

Манак Т.Н., Тоока М.

Анализ ангуляции премоляров верхней челюсти населения Беларуси по данным КЛКТ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) является высокоинформативным методом лучевой диагностики в стоматологии. При эндодонтическом лечении системы корневых каналов зубов, врач-стоматолог может оценить количество корневых каналов,

расположение устьев каналов, анатомический ход, наличие/отсутствие периапикальной патологии. На этапе планирования эндодонтического лечения важно оценить искривленность и топографию изгиба в корневом канале в трехмерном представлении, с целью выбора оптимальной тактики механической обработки и предотвращения осложнений. Данные по ангуляции корневых каналов зубов населения Республики Беларусь в настоящее время отсутствуют.

Цель: изучить ангуляцию корневых каналов премоляров верхней челюсти у населения Беларуси в перпендикулярных проекциях, используя новую классификацию.

Материал и методы. На конусно-лучевых компьютерных томограммах исследовано 708 (354 первых и 354 вторых) премоляров верхней челюсти. Изучена ангуляция по новой классификации в двух проекциях – вестибуло-оральной и мезио-дистальной, установлена медианная ангуляция корневых каналов, а также расположение изгиба в корневых каналах.

В 2020 году нами предложено кодирование корневого канала V/M S₀₋₃ L₀₋₃

V – вестибуло-оральная проекция рассматривания корневого канала на КЛКТ, **M** – мезио-дистальная проекция.

S – степень кривизны корневого канала (модификация классификации Schneider, измерение ангуляции проводится по методу Schneider:

- 0-10 градусов – корневой канал с прямолинейным ходом (S₀)
- 11-20 градусов – слабо изогнутый корневой канал (S₁)
- 21-30 градусов – средне изогнутый корневой канал (S₂)
- 31+ градусов – сильно изогнутый корневой канал (S₃)
- При корневом канале с несколькими изгибами, цифровой индекс после **S** ставится через запятую для каждого изгиба.

Результаты. Установлено, что в первом премоляре верхней челюсти в вестибуло-оральной и мезио-дистальной проекциях щёчный корневой канал чаще прямой (65,8% и 84,7% соответственно). Изгиб, при его наличии, чаще располагается в средней и апикальной трети. Нёбный корневой канал первого премоляра верхней челюсти чаще прямой в двух исследованных проекциях, локализация изгиба, при наличии – в средней и апикальной трети.

Щёчный корневой канал вторых премоляров верхней челюсти также чаще прямой в вестибуло-оральной и в мезио-дистальной проекциях. Локализация изгиба в средней и в апикальной трети, при этом, в 32,8% случаев в мезио-дистальной проекции данный корневой канал s-образный. Нёбный корневой канал второго премоляра верхней че-

Республиканская конференция с международным участием, посвященная 80-летию со дня рождения Т. С. Морозкиной: ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ БИОЛОГИЯ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ, Минск, 29 мая 2020 г.

люсти также чаще прямой, при наличии изгиба – локализация чаще в средней и апикальной трети.

Заключение. В исследовании ангуляции премоляров верхней челюсти населения Республики Беларусь установлено, что корневые каналы данных зубов чаще прямые, изгиб, при наличии, чаще локализуется в средней или апикальной трети канала. При этом, в мезио-дистальной проекции, щёчный корневой канал второго премоляра верхней челюсти в 32,8% случаев s-образный, что важно учитывать при проведении механической обработки.