

КОНСЕРВАТИВНО-ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО КАРІЄСУ НИЖНЬОГО МОЛЯРА

Випадок з практики

А.К. Ніколішин, О.П. Костиренко, О.О. Розколупа

Полтавський державний медичний університет

Вступ. При лікуванні ускладненого карієсу багатокореневих зубів інколи застосовують комбінований метод лікування: ампутація чи гемісекція кореня. Ампутація застосовується в багатокореневих зубах верхньої щелепи, гемісекція – в нижніх молярах.

Ми спостерігали випадок в клінічній практиці коли за показаннями було проведено ампутацію дистального кореня зуба 37.

Клінічний випадок. 2 грудня 2024 в комунальний заклад Полтавська обласна стоматологічна поліклініка звернувся хворий зі скаргами на постійні ниючі болі в зубі на нижній щелепі зліва особливо під час прийому їжі. При обстеженні на дистальній поверхні 37 зуба виявлена глибока каріозна порожнина. Зондування каріозної порожнини практично безболісне. Вертикальна перкусія зуба болісна.

На панорамній рентгенограмі в 37 зубі виявлена глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Паралельно тілу нижньої щелепи розміщений ретенований 38 зуб, який знаходиться в товщі щелепи. Пальпація альвеолярного відростка по проекції 38 безболісна, слизова по проекції зуба не змінена.



В результаті проведеного дослідження був поставлений попередній діагноз: загострення хронічного верхівкового періодонтиту 37.

Заплановано консервативне ендодонтичне лікування хворого з наступним відновленням втраченої коронки зуба.



Препарування коронки зуба від глибокої каріозної порожнини 37 провести не вдалось із за можливого пошкодження ретенованої коронки 38 зуба, тому доступ до корневих каналів вирішено провести через жувальну поверхню шляхом трепанації коронки зуба 37. Після розкриття порожнини зуба виявилась вітальна тканина пульпи зуба.



Уточнено діагноз: хронічний пульпіт, ускладнений періодонтитом 37 зуба.

Лікування: накладена миш'яковиста паста на розкриту порожнину зуба, проведено ендодонтичне лікування медіального і дистального кореневих каналів.

Тому після консультації з хірургом вирішено провести гемісекцію дистального кореня з наступним відновленням коронки зуба 37 на медіальному корені. Це було оправдано також створенням місця для майбутнього росту коронки ретенovanого 38 зуба.

Під мандібулярною анестезією проведено ендодонтичне лікування спочатку медіального кореня з наступним його пломбуванням матеріалом «Endofill» і медикоінструментальна обробка дистального каналу 37.



В дистальному кореневому каналі накладена антисептична пов'язка. Відновлена анатомічна форма коронки матеріалом «Adhesor».



При наступному відвідуванні, через 3 дні, хворий відмічав болі при накушуванні. Тому в хірургічному відділенні була проведена гемісекція зуба 37 і видалено дистальний корінь.



По завершенню лікування частково видалено цементну
пломбу та повністю відновлено коронку зуба фотополімером
«Latelux».



Обговорення. Під час проведеного лікування ми переконалися, що діагноз — поняття не статичне, а динамічне, тому що при першому відвідуванні було поставлено діагноз загострення хронічного верхівкового періодонтиту. А після проведеної трепанації зуба пульпа виявилася живою, що внесло свої корекції діагнозу і тактику лікування.

Висновок. Представлений клінічний випадок свідчить про складнощі консервативного лікування. Неможливість якісного проведення медико-інструментальної обробки дистального кореневого каналу внаслідок руйнування кореневої стінки дистального кореня. Тому після обговорення і консультації з хірургом було прийнято рішення застосувати консервативно-хірургічний метод — гемісекцію 37 зуба. Хворий взятий на диспансерний облік для вирішення в подальшому питання про тактику відносно ретенуваного 38 зуба.

Таким чином, ретельне застосування знань, навичок а також зваженого індивідуального підходу в кожному конкретному випадку може дозволити зберегти жувальну функцію зубо-щелепового апарату.