

НЕЗВИЧАЙНИЙ ВИПАДОК ЛОКАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

А.К. Ніколішин, О.В. Гуржій, О.П. Костиренко.

Полтавський державний медичний університет

Локалізований пародонтит зазвичай виникає від місцевих факторів: коротка вуздечка язика або губ, мілкий присінок, неадекватно проведена реставрація апроксимальних поверхонь зубів при карієсі, неправильно виготовлені незнімні ортопедичні конструкції тощо. Інколи локалізований пародонтит розвивається від невдалого видалення залишків їжі механічними предметами (зубочистка, спеціально заточена дерев'яна паличка, йоршик та інші).

До ПОСП 27 серпня 2025 року звернулася пацієнтка Н., 67 років зі скаргами на виділення гною з ясен на верхній щелепі справа, ниючий біль та неприємний присмак в роті. Протягом довготривалого часу, особливо після прийому їжі відмічала неприємні відчуття в цій ділянці, приходилось самотійно видаляти залишки їжі з міжзубного проміжку. Раніше відмічала великий міжзубний проміжок між 14 та 13 зубами, який декілька років назад був закритий (реставрований) у лікаря терапевта-стоматолога.

Загальний стан хворої без особливостей.

Зубна формула -

A	A	Pl	Pl	F	Pl						A	Pl	Pl	Pl	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
A	A	Cd	F	Cd									A	Pl	A

На місці трети між 13 та 14 штучно виготовлена фасетка, яка естетично вирівнює зубну дугу. На вестибулярній поверхні між 13 та 14 зубами на місці штучно виготовленої фасетки відмічається набряк ясен із значним гнійним ексудатом. По дистальній поверхні 13 зуба пародонтальна кишеня більше 6 мм, по медіальній поверхні 14 зуба глибиною 5 мм. На прицільній R-грамі відмічається деструкція кісткової тканини на $\frac{1}{2}$ довжини кореня 13,14 зубів. (рис. 1).

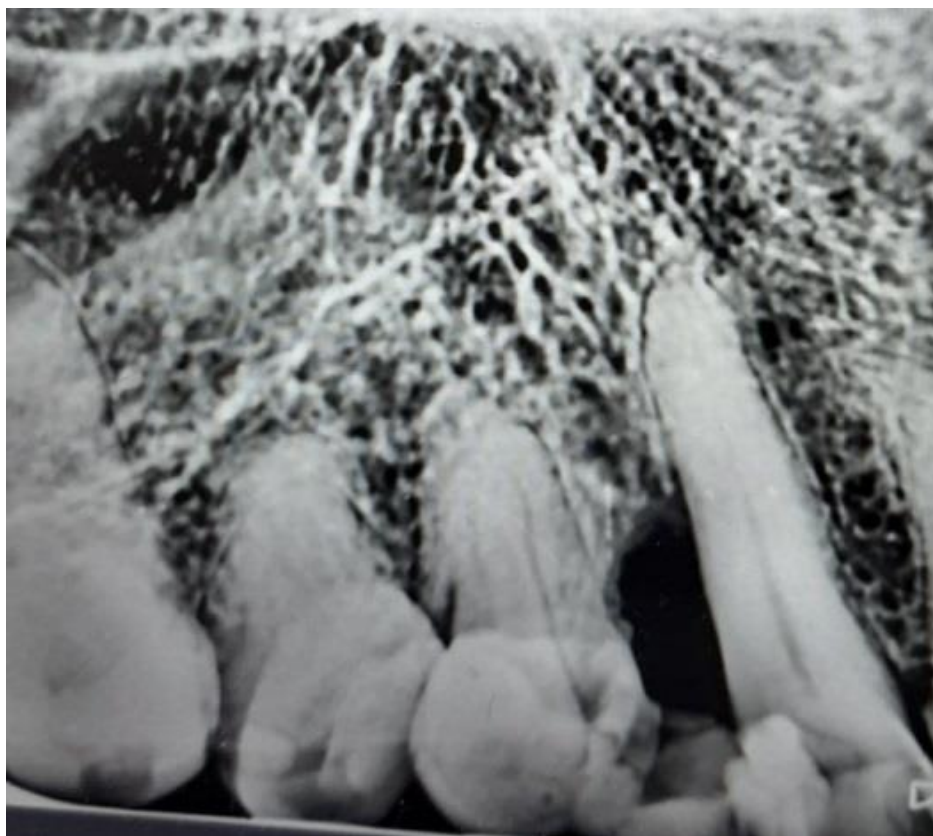


Рис. 1. Прицільна R-грама правої верхньої щелепи.

Поставлений діагноз: локалізований пародонтит 13/14 зубів II ступеня тяжкості (абсцедуюча форма).

Лікування. Після інфільтраційного знеболення Sol. Septanest 4% - 1,0 ml проведено розкриття абсцесу ясен, отримано 1-1,5 ml гнійного вмісту.

Рекомендовано: протизапальна терапія: - німесулід 1 раз на добу при болях і часті полоскання порожнини рота гіпертонічним розчином протягом 5-6 днів. Продовження лікування через тиждень після стихання гострих явищ.

04.05.25 р. при огляді хворої ясна в ділянці 13/14 зубів блідо-червоного кольору, гнійні виділення з пародонтальної кишені відсутні. Для створення доступу до операційного поля видалена фасетка, згладжені краї суміжних пломб на 13/14 зубах. Пацієнтка направлена на консультацію до хірурга-стоматолога.

Хірургом-стоматологом в той же день проведена операція – відкритий кюретаж з остеопластикою: під провідниковою анестезією Sol. Septanest 4% - 1, 7 ml проведено формування та відшарування слизово-окісного клаптя в ділянці 13-15 зубів, видалення грануляцій за допомогою кюрет, обробка

кісткової тканини бором, медикаментозна обробка ранової поверхні 0,05% р-ном хлоргексидину, заповнення кісткового дефекту матеріалом Senso-Bone (тваринного походження), фіксація слизово-окісного клаптя швами (рис. 2).



Рис. 2. Фото хворої Н. після проведення оперативного втручання: відкритого кюретажу з остеопластикою.

Рекомендовано: німесіл по 1 пор. 2 рази на день протягом перших 3-х днів, азімед по 500 мг 1 раз на день № 5, лінекс форте по 2 капсули 1 раз на день протягом 10 днів за пів години до прийому антибіотика азімеда, ванночки з 0,05 % розчином хлоргексидину один раз на день. Контрольний огляд через 14 днів.

Огляд хворої через 2 тижні. Стан задовільний. Скарг немає. При огляді пародонт в ділянці 13/15 зубів в стадії загоєння, блідо-червоного кольору. Зняті шви. Рекомендовано: повноцінне харчування, в раціон харчування – достатня кількість молока і молочних продуктів, ретельний догляд за порожниною рота. Контрольна R-грама через 3 та 6 місяців.