger, die in unserem Mund sind, abzuwehren.

Wenn das Zahnfleisch blutet ...

! ... dann wird es höchste Zeit, zum Zahnarzt zu gehen und dies abklären zu lassen.

Wir haben gezeigt, dass sehr unterschiedliche Gewebestrukturen den Zahnhalteapparat bilden. Betreffen Veränderungen nur die Schleimhaut (Gingiva), sprechen wir von Gingivitis. Diese kann vereinzelt an einem oder mehreren oder an allen Zähnen auftreten.

Oft ist die Gingivitis der Beginn einer Parodontitis. Umgekehrt kann eine Parodontitis, die in einer scheinbaren Ruhephase (chronisch) verlief, akut werden und sich so durch eine Gingivitis mitteilen.

Allerdings gibt es auch Gingiva-Entzündungen, die durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden wie Leukämie, bestimmte Tumorerkrankungen, HIV/Aids, verschiedene Formen des Herpes im Mund usw. Auch bestimmte Medikamente bei der Behandlung von Bluthochdruck oder aber Chemotherapie und/oder Bestrahlung bei Tumorkranken können eine Gingivitis hervorrufen.

Hormonelle Veränderungen wie die Schwangerschaft können zu Reaktionen unserer Mundschleimhaut führen, hier in Form der Schwangerschaftsgingivitis. Nach der aktuellen Einteilung der Parodontalerkrankungen (1999) unterscheiden wir die gingivale Erkrankung/Entzündung (Gingivitis) und die chronische parodontale Erkrankung (Parodontitis). Letztere wiederum unterscheidet sich in viele Untergruppen, von denen die meisten aber sehr seltene Erscheinungsformen darstellen.

Gingivitis als Vorstufe der Parodontitis

Die Gingivitis ist die Erkrankung des Zahnfleisches, bei der es durch die Entzündung noch nicht zu einer Zerstörung des Gewebes gekommen ist.

Bei gründlicher häuslicher Mundhygiene heilt die Gingivitis wieder aus. Wird sie nicht therapiert, kann sich daraus eine Parodontitis entwickeln. Die Ursache ist eine bakterielle Infektion in der Folge von Plaquebildung.

An den Grenzflächen der Gewebe des Zahnhalteapparates, die meist von einem schleimartigen Film umgeben sind, lassen sich bis zu 700 (!) Bakterienarten finden. Siedeln sich Bakterien in dem Film an, sprechen wir von Biofilmen oder Plaque. Der Biofilm ist nicht sichtbar und kann nicht einfach abgespült werden. Die Reaktion der Bakterien in diesem Biofilm ist sehr unterschiedlich und reicht von harmlosem neutralen, also nicht krank machendem, bis zu aggressiv krank machendem Verhalten. Die Bakterien bilden netzartige Strukturen, und je engmaschiger diese Netze sind, umso schwieriger ist eine Bekämpfung der Mikroorganismen. Die Bakterien selbst können nicht in das gesunde Zahnfleisch oder in den dento-gingivalen Verschluss eindringen. Aber sie bilden systemeigene Gifte (Toxine), die das Gewebe angreifen und somit für das Eindringen „aufweichen“. Durch die Vermehrung der Bakterien in diesem Umfeld wird die Konzentration der Toxine immer höher

und die Schädigung des Gewebes schreitet voran.

Außer durch mangelhafte Mundhygiene wird die Plaquebildung zusätzlich durch Fehlstellungen der Zähne, defekte Füllungen oder Kronen oder aber durch überstehende Füllungs- und Kronenränder begünstigt. Hier kann sich die Plaque richtig „einnisten“ und ist für die häusliche Mundhygiene schlecht erreichbar.

Falsche Ernährung begünstigt ebenso die Entstehung von Plaque wie von anderen Erkrankungen. Ein trockener Mund, bedingt durch zu wenig Trinken oder aber auch durch viele Herz-Kreislauf-Medikamente, ist ein weiterer begünstigender Faktor.

Durch die Entzündung und die damit verbundene Schwellung bilden sich Zahnfleisch-Taschen. In diesen bildet sich wiederum Plaque, und es setzen sich wieder Bakterien fest, die Toxine produzieren. Die Zahnfleischschwellung verhindert eine effektive Reinigung.



Medikamentös bedingte Gingivitis



Beläge – Biofilm – Plaque



Belag-Anfärbung



Zahnfleischwucherungen durch Beläge

Parodontitis – oft eine jahrelang schleichende, unbemerkte Erkrankung

Mit Parodontitis wird es kritischer für Mund- und Allgemeingesundheit

■ Haben die Toxine (Gifte) der Bakterien die Schleimhaut, vor allem den dento-gingivalen Verschluss, zerstört, können nun die Bakterien selbst in den Zahnhalteapparat eindringen. Wir sprechen dann von der Ausbildung pathologischer Taschen. Im fortgeschrittenen Stadium wandern die Bakterien weiter zwischen Zahnwurzel und Kieferknochen. Es bildet sich auch hier zuerst wieder Plaque. Dann sprechen wir von parodontalen Taschen und von der Parodontitis. Dabei ist schon eine beginnende oder weitgehende Zerstörung von Teilen des Zahnhalteapparates vorhanden. Hier kommt durch den entzündungsbedingten Knochenrückgang noch ein ganz anderes Problem dazu: Der Zahn wird lockerer und beginnt zu wackeln. Dadurch wird der Desmodontalspalt aufgeweitet, es können wiederum Biofilm und Bakterien eindringen und die Schädigung vorantreiben. Das Gefährliche an der Parodontitis ist die Tatsache, dass diese Erkrankung oft Jahre, ja, sogar Jahrzehnte als chronische Erkrankung verlaufen kann, aber für den Patienten überhaupt nicht sichtbar ist. In vielen Fällen sieht das Zahnfleisch für den Laien gesund aus. Auch bei halbjährlichen Routinekontrollen kann dieses gesunde Erscheinungsbild den Zahnarzt täuschen.

Medizinische Hilfe unerlässlich

Im fortgeschrittenen Stadium kann die Plaque in den Zahnfleisch- und Knochen-taschen mit häuslichen Mitteln nicht mehr entfernt werden. Hier kann nur der Zahnarzt gemeinsam mit der Dentalhygienikerin dafür sorgen, dass trotz Schädigung des Zahnhalteapparates die eigenen Zähne erhalten werden können. Wenn sich mineralische Stoffe in diesen Biofilm bzw. die Plaque einlagern, bezeichnen wir dies als harten Belag. Dabei unterscheiden wir Zahnstein, der sich mit

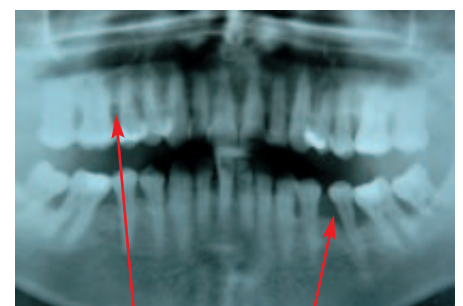
gelblicher Farbe sichtbar über dem Zahnfleisch befindet, und die so genannten Konkreme, die eine dunkle Farbe haben können und sich unsichtbar unter dem Zahnfleischrand bilden. Durch das

Wachsen der Konkreme in Richtung Wurzel wird Gewebe verdrängt. Durch Nikotinablagerungen bei Rauchern kann der Zahnstein braun eingefärbt sein.

Grenze zur Parodontitis überschritten

Hat der Zahnstein in seinem Tiefenwachstum lediglich Zahnfleisch verdrängt, so kann sich dieses nach der Zahnsteinentfernung wieder an den Zahn anlegen und gesund sein. Ist bereits Knochen geschädigt und verdrängt worden, kann man mit der parodontalen Therapie diesen zerstörerischen Prozess nur stoppen, den Knochenverlust aber nicht reparieren.

Die Parodontitis ist eine chronische Erkrankung mit immer wiederkehrenden akuten Schüben. Eine parodontale Behandlung führt zu einer Plaque- und damit Bakterienverminderung und zum Abklingen der Entzündung, nicht aber zu einer völligen Ausheilung und Wiederherstellung des gesunden Zustandes. Wie bei anderen Erkrankungen auch wird in unserem Falle der Patient ein Chroniker. Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes können nicht geheilt, aber mit Medikamenten so therapiert werden, dass für den Patienten für Jahrzehnte ein positives Lebensgefühl vorhanden ist. Mit der immer wiederkehrenden parodontalen Fürsorge, der regelmäßigen Kontrolle und Überwachung der Parodontitis sowie den entsprechenden periodischen professionellen Zahnreinigungen können auch die parodontal erkrankten Zähne ein Leben lang erhalten werden.

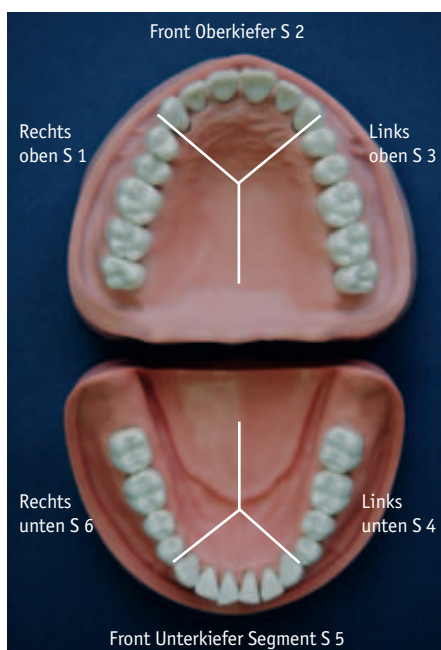


Röntgenbild zeigt Knochenrückgang

Die Diagnose der Parodontitis ist sehr aufwendig

Schneller Test: PSI

Die krank machenden Vorgänge am Zahnhalteapparat sind selten sofort sichtbar. Sie können oft auch von anderen Erscheinungsbildern im Mund überdeckt werden. Fast alle parodontalen Erkrankungen werden zuverlässig nur durch Ausmessen der Zahnfleischtaschen mit speziellen Parodontalsonden festgestellt, denn meist fühlt sich der Patient beschwerdefrei. Seit fünf Jahren gibt es in Deutschland den so genannten Parodontal Screening Index (PSI). Der PSI wird von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt – aber nur einmal in zwei Jahren. Dies ist für den gesunden Patienten (also die wenigsten Erwachsenen) sicherlich ausreichend. Für die Kontrolle des Gesundheitszustandes eines parodontal behandelten Gebisses, das heißt für die Kontrolle der Heilungsschritte, muss dieser PSI alle vier bis sechs Monate erhoben werden; dann ist er also eine Privatleistung. Für den PSI werden Ober- und Unterkiefer in jeweils drei Segmente eingeteilt, also sechs Segmente im Mund. Für jeden Bereich wird jeweils der höchste ermittelte Wert notiert.

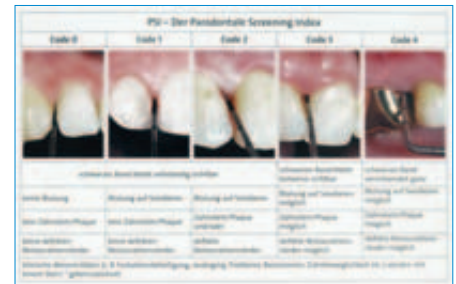


Sextanten im Ober- und Unterkiefer

Mit dem PSI ist also eine einfache und schnelle orientierende Erfassung einer möglichen parodontalen Erkrankung möglich. Wir teilen ihn ein wie Zensuren, allerdings von 0 bis 4. Bei Code 0 sind Zahnfleisch (Gingiva) und Zahnbett (Parodont) gesund. Die Codes 1 und 2 deuten auf eine Gingivitis hin, Codes 3 und 4 auf eine mittelschwere bzw. schwere Form der Parodontitis. Bereits nach wenigen Minuten hat der Zahnarzt mit dieser einfachen Methode erste Informationen über die Schwere und den Behandlungsbedarf einer möglichen Zahnfleisch- oder Zahnbettentzündung gewonnen. Codes 1 und 2 erfordern wenigstens eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung. Danach und nur danach kann das Zahnfleisch wieder völlig gesund sein. Codes 3 und 4 erfordern eine gründliche parodontale Untersuchung und weitere parodontal-medizinische Therapieschritte. Die speziellen Sonden (WHO-Sonden) sind an den Spitzen stumpf oder haben sogar eine kleine Kugel, um beim Messen das Zahnfleisch nicht zu verletzen. Zusätzlich gibt eine Röntgen-Übersichtsaufnahme aller Zähne des Ober- und Unterkiefers anhand des dargestellten Knochenreliefs Aufschluss über einen möglichen Knochenabbau und die Ausbildung von parodontalen Taschen.

PSI 3 oder 4 sind Alarmsignale

Wird nun eine Parodontitis (PSI 3 oder 4) festgestellt, ist eine systematische Parodontitisbehandlung angezeigt. Mit weiteren diagnostischen Mitteln werden Mundhygiene und Entzündungszustand beurteilt. Dies dient der Feststellung, ob sich auf den Zähnen und am Zahnfleisch der schon erwähnte Biofilm und der harte Zahnbelag ausgebildet haben und wenn ja, in welchem Umfang. Für die Bewertung der Mundhygiene stehen uns verschiedene so genannte Mundhygiene-Indices (MHI) zur Verfügung. Weitere wichtige Untersuchungen sind die Feststellung des Approximalraum-Plaque-Index (API) zur Beurteilung der Sauberkeit

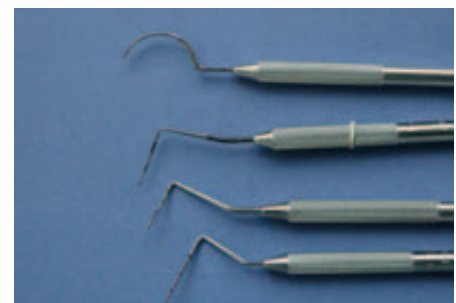


Code 0	Code 1	Code 2	Code 3	Code 4
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
Keine Entzündung	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis

Einteilung der parodontalen Erkrankung

der Zahnzwischenräume (Approximalräume) und der Sulcus-Blutungs-Index (SBI) zur Feststellung möglicher Blutungen auf das Sondieren mit einer stumpfen Sonde. Der SBI ist ein wichtiger Co-Faktor bei der Beurteilung des Schweregrades einer Parodontitis. Nach diesen Untersuchungen erfolgen das Ausmessen der Zahnfleischtaschen an jedem einzelnen Zahn an sechs Messstellen sowie eventuelle einzelne Röntgenaufnahmen.

Mit der halbjährlichen Vorsorgeuntersuchung wird auch der Zahnstein entfernt. Seit einigen Jahren bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung allerdings nur eine Zahnsteinentfernung pro Jahr. Bei über 90 Prozent der Patienten ist sie aber mehrmals im Jahr notwendig.



Mess-Sonden zum Ausmessen der parodontalen Taschen

Parodontale Therapie – aber erst kommen Vorbehandlungen

Die parodontale Therapie beginnt mit der Vorbehandlung in zwei Abschnitten in einem Intervall von drei Wochen. Dabei werden alle erreichbaren Flächen der Zähne von weichen und festen Belägen befreit, die Zahnoberflächen und Füllungen poliert, eventuell überstehende Füllungen begradigt. Eventuell müssen sie erneuert werden. Das Gleiche gilt für Kronen. Nicht erhaltungswürdige Zähne mit übermäßigen Lockerungen oder großen Entzündungen an der Wurzel müssen vor der systematischen Parodontitisbehandlung entfernt werden. Denn unbeherrschbare Entzündungen können wieder die Ursache für eine neue Parodontitis sein.

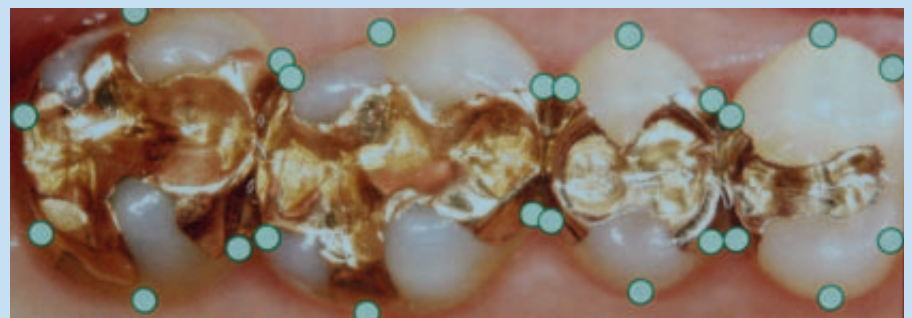
Zwischen der Erkrankung des Zahnhalteapparates und Entzündungen an einer Zahnwurzel-Spitze (so genannte apikale Parodontitis) bestehen enge Wechselbeziehungen. In vielen Fällen gelingt es, durch eine Wurzelbehandlung (Endodontie) diese Entzündung auszuheilen.

Vorbehandlung ist Privatleistung

Seit einigen Jahren sind die Vorbehandlungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und also Privatleistung. Aber ohne diese therapeutisch notwendigen Vorbehandlungen ist keine erfolgreiche Parodontitis-Therapie möglich, und die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt dann auch nicht die Kosten der systematischen Parodontalbehandlung. Oft kann die Vorbehandlung bei guter und motivierter Mitarbeit des Patienten schon zum Therapieerfolg führen.

Erneutes Messen – viel gründlicher

Nach den Vorbehandlungen wird die Tiefe der parodontalen Taschen aller Zähne und pro Zahn an mindestens vier Stellen ausgemessen und in ein spezielles Befundblatt eingetragen. Ab einer Tiefe von 3,5 mm sprechen wir von pathologi-



Messpunkte für die Taschenmessung (6-Punkt-Messung)

scher, also kranker und behandlungsbedürftiger parodontaler Tasche. Weiterhin werden ausgemessen und notiert: der Zahnfleischrückgang, der eventuelle Lockerungsrad (0 bis III) und der Blutungsindex. Ab einer Taschentiefe von mehr als 6 mm ist die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges medizinisch umstritten.

Diese Maßnahmen werden heute in den Zahnarztpraxen oft von eigens dafür qualifizierten und hoch motivierten Praxismitarbeiterinnen, den Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF) bzw. Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentinnen (ZMP) durchgeführt. Dabei findet schon eine Anleitung zur richtigen Mundhygiene für das individuelle Gebiss statt. Denn jeder Mund braucht seine eigenen, für ihn typischen Hygienemittel und -techniken. Das ist auch abhängig davon, ob Zahnersatz getragen wird. Besondere Aufmerksamkeit gilt hier Kronen, Brücken und Implantaten.

„Geschlossenes Verfahren“

Die systematische Parodontalbehandlung erfolgt in örtlicher Betäubung. Dabei werden entweder durch manuelle Therapie mit Handinstrumenten (Scaler) oder aber mit speziellen Ultraschallgeräten die Taschen gesäubert („deep scaling“). Ziel beider Verfahren sind das Glätten der Wurzeloberflächen und die Entfernung von festen und weichen Belägen sowie von Entzündungsgewebe. Beide Vorgehensweisen sind gleichwertig unter dem Begriff „geschlossenes

Verfahren“. Häufig wird danach das Zahnfleisch mittels eines elastischen Verbandes für einige Tage abgedeckt. Es schließen sich die Nachbehandlungen an, deren Anzahl sich nach der Schwere der Erkrankung richtet. Hier werden der Behandlungserfolg kontrolliert, die Zahnzwischenräume gesäubert und die individuelle häusliche Mundhygiene ausgewertet. Oft zieht sich nach der Behandlung das Zahnfleisch etwas zurück. Dann wird ermittelt, ob alle Oberflächen, die nunmehr sichtbar geworden sind, auch sauber geglättet wurden. Entzündungen werden kontrolliert und gegebenenfalls mit entzündungshemmenden und antibakteriell wirkenden Medikamenten örtlich behandelt.

„Offenes Verfahren“

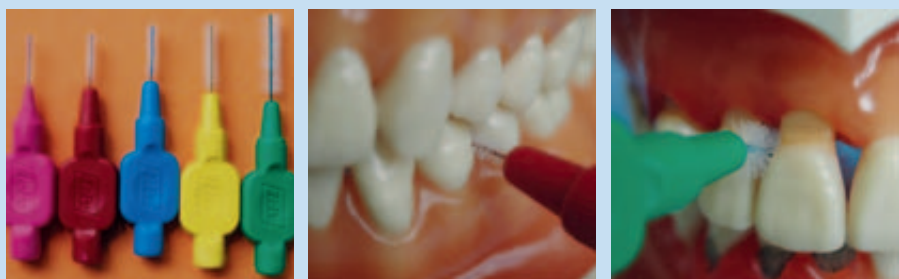
In den Fällen, bei denen die Erkrankung an einzelnen oder mehreren Zähnen nach der Behandlung nicht ausheilt, wird eine Diagnose spezieller Krankheitserreger mittels eines DNS-Sonden-Tests notwendig. Und erst ab jetzt schließt sich eine Behandlung mit einem gezielt wirkenden Antibiotikum oder mehreren Antibiotika an. Bei hartnäckigen Parodontitiden kann dann an einzelnen Zähnen ein chirurgischer Eingriff erfolgen, bei dem man die Zahnwurzel freilegt, sie und den Knochen glättet, eventuell ein Knochenersatzmaterial zur Förderung neuen Knochenwachstums einbringt und darüber die Schleimhaut vernäht. Dies wird als „offenes Verfahren“ bezeichnet.

Nachsorge ist Vorsorge für die Zahngesundheit der Zukunft!

■ Nach Abschluss der Parodontitis-Behandlung erfolgt eine Kontrolle nach vier bis sechs Monaten. Der PSI muss in den meisten Fällen alle halbe Jahre erhoben werden. Eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung ist für einen dauerhaften Behandlungserfolg zwingend notwendig! Denn bei nicht ausreichender Mundhygiene sind nach sechs Monaten die pathogenen Keime wieder in das Gewebe vorgedrungen, und die Vernichtung des Zahnhalteapparates geht weiter.

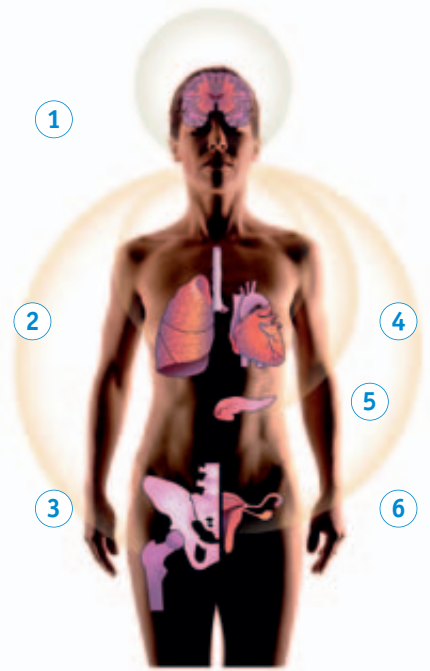
Mit der Parodontitistherapie erhalten wir, wie bei jedem operativen Eingriff im Körper, ein Narbengewebe. Nur konsequente Mundhygiene, regelmäßige nachsorgende Betreuung, gesunde,

ausgewogene Kost sowie Stress-Minimierung können die Zähne ein Leben lang erhalten, allgemeingesundheitliche Risiken mindern und mit eigenen Zähnen ein Wohlfühl-Empfinden herstellen. Nikotingenuss programmiert den Misserfolg jeder Behandlung! Parodontitis ist vermeidbar durch regelmäßige gründliche Mundhygiene und Vorsorge. Besondere Betreuung muss hier älteren und alten Menschen sowie Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen gelten. Auch schwangere Frauen sollten sich im eigenen gesundheitlichen Interesse und im Interesse der Gesunderhaltung des noch ungeborenen Kindes einer besonderen Vorsorge unterziehen.



Interdentalbürsten der verschiedenen Größen sind wichtig für die zusätzliche Reinigung der Zahnzwischenräume

Parodontitis zieht weite Kreise



- 1.) Schlaganfall
- 2.) Lungenentzündung
- 3.) Gelenkerkrankungen
- 4.) Herz- und Gefäßkrankheiten
- 5.) Zuckerkrankheit
- 6.) Frühgeburt

Wie gesund ist Ihr Zahnfleisch?

Machen Sie mit dem kurzen Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie einen Selbsttest!

	ja	nein
1. Ist Ihr Zahnfleisch geschwollen (vergleichen Sie hierzu die Bilder auf Seite 3)?		
2. Blutet Ihr Zahnfleisch nach dem Zähneputzen oder bei der Benutzung anderer Hilfsmittel zur Zahnreinigung?		
3. Ist Ihr Zahnfleisch zurückgegangen?		
4. Beobachten Sie eine zunehmende Lockerung Ihrer Zähne?		
5. Tritt eine gelbliche, eiterähnliche Flüssigkeit am Zahnfleischsaum aus, wenn Sie Ihr Zahnfleisch massieren?		
6. Hat sich Ihre Zahnstellung verändert und haben sich dabei Lücken gebildet?		
7. Haben Ihre Eltern oder Geschwister Zähne frühzeitig durch Zahnlockerung verloren?		

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben, sollten Sie sich umgehend mit Ihrem Zahnarzt beraten. Vergessen Sie nicht Ihre halbjährlichen Kontrolltermine beim Zahnarzt und fragen Sie dabei auch nach dem Parodontal Screening Index (PSI).

Patientenberatungsstellen



Landes Zahnärztekammer Brandenburg

Parzellenstraße 94,
03046 Cottbus
Telefon: (03 55) 38 14 80
Internet: www.lzkb.de



Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Telefon: (01 80) 5 00 35 61 (14 Ct./Min.)
Internet: www.zaekmv.de



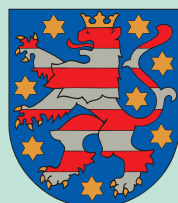
Landes Zahnärztekammer Sachsen

Schützenhöhe 11,
01099 Dresden
Telefon: (03 51) 80 66-2 57/ -2 56
Internet: www.zahnaerzte-in-sachsen.de



Zahnärztekammer und KZV Sachsen-Anhalt

Große Diesdorfer Straße 162,
39110 Magdeburg
Telefon: (03 91) 73 93 90
Internet: www.zahnaerzte-sah.de



Landes Zahnärztekammer Thüringen

Barbarosahof 16,
99092 Erfurt
Telefon: (03 61) 74 32-0
Internet: www.lzkth.de

Impressum

Herausgeber, September 2009

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Landes Zahnärztekammer Sachsen
Zahnärztekammer und KZV Sachsen-Anhalt
Landes Zahnärztekammer Thüringen

Verlag

Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c
01665 Nieschütz bei Meißen
Telefon 03525 718-600
Telefax 03525 718-612
E-Mail: info@satztechnik-meissen.de

Verantwortlich für den Inhalt

Dr. Gottfried Wolf, Suhl

Redaktion

Sabine Fiedler
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Bildquellen

proDente (8), BZÄK (2), Dr. Bengel (1),
Dr. G. Wolf (10)

Anzeigen, Gesamtherstellung, Druck und Versand

Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen

Die Patientenzeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

© Landes Zahnärztekammer Sachsen

ISSN 1435-2508

Nachbestellungen der Patientenzeitschrift sind über den Verlag möglich.

Telefon 03525 7186-66
Telefax 03525 7186-12
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

Versandkosten (zzgl. 7 % MwSt.)

Menge	Preis/ Bestellung	Versand	Gesamt
10 Exemplare	2,60 €	2,40 €	5,00 €
20 Exemplare	5,20 €	2,80 €	8,00 €
30 Exemplare	7,80 €	4,70 €	12,50 €
40 Exemplare	10,40 €	5,00 €	15,40 €
50 Exemplare	13,00 €	5,20 €	18,20 €