



- Entfernung aller harten und weichen Beläge und des Entzündungsgewebes bis zum Taschenboden (eigentliche PA-Therapie) an möglichst zwei aufeinander folgenden Tagen bei örtlicher Betäubung jeweils einer Kieferhälfte. Ggf. offene Kürettage bei Taschen tiefer als 6 mm bzw. bei wiederkehrender Entzündung
- Ggf. regenerative Therapie/ Knochenaufbau

Voraussetzungen für regenerative Parodontalchirurgie:

- Nichtraucher!
- Diabetiker müssen optimal eingestellt sein
- Erfolgreiche „konventionelle“ systematische Parodontaltherapie
- Absolut entzündungsfreie Zahnfleisch-Verhältnisse
- Optimale Mundhygiene (siehe Plaque- und Blutungsindices)
- Bereitschaft zur regelmäßigen Kontrolle und Mitarbeit
- 2- bis 3-wandige Knochendefekte
- Furkationsbeteiligung Grad 2
- möglichst tiefe (mind. 6mm) und engwinklige Defekte
- in bestimmten Fällen kann die antibiotische Therapie erforderlich sein
- Nachkontrolle
- Nach Erreichen entzündungsfreier Verhältnisse ggf. dann die definitive Zahnersatzanfertigung
- Durch Abheilung der Schwellung weicht das Zahnfleisch u.U. noch weiter zurück als es Ihnen vor der Behandlung schon selbst aufgefallen ist. Es liegt jetzt aber fester am Zahn an, die Taschentiefe reduziert sich, die Zähne werden evtl. empfindlicher (schützendes entzündlich geschwollenes Zahnfleisch und Zahnsteinauflagerungen fehlen jetzt). Diese Überempfindlichkeit geht aber meist innerhalb kurzer Zeit zurück.
- Kommen Sie nach erfolgter PA-Behandlung mind.

alle 3 Monate zur Kontrolle und Zahnsteinentfernung zum Zahnarzt, (besser alle 4 Wochen, je nach Belagsbildung)

- Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen nur noch 1 x im Jahr die Zahnsteinentfernung. Dies ist im Rahmen der Prophylaxe für die meisten Patienten zu wenig, es resultieren daraus mehr und teurere Behandlungsfälle. Nutzen Sie unser Intensiv-Pflege-Angebot.
- Während der Schwangerschaft kann es durch die Hormonumstellung zur Schwangerschaftsgingivitis kommen. Unbehandelt kann daraus eine Parodontitis entstehen.
- Schwangere mit Parodontitis haben ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko und das Geburtsgewicht des Kindes kann verringert sein.

Ihre Zahngesundheit liegt uns am Herzen

Unser Tipp! Das Prophylaxe-Abo

Sprechen Sie uns an.
Wir beraten Sie gerne.

Saarbrücker Str. 35, 66292 Riegelsberg, Tel.06806/2375

Unsere Empfehlung für Ihre tägliche Zahnpflege

Patienten mit Parodontitis

...moderne Mundhygiene
ist mehr als nur Zähneputzen!

Wir möchten Ihnen bei Ihrem
strahlend gesunden Lächeln behilflich sein!

Professionelle Prophylaxe
auf Sie individuell angepasst.

Wir beraten Sie gern!

Alle genannten Produkte stellen lediglich unsere persönlichen Empfehlungen dar und sind nicht als Produktwerbung gedacht!

Im natürlichen Zahnfleischsaum, in Zahnzwischenräumen, unter Füllungs- und Kronenrändern, unter Stegen und zwischen verblockten Kronen usw. kann sich Plaque (Zahnbelag) einlagern, die bei unzureichender Entfernung dann durch sich einnistende Bakterien zur reversiblen Gingivitis (Zahnfleischentzündung) mit entzündungsbedingter Zahnfleischschwellung, Rötung und Blutung führt.

Reinigt man dann diese Stellen wegen der Schmerzen und der Blutung weiterhin nur unzureichend, kommt es infolge der körpereigenen Abwehrreaktionen und der gebildeten Entzündungstoxine zum Knochenabbau.

Äußerlich erscheint weiterhin nur der leicht geschwollene, gerötete Zahnfleischsaum mit Blutung.

Bei Rauchern kann infolge der mangelnden Gefäßdurchblutung diese Blutung auch deutlich geringer ausfallen.

Weiterhin ist bei Rauchern die Abwehrreaktion gegen die sich etablierenden nun aggressiveren Bakterien geschwächt, die Ausbreitung verläuft schneller als bei Nichtrauchern.

Die sich unterhalb des Zahnfleischsaumes befindliche Plaque wird durch das Sulcusfluid (Flüssigkeit aus dem Zahnfleischsaum), den Speichel und die aus dem Gewebe tretenden Blutexudate zu „schwarz verfärbtem“ Zahnstein (Konkrement) umgebildet. Es entstehen an den Rauigkeiten neue Anhaftungsstellen für noch mehr Plaque.

Durch den Knochenabbau und die Schwellung wird die Zahnfleischtasche immer tiefer, der Attachmentverlust (Zahnhalteapparat) wird immer größer. In der Tiefe der Tasche etablieren sich immer mehr aggressivere Keime, die normalerweise in der Mundhöhle keinen Lebensraum vorfinden würden. Diese können durch engen zwischenmenschlichen Kontakt auch übertragen werden, finden aber dort nicht unbedingt geeigneten „Lebensraum“.

Durch den Knochenabbau findet eine Drehpunktverlagerung des Zahnes in seiner Aufhängevorrichtung statt. Bei Belastung kommt es zu Druck auf die Knochenwand, der dann zusätzlichen Knochenabbau bewirkt. Der Zahn wird immer beweglicher.

Im späteren Verlauf kommt es dann zusätzlich zum Zahnfleischrückgang. Unbehandelt führt dies zum Zahnverlust.

Die Parodontitis ist eine früh erkennbare und behandelbare bakterielle Infektionskrankung.

Sie ist im fortgeschrittenen Stadium nur zu stoppen, nicht aber zur Ausgangssituation heilbar. Verlorener Knochen ist nur unter bestimmten günstigen Umständen innerhalb einer sog. Lappen-OP mittels gesteuerter Geweberegeneration (GTR, GBR, Emdogain-Plus®, BioOss®) teilweise wieder ersetzbar.

Raucher stellen eine Ausnahmesituation dar, auf sie trifft diese Indikation nicht zu, ihre Kollagenbildung, lokale Immunabwehr, Blutversorgung etc. sind gegenüber Nichtrauchern negativ verändert.

Durch spezielle operative Eingriffe können ausgeprägte Furkationsdefekte (zwischen den Zahnwurzeln) „putzbar“ gestaltet werden. Rezessionen (freiliegende Zahnhäse und Wurzeloberflächen) können gedeckt werden.

Lebenslange intensive Mundhygiene und Prophylaxe sind dringend notwendig (spätestens alle 3 Monate zur Zahnsteinentfernung kommen).

Parodontitisbakterien können sich auf den gesamten Organismus nachteilig auswirken. Sie können zu Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzklappenschäden, Endokarditis, Gelenk- und Lungenerkrankungen und Frühgeburten führen.

Bei Patienten mit vorgeschädigten Herzklappen sollte bei jeder Art der blutungsfördernden Behandlung im Mundbereich und der damit verbundenen Einschwemmung von Bakterien in den Blutkreislauf antibiotisch vorgebeugt werden. (Bakteriämie)

(Siehe dazu auch Verhaltensregeln und Aufklärung bei OP)
Es gelten die gleichen Empfehlungen wie in unserem Infoblatt für Erwachsene und Patienten mit Zahnersatz, zusätzlich jedoch...

- Erstellung des PSI-Index, Feststellung der PA-Erkrankung
- Anfertigung eines großen Panoramaröntgenbildes (OPG)
- Erste Zahnsteinentfernung (soweit erreichbar)
- Messung der Taschentiefen
- Aufklärung über Ihre Erkrankung
- Initialtherapie mit intensiver häuslicher Mundhygiene
- Anfänglich 2 x täglich mit Chlorhexidin morgens und abends nach dem Putzen 2 Minuten spülen, zusätzlich Zunge und Rachen mit Chlorhexidinspray besprühen („Full mouth disinfection“), tägliche Zungenreinigung mit 1%-igem Chlorhexidin-Gel
- Sie können mit Parodontax®-Zahncreme zur Entzündungsreduktion putzen
- Sie müssen den „Teufelskreis“ durchbrechen und intensiv reinigen, auch wenn es blutet oder schmerzt.
- Professionelle Zahnreinigung mit Mundhygieneinstruktionen, Erstellung von Plaque- und Blutungsindices
- Hygienekontrolltermine mit ggf. nochmaliger Unterweisung zur Optimierung Ihres Reinigungserfolges
- Festlegung des Therapieplanes, ggf. Bestimmung von evtl. nicht erhaltungswürdigen, gelockerten Zähnen
- Ggf. Vorstellung beim Oralchirurgen (verlagerte Weisheitszähne)
- Entfernung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen (auch zum Schutz der wichtigen erhaltungsfähigen Zähne und der besseren Reinigungsfähigkeit). Direkt nach der Extraktion kann ein provisorischer Interimszahnersatz eingesetzt werden.
- Stellung des PA-Antrages bei der Krankenkasse