

## ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

### ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ



УДК 616.314 - 089.28+616.314.18 - 002.4

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТУ СЕРЕДЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

Українська  
медична  
стоматологічна  
академія,  
м. Полтава

**І. М. Ткаченко**

Захворювання пародонта - одна із головних нозологічних форм, з якою досить часто доводиться зустрічатися лікарям у клініці ортопедичної, терапевтичної та хірургічної стоматології.

Ці захворювання виникають та розвиваються протягом кількох років, тому за окремими показниками неможливо у повному обсязі влучно класифікувати характер, форму та тенденцію розвитку та перебігу захворювання [7].

По відношенню до інших захворювань ротової порожнини лікування пародонтиту не може проводитися стереотипно, оскільки визначення прогнозу і можливостей збереження зубів з різним ступенем рухомості більш проблематично. Збереження зубів визначається факторами загального та місцевого характеру: форма та довжина кореня зуба, глибина кишені, стан альвеолярного відростка, пульпи зубів та загальний стан тканин пародонта [2].

У зв'язку з цим успішне лікування захворювань пародонта можливе лише в умовах диспансерного нагляду за хворими із застосуванням комплексу терапевтичних, хірургічних та ортопедичних заходів. [4].

При ортопедичному лікуванні пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта потрібно:

- 1) перерозподілити навантаження серед зубів, що залишилися;
- 2) уникати надмірного навантаження, яке виникало в результаті видалення зубів та супраоклюзії природних зубів;
- 3) відтворити у зубному ряді функціональну стабільність та об'єднати ділянки жувального апарату в єдину систему;
- 4) відтворити умови відносного «спокою» ураженому пародонту, чим зменшити або усунути патологічну рухомість зубів [7].

У клініку ортопедичної стоматології Української медичної стоматологічної академії звернулася жінка 49 років зі скаргами на відсутність зубів у фронтальному відділі на нижній щелепі, рухливість зубів, що замикають дефект, неможливість якісно проводити гігієну ротової порожнини, запах із рота та незадовільну якість часткового знімного протеза, який заміщає відсутні зуби.

Із слів хворої: протез виготовлений біля 4-х місяців тому. 32 та 42 зуби використовувалися під опору для знімного протеза з фіксацією на них двоплечих гнутих кламерів.

При обстеженні пацієнтки ми звернули увагу на:

- ступінь деструкції кісткової тканини;
- кількість оголених поверхонь коренів;
- висоту міжзубних ясенних сосочків;
- ширину та товщину прикріплених ясен;
- висоту міжзубних альвеолярних перетинок;

- фенестрацію альвеолярної кістки;
- гігієну ротової порожнини;
- клінічні ознаки запалення маргінального пародонта [2].

Підчас об'єктивного обстеження - слизова оболонка у фронтальній ділянці інтенсивно рожевого кольору, гіперемійована, набрякла, на зубах відмічається наявність м'яких та твердих зубних відкладень, при зондуванні біля зубних тканин спостерігається кровотеча. Рухомість 32, 42 - III ступінь.

Для якісної та кількісної оцінки гігієнічного стану ротової порожнини використовували гігієнічний індекс Федорова-Володкіної.

Якісний показник склав 3,7 балів, кількісний - 2,5 бали.

Для нагляду за змінами в тканинах пародонта, як до лікування, так і в процесі диспансерного нагляду, ми вибрали зворотний індекс ПІ, для оцінки протизапальної дії препаратів і методів лікування. Індекс ПІ на момент обстеження склав 3,3 бали, що характеризує виражену деструкцію пародонта [2,7].

Рентгенологічним обстеженням у фронтальній ділянці відмічено лізис альвеолярного відростка у ділянці відсутніх зубів, кісткові кишені та лізис міжзубних перетинок більш ніж 1/2 в ділянках 32, 42 зубів. Корені зубів 32,42 заплomboвані на 3/4. Спостерігається крупнопетлистий малюнок губчатої субстанції альвеолярної кістки. Втрата кісткової тканини в зоні зубів, що обмежують дефект, становила більш 50% з елементами вертикальної та горизонтальної деструкції з наявністю кісткових кишень. Незважаючи на лізис кісткової тканини на ділянці 33, 43 зубів, зуби не рухомі.

Була вибрана така тактика лікування:

- перепломбувати канали коренів зубів 32, 42;
  - провести депульпування 33, 43 з подальшим пломбуванням каналів коренів;
  - зашинувати попарно 33,32 та 42,43 П-подібними гнутими дротящими конструкціями, виготовленими із кламерного дроту діаметром 0,8 мм;
  - виготовити знімний частковий протез, заміщаючий відсутні 31,41 із запропонованими нами кламерами [3,10].
- По-перше, пацієнтці були зняті під - та над'ясенні тверді зубні відкладення. Проведений курс медикаментозної терапії з курсом іригації та інстиляції розчину «Мараславину» та хлоргексидину біглюконату на пародонтальні кишені. Кожне відвідування закінчувалося накладанням пов'язок з обліпиховою олією [6].

Потім під анестезією з «Ультракаїном» було проведено недепульпування 33, 43 та перепломбування 32, 42. Канали запломбовані матеріалом «Ендометазон» з обтурацією гутаперчовими штифтами. Виготовлені П-подібні шинуючі конструкції і зафіксовані в попередньо підготовлені капали 33, 32 та 42, 43 (рис. 1, рис. 2)

Армуюча система перекрита матеріалом хімічного завардіння «Дегуфіл» [1,5,8].

Робочі та допоміжні відбитки зняті матеріалом «Упін».





**Рис. 1.** Рентгенограма фронтальної ділянки нижньої щелепи у ділянці зубів 32, 33.



**Рис. 2.** Рентгенограма фронтальної ділянки нижньої щелепи в ділянці 42,43



**Рис. 3.** Загальний вигляд хворої до протезування



**Рис. 4.** Загальний вигляд хворої після протезування



**Рис. 5.** Зовнішній вигляд часткового знімного протеза на нижню щелепу зубів 31, 41.

Виготовлена знімна конструкція з перекидними кігтеподібними кламерами, які розташовані між 34, 33 та 44, 43 зубами [9,11]. Застосування таких кламерів, на нашу думку, більш естетичне, а використання напруги кігтеподібних паростків дозволить краще утримуватися протезу в ротовій порожнині (рис. 3, 4, 5). Крім цього, навантаження на 33 та 43 зуби мінімальне і розподіляється між 44, 43 та 34, 33 зубами.

Пацієнтка залишилася задоволена результатами лікування. Термін спостереження становить 1,5 років. На момент останнього обстеження якісний показник індексу гігієни Федорова-Володкіної дорівнював 1,5 бали, кількісний також становив 1,5 бали. Зворотний індекс ПІ складав 2,8 бали. Шиновані П-подібні дротом зуби залишилися нерухомими. Хвора знаходиться на диспансерному нагляді.

У даному клінічному випадку провели лікування хворої на хронічний генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості в стадії ремісії із збереженням 32 та 42 зубів з III ступенем рухомості. При лікуванні провели попарне шинування 32, 33 та 42, 43 зубів П-подібними штифтами та використали знімний пластмасовий протез із кігтеподібним кламерами.

Тобто в окремих випадках можна залишати зуби з III ступенем рухомості залежно від загальних та місцевих факторів, при тому, що вони при адекватному лікуванні можуть виконувати певний час притаманну їм функцію.

#### Література

1. Бахурінський М.С., Голубкова Н.М. Клінічне застосування сучасних армуючих систем та фотополімерних матеріалів для шинування зубів при захворюваннях пародонта //Матер. I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. - Київ, 1999. - С. 169-170.
2. Бакшутова Н.А., Голобня І.А., Заверная А.М. Современные методики исследования зубов при заболеваниях пародонта //Современная стоматология. - 2000. - № 2. - С. 37-40.
3. Васильев В.Г., Прохончуков А.А. Особенности функционального состояния кровообращения пародонта после препарирования депульпированных зубов под искусственные коронки // Стоматология. - 1991. - № 2. - С. 64-67.
4. Вишняк Г.Н. Генерализованные заболевания пародонта. - К.: Здоров'я. - 1999. - 216 с.
5. Громов О.В. Удосконалення методів шинування зубів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 / НМУ. - Київ, 1993. - 15 с.
6. Гужевська Н.С. Клініко-імунологічне обґрунтування застосування фітопрепаратів у комплексному лікуванні генералізованого пародонта // Вісник стоматології. - 1999. - № 3. - С. 14-15.
7. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - М.: Медицина, 1998. - 272 с.
8. Заславский С.А. Сравнительная оценка эффективности применения различных видов несъемных интракоронковых и экстракоронковых шинующих конструкций у больных пародонтом: Дис... канд. мед. наук / ЦНИИ стоматологии. - 1989. - 227 с.
9. Крыль А.И. Заміщення фронтальних дефектів зубних рядів у пацієнтів із захворюванням тканин пародонту // Новини стоматології. - 1997. - № 1. - С. 21-23.
10. Макарова Н.Я. Обоснования применения депульпирования зубов в комплексном лечении пародонта (экспериментальные и клинические исследования): Автореф.

дис. ... канд. мед. наук. - К., 1982. - 17 с.

11. Павленко О.В., Ожоган З.Р. Шина - протез з лабільною фіксацією рухомих зубів при захворюванні тканин пародонту //Актуальні проблеми ортопедичної стоматології. - Львів, 1996. - С. 58-59.

Стаття надійшла

10.09.2001 р.

#### Резюме

В статье описан клинический случай лечения пародонтита с применением съемных и несъемных шинирующих конструкций.

#### Summary

In a paper the case of treatment parodontitis with applying removable and not removable splitting of constructions is depicted.

