

Prophylaxe bei ...

Fortsetzung von Seite 1

Schon werdenden Eltern sollte die Bedeutung der Ernährung für die Zahngesundheit erläutert werden. Auf diese Weise können Fehlgehnheiten, die zu einer Zerstörung der Zähne führen können, von vornherein verhindert werden. Die Eltern müssen über die

Die kariesprotektive Wirkung unterschiedlicher Fluoridierungsmaßnahmen ist unbestritten. Ein kariesprophylaktischer Effekt ist sowohl für systemische Darreichungsformen wie Trinkwasser-, Speisesalz- und Tablettenfluoridierung (Menghini et al. 1995, Stephen 1994) als auch für die Anwendung lokaler Fluorid-

giene erleichtert. Wie verschiedene Studien zeigten, werden bei Kindern mit versiegelten Zähnen wesentlich niedrigere mittlere DMF-T-Werte registriert als bei Kindern ohne Fissurenversiegelungen (Pieper und Schulte 2004, Schiffner und Reich 1999).

Seit 1994 werden in regelmäßigen Abständen epidemiologische Studien zur Kariesprävalenz durchgeführt, die vom Funktionsbereich Kinderzahnheilkunde des Klinikums der Philipps-Universität Marburg (Leiter: Prof. Dr. Klaus Pieper) koordiniert und ausgewertet werden. Die entsprechenden Daten werden im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) gesammelt und

publiziert. Im Rahmen dieser Untersuchungen werden in erster Linie durch Karies verursachte Zahnschäden an Milch- und bleibenden Zähnen festgestellt. Diese Untersuchungen zeigen bei 6- bis 7-Jährigen einen Kariesrückgang von 24 Prozent im Zeitraum 1994/95–2000 auf (Pieper 2001). Bei 12-Jährigen liegt der Kariesrückgang im selben Zeitraum sogar bei 50,4 % (Pieper und Schulte 2004). Der beachtliche Kariesrückgang in den letzten Jahren geht mit einer Polarisierung der Karieswerte einher, die durch die Zunahme von Probanden mit gesunden Gebissen und die Konzentration des Kariesbefalls auf eine relativ kleine Gruppe von Kindern charakterisiert ist. Wissenschaftliche Untersuchungen, aber auch die tägliche Arbeit der Jugendzahnärzte vor Ort, zeigen, dass nicht alle Schüler gleichmäßig von der Basis-(Gruppen-)prophylaxe profitieren (Schulte et al. 1993). Nach § 21 des SGB V sind für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko spezifische Programme zu entwickeln. Sie können zum Beispiel im Rahmen der Gruppenprophylaxe durch intensive Ernährungsberatung sowie frequente Zahnputzunterweisungen und Lokalfluoridierung Erfolg versprechend betreut werden. □



Angefärbte Beläge im Rahmen der Individualprophylaxe.

Gefahren, die sich aus dem unüberwachten und ständigen Gebrauch der Saugflasche ergeben, aufgeklärt werden. Dabei können sowohl zuckerhaltige als auch erosive Getränke Zahnschäden hervorrufen. Diese so genannte Saugflaschen- oder Nuckelflaschenkaries entsteht zunächst an den Oberkiefer-Frontzähnen und kann später weitere Zähne befallen (Wetzel 1992). Der lange Zeit verwendete Ausdruck „Nursing-Bottle-Syndrom“ wird immer häufiger durch den Begriff „Early Childhood Caries“ ersetzt (Wyne 1999). Die ECC-Klassifizierung berücksichtigt neben dem Alter des Kindes auch die Ursache für den Befall der Zähne und die betroffenen Zahngruppen.

Sobald die ersten Zähne des Kindes durchgebrochen sind, also etwa ab dem 6.-9. Lebensmonat, sollten diese täglich geputzt werden, vorzugsweise abends. Wichtig ist, dass die Zahnpflege durch die Eltern erfolgt. Erst ab dem 3. Lebensjahr setzt das eigenständige Zähneputzen ein. Auch in diesem Alter sollten die Eltern die Zahnpflege ihrer Kinder überwachen und die Zähne nachputzen, bis die Kinder ausreichende manuelle Fertigkeiten erlangt haben. Dies ist in der Regel im Schulalter der Fall.

rid-Präparate wie fluoridhaltige Lacke (Helfenstein und Steiner 1994) Gelées (van Rijkom et al. 1998) und Zahnpasten nachgewiesen. Die lokale Anwendung von Fluoriden wird heute als die wirksamere Methode angesehen (Margolis et al. 1990, Marinho et al. 2003). Gerade bei Schulkindern entstehen die meisten kariösen Läsionen an den Grübchen und Fissuren der Molaren. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass insbesondere die Sechsjahrmolaren häufig in eine Mundhöhle mit zahlreichen kariösen Milchzähnen durchbrechen. Auch ist die Reinigung der Kauflächen während der Durchbruchphase erschwert, sodass in der Plaque gebildete Säuren besonders lange auf der Zahnoberfläche verbleiben und in kurzer Zeit Karies verursachen können. Besonderen Schutz bietet hier die präventive Fissurenversiegelung. Ziel der Fissurenversiegelung ist es, die Grübchen und Fissuren der Seitenzähne zu verschließen, um einen bakteriedichten Verschluss zu schaffen (Riethe 1988). Somit haben kariogene Mikroorganismen keinen Zugang mehr zu diesen Retentionsstellen. Außerdem wird durch die glatte Oberfläche der versiegelten Fissuren die Mundhy-

ParoCheck® – Erster DNA-Chip zum Nachweis Parodontitis assoziierter Bakterienarten

Entstehung und Progression parodontaler Entzündungsprozesse sind in der Regel auf eine Verschiebung des mikrobiellen Keimspektrums in

ParoCheck® ist eine völlig neue Nachweismethode, mit der dieses erweiterte Bakterienspektrum simultan qualitativ nachgewiesen werden



der Mundhöhle, speziell im subgingivalen Bereich zurückzuführen. In den meisten Fällen wird die Verschiebung durch mangelnde Mundhygiene, genetische Prädisposition oder exogene Einflüsse wie Stress oder Rauchen ausgelöst. Umfangreiche wissenschaftliche Studien haben jedoch gezeigt, dass die bakterielle Flora in den subgingivalen Zahntaschen von Parodontitis-Patienten in so genannten Komplexen auftreten, die erst im Zusammenspiel zu erhöhter Pathogenität führen. Bakterienkomplexe, die grundsätzlich mit einer Parodontitis in Verbindung gebracht werden, sind der sog. **Rote Komplex**, (*T. forsythia*, *P. gingivalis* und *T. denticola*) und der sog. **Orange Komplex**, (u.a. *P. micros*, *P. nigrescens*, *P. intermedia*, *C. rectus*, *C. gracilis*, *C. showae*, *E. nodatum*, *S. constellatus*, *F. speziei* und *ssp.*), sowie der **Blaue Komplex** (*Actinomyces speziei*), **Gelbe Komplex** (*Streptococcus speziei*), **Grüne Komplex** (*E. corrodens*, *C. gingivalis*, *C. sputigena*, *C. ochracea*, *C. concisus*, *A. actinomycetemcomitans*) und **Violetter Komplex** (*V. parvula*, *A. odontolyticus*). In der Regel beschränken sich kommerziell erhältliche Nachweismethoden zur Bestimmung parodontopathogener Keime auf den Nachweis des **roten Komplexes**.

kann: während mit ParoCheck® Kit 10 alle Vertreter des **roten Komplexes** und einige Vertreter des **orangenen Komplexes** nachgewiesen werden können, erfasst ParoCheck® Kit 20 darüber hinaus fast alle Vertreter des **orangenen Komplexes** sowie die Leitkeime anderer Komplexe. Erste klinische Studien bestätigen eindeutig, dass durch ParoCheck® Behandlungsverlauf und Therapie wesentlich effizienter verfolgt bzw. gestaltet werden können.

Die Probenentnahme erfolgt mit Hilfe eines Entnahme-Sets schnell und einfach beim Zahnarzt. Fachlabore übernehmen die Befunderstellung und Therapieempfehlung. Im Gegensatz zu herkömmlichen Nachweismethoden erfolgt die Analyse des ParoCheck® in PC-gesteuerten optisch hochauflösenden Scannern. Die digitale Auswertung ermöglicht eine einfache Archivierung sowie schnelle Zustellung der Befunde via E-Mail.

Das Konformitätsverfahren sowie die Dokumentation der ParoCheck® Validierung gemäß der europäischen Richtlinie 98/79/EWG für In-vitro-Diagnostika (IVD) bzw. dem deutschen Medizinproduktegesetz (MPG) wurden zusätzlich von einer externen Validierungsstelle (LGA InterCert, Nürnberg) bestätigt.

* S.S. Socarransky & A.D. Haffajee &., Periodontology 2000, 16(2):8, 2002, 12-55.

Informationen erhalten Sie unter:

Greiner Bio-One GmbH
Maybachstraße 2
72636 Frickenhausen
Tel.: 0 70 22/9 48-0
Fax: 0 70 22/9 48-5 14
E-Mail: marketing@de.gbo.com
www.gbo.com/bioscience/parochek

PN Kurzvita



Dr. Anahita Momeni

• 1992–1998 Studium Zahnmedizin,

Johannes Gutenberg Universität Mainz

- 1999–2000 Ausbildungsassistentin in oralchirurgischer Praxis, Mainz
- 2000 Promotion
- Seit 2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Medizinischen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Philipps-Universität Marburg, Funktionsbereich Kinderzahnheilkunde
- Seit 2004 Oberärztin im Funktionsbereich Kinderzahnheilkunde
- 2004 Ernennung zur Spezialistin für Kinder- und Jugendzahnheilkunde der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Die Literaturangaben sind auf Anfrage in der Redaktion erhältlich.

PN Adresse

Dr. Anahita Momeni
Abteilung für Zahnerhaltung, Funktionsbereich Kinderzahnheilkunde (Leiter: Prof. Dr. med. dent. Klaus Pieper)
Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Philipps-Universität
Georg-Voigt-Str. 3
35033 Marburg