

ПРОВЕДЕНИЕ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА КОРНЕЙ

Захарко Т. И.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
кафедра хирургической стоматологии*

Реферат. Перед стоматологическим вмешательством требуется проведение подготовительного этапа, одним из элементов которого является местное обезболивание. Зачатую данная необходимость возникает при терапевтическом и ортопедическом лечении зубов. Проблема качественного обезболивания в настоящее время остается достаточно актуальной. Для успешного обезболивания врач-стоматолог должен хорошо знать и четко себе представлять анатомию корней зубов. В данной работе описаны анатомические особенности строения корней премоляров и моляров на верхней челюсти и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии.

Введение. Победа над болью во время операции — давняя мечта человека. Болевые раздражения ведут к истощению коры головного мозга и способствуют не только неблагоприятному результату оперативного вмешательства, но и возможному возникновению и развитию различных заболеваний организма. Самый распространенный и эффективный способ уменьшить боль во время стоматологических процедур — местная анестезия. Особую актуальность проблема обезболивания приобретает при терапевтическом лечении зубов. Знание анатомических особенностей расположения корней зубов и их вариантов не только обеспечивает успешное применение местной анестезии в челюстно-лицевой области, но и делает понятным наблюдающиеся в клинике различные проявления этой анестезии [2]. Так как анестезия связана с высоким риском возникновения местных и общих осложнений, то с целью предупреждения и минимизации ее негативных последствий необходимо учитывать анатомию корней зубов до проведения анестезии.

Цель: исследовать анатомическое строение корней зубов на верхней челюсти на основании данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) и особенности проведения инфильтрационной анестезии при лечении зубов на верхней челюсти.

Задачи:

- 1) проанализировать данные КЛКТ верхней челюсти;
- 2) выявить особенности конфигурации корней жевательной группы зубов на верхней челюсти;
- 3) разработать практические рекомендации проведения анестезии на верхней челюсти с учетом анатомического строения зубов.

Материал и методы. Исследования проводились на базе УЗ «14-я Центральная районная поликлиника» г. Минска и «12-я городская клиническая стоматологическая поликлиника» г. Минска. В исследовании использовались 50 компьютерных томограмм в коронарной проекции, принадлежавших пациентам в возрасте от 25 до 55 лет. Изучено строение корневой системы 95 первых и 97 вторых постоянных премоляров и 80 первых и 96 вторых моляров верхней челюсти с помощью программы Planmeca Romexis Viewer.

Согласно классической анатомии, первые постоянные премоляры верхней челюсти обычно имеют два корня и два канала. Частота встречаемости варианта с одним корнем, по данным литературы, — от 31,5 % до 39,5 % [3, 7].

Более чем в половине случаев второй премоляр верхней челюсти имеет один корень и один канал. Два корня обнаруживаются примерно в 40 % случаев и очень редко — три корня.

В большинстве случаев 1-й постоянный моляр верхней челюсти имеет три корня и четыре корневых канала. Так как оба щечных корня лежат в щечно-небной плоскости, то они часто наслаиваются друг на друга на рентгенограмме. Дополнительные трудности встречаются в связи с частым искривлением медиально-щечного корня в дистальном направлении в апикальной трети корня.

2-й моляр верхней челюсти — малая реплика первого моляра, однако корни чаще конвергируют. Превалирует форма с тремя корнями и каналами. Соединение корней констатируют у 45–55 % [1, 3–5].

Результаты и обсуждение. На основании полученных данных констатировали следующее: из 95 первых премоляров верхней челюсти 63 зуба (66 %) имели два отдельных корня, 31 зуб (32,9 %) — один корень, 3 корня наблюдалось в одном зубе (1,1 %) (рис. 1).

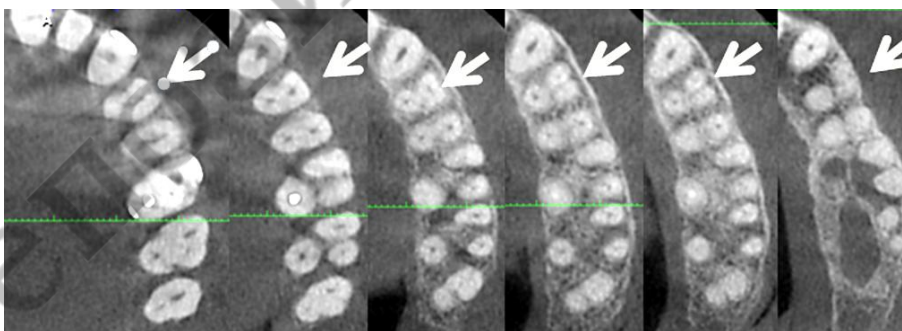


Рис. 1. 1-й премоляр с тремя корнями

Среди 97 вторых премоляров верхней челюсти два корня отмечалось в 17 % (16 зубов), один корень — в 83 % случаев (81 зуб), три корня у вторых премоляров не было обнаружено (табл. 1).

Количество корней у премоляров верхней челюсти, %

Вариант строения корневой системы	1-й премоляр (n = 95)	2-й премоляр (n = 97)
1 корень	32,9 %	83 %
2 корня	66 %	17 %
3 корня	1,1 %	0 %

Из 80 первых верхних моляров 85 % (68 зубов) имеет три отдельных корня: два вестибулярных (щечно-мезиальный и щечно-дистальный) и один небный. В 10 % (8 зубов) щечно-дистальный корень срастается с небным частично либо на всем протяжении. Слияние щечных корней отмечалось в 3,7 % случаев. Одиночный корень наблюдается в 1,3 % (рис. 2). Среди 96 вторых верхних моляров также преобладали зубы с тремя корнями (73,96 %). У 9 зубов (9,4 %) обнаружено срастание щечных корней, у 5 зубов (5,2 %) — небного и щечно-мезиального корней, у 3 (3,1 %) зубов — небного и щечно-дистального корней. Встречались зубы с одним корнем (7,3 %) (рис. 2). В одном случае (1,04 %) щечно-мезиальный корень раздваивался с образованием четырехкорневого второго моляра верхней челюсти. В целом частота сращения корней первых моляров составила 1,25 %, вторых моляров — 7,29 % случаев (рис. 3).

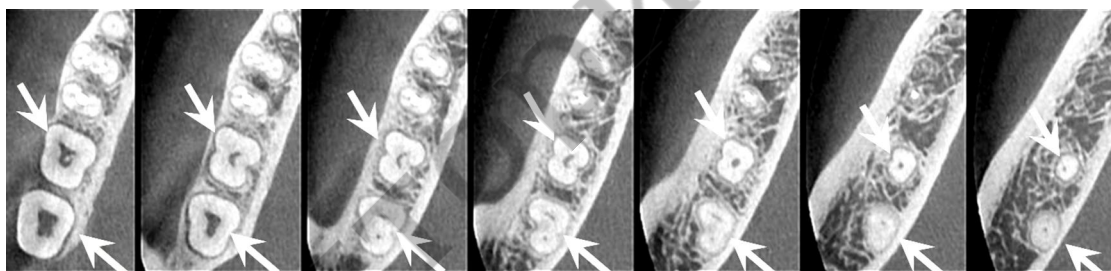


Рис. 2. 1-й и 2-й моляры имеют 1 корень

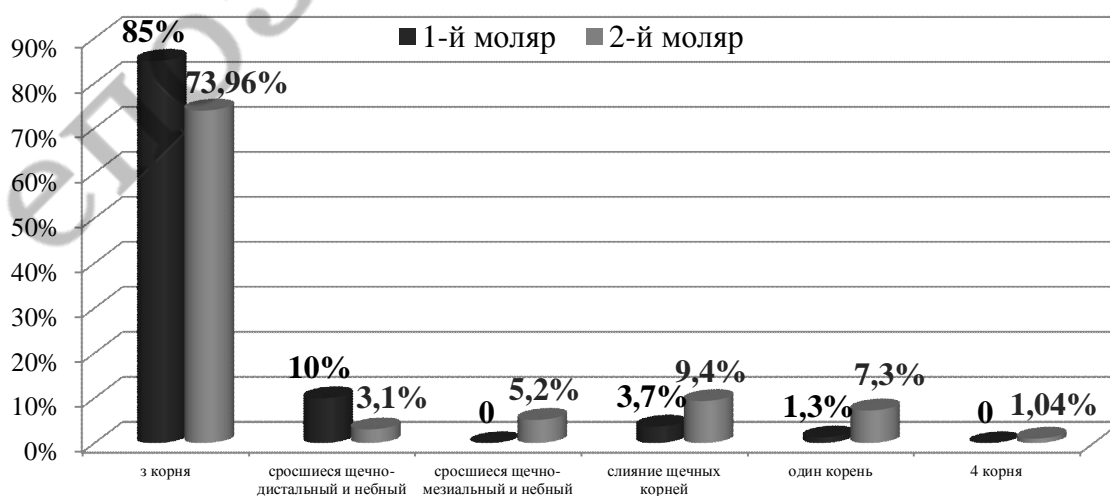


Рис. 3. Количество корней у моляров верхней челюсти

Выводы:

1. Частота встречаемости на верхней челюсти однокорневых первых премоляров составляет 40 %, однокорневых вторых премоляров — 90 %, что позволяет проводить инфильтрационную анестезию при лечении данной группы зубов, только с вестибулярной стороны.

2. Частота сращения корней первых и вторых моляров верхней челюсти наблюдается лишь в 1,25 % и 7,29 % соответственно. В связи с полученными данными проведение инфильтрационной анестезии при лечении моляров на верхней челюсти только с вестибулярной стороны недостаточно эффективно, учитывая наличие небного корня.

Знание возможных анатомических вариаций корневой системы премоляров и моляров в значительной степени предопределяет успех лечения этих зубов. В связи с этим при проведении местного обезболивания важно учитывать анатомическое строение зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Особенности* анатомического строения моляров верхней челюсти со сросшимися корнями / В. В. Алямовский [и др.] // Эндодонтия «Today». 2014. № 1. С. 71–74.

2. *Вайсблат, С. Н.* Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах / С. Н. Вайсблат. Киев : ГМИ УССР; 1962. 469 с.

3. *Кузьмина, Д. А.* Эндодонтическое лечение зубов : методология и технология / Д. А. Кузьмина, О. Л. Пихур, А. Е. Иванов. 2-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. 223 с.

4. *Клинико-рентгенологические* особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти / Ю. А. Македонова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1.

5. *Мельниченко, Ю. М.* Вариантная морфология корневой системы постоянных моляров верхней челюсти / Ю. М. Мельниченко, С. Л. Кабак // Военная медицина. 2013. № 4. С. 45–48.

6. *Cleghorn, B. M.* Root and root canal morphology of the human permanent maxillary first molar : a literature review / B. M. Cleghorn, W. H. Christie, C. C. S. Dong // JOE. 2006. Vol. 32. № 9. P. 813–821.

7. *Hess, W.* Formation of root-canal in human teeth / W. Hess // J. National. Dental Assoc. 1921. № 8. P. 704–734.

Conducting infiltration anesthesia in the treatment of teeth in the upper jaw depending on the number of roots

Zakharko T. I.

Before the dental intervention requires a preparatory phase, one element of which is a local anesthesia. Conceived this necessity arises in therapeutic and orthopedic dentistry. The problem of pain is still quite relevant. For successful anesthesia, the dentist must be familiar and have a clear idea of the anatomy of the tooth roots. This work describes the anatomical features of the structure of the roots of premolars and molars in the upper jaw and interpretation of cone-beam computed tomography.