

А. В. Козлов, В. В. Борисевич, Тоока Мушрек Алаа
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНГУЛЯЦИЙ КОРНЕВЫХ
КАНАЛОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКИ ЛЕЧЕННЫХ И ЗДОРОВЫХ ЗУБОВ**

Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. Т. Н. Манак
2-я кафедра терапевтической стоматологии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. V. Kozlov, V. V. Borisevich, Tooka Mushrek Alaa
**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ROOT CANAL ANGULATION OF
ENDODONTICALLY TREATED AND HEALTHY TEETH**

Tutor: associate professor. T. N. Manak
2nd Department of Therapeutic Dentistry,
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Было проведено исследование 154 КЛКТ пациентов РБ, сделанных на базе 7-ой ГСП, разных возрастов. Изучены эндодонтически леченые и не леченые зубы. Ангуляция определена по методу S.W. Schneider в вестибуло-оральной и мезио-дистальных проекциях. Так же в данных проекциях была установлена топография и локализация изгибов.

Ключевые слова: ангуляция каналов, КЛКТ, метод S.W. Schneider.

Resume. A study of 154 C.T. scan patients in Republic of Belarus, made on the basis of the 7th SHG, of different ages was conducted. Endodontically healing and untreated teeth were studied. Angulation determined by S.W. Schneider in the vestibulo-oral and mesio-distal projections. The topography and localization of the bends was established.

Keywords: channel angulation, C.T. scan, S.W. Schneider's method.

Актуальность. На сегодняшний день в практической стоматологии, к одному из наиболее сложных видов оказания стоматологической помощи относится эндодонтическое лечение.

Актуальность изучаемой проблемы основывается на высокой распространенности пульпита и апикального периодонтита в различных возрастных группах населения РБ. (Манак Т.Н., 2009). Одним из этапов эндодонтического лечения является качественная инструментальная обработка корневых каналов для последующей obturation. Для успешного осуществления данного этапа необходима полная диагностика (3D\КЛКТ), так как не всегда в одной плоскости можно увидеть все корневые каналы, а главное оценить их ангуляцию и расположение их изгиба. [1-2]

Цель: сравнить ангуляции корневых каналов и топографию здоровых и эндодонтически леченых зубов.

Задачи:

1. Исследовать 154 КЛКТ.
2. Провести измерение корневых каналов методом S.W. Schneider.

Материал и методы. Было проведено исследование 154 КЛКТ (в них было измерено: 208 вторых моляра верхней челюсти) пациентов РБ, сделанных на базе 7-ой ГСП, разных возрастов. Изучены эндодонтически леченые и не леченые зубы. Ангуляция определена по методу S.W. Schneider в вестибуло-оральной и мезио-

дистальных проекциях. Так же в данных проекциях была установлена топография и локализация изгибов.

Результаты и их обсуждение. В группе эндодонтически леченых зубов установлено, что значение угла S.W. Schneider меньше, чем в группе, не подвергавшихся эндодонтическому лечению. Вероятность таких ошибок и осложнений, как выведение силера за верхушку, изменения в периапикальных тканях, неполная obturation - выше, чем в корневых каналах с большим значением угла S.W. Schneider.

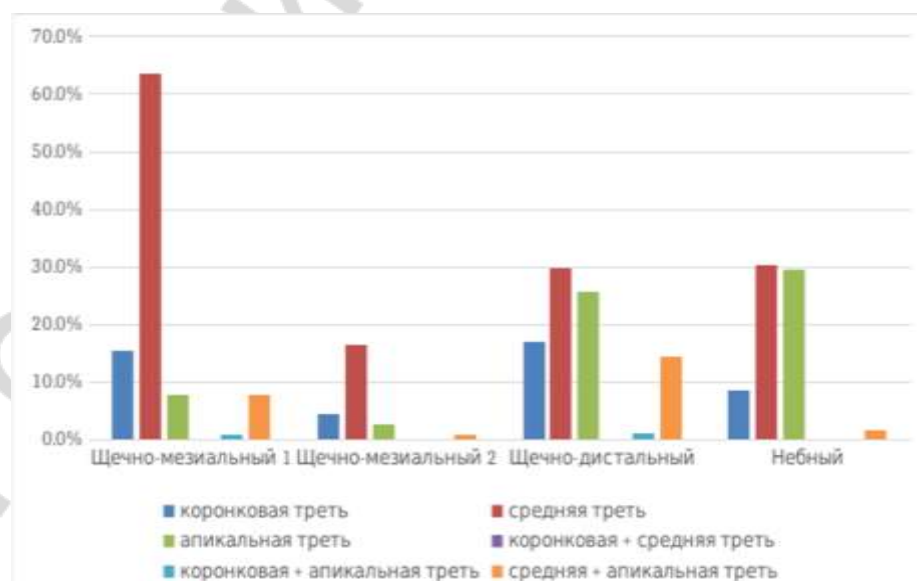
Вторые моляры верхней челюсти. Исследовано 208 вторых моляра верхней челюсти. На КЛКТ в 66,5% случаев определялись вторые моляры верхней челюсти, имеющие 3 корневых канала, в 24,3% случаев – 4 корневых канала, в 5,9% случаев – 2 корневых канала и в 2,9% случаев вторые моляры верхней челюсти имеют один корневой канал.

Медианная ангуляция по Шнайдеру щечно-мезиального (MB1) корневого канала второго моляра верхней челюсти составила 36 градусов в вестибуло-оральной проекции и 34 градуса в мезио-дистальной проекции.

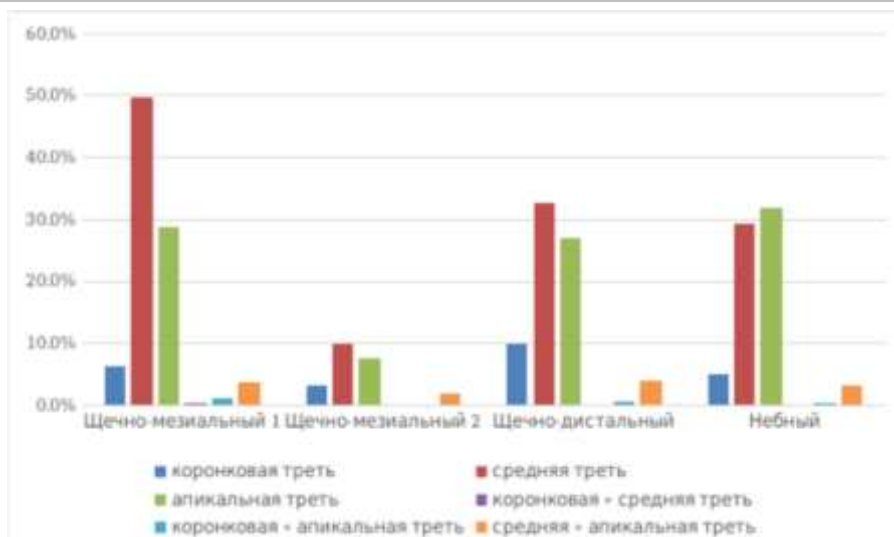
Щечно-мезиальный 2 (MB2) канал второго моляра верхней челюсти имеет медианную ангуляцию по Шнайдеру 32 градуса в вестибуло-оральной проекции и 32 градуса в мезио-дистальной проекции. [3]

Щечно-дистальный (DB) корневой канал зубов 1.7 и 2.7 имеет медианную ангуляцию по Шнайдеру 32 градуса в вестибуло-оральной проекции и 25 в мезио-дистальной проекции. [4]

Небный (P) корневой канал чаще имеет сильную изогнутость в мезио-дистальной проекции – 58,5%, при этом слабо изогнут в данной проекции в 30,5% случаев. Процентные показатели расположения ангуляций в двух проекциях: вестибуло-оральная проекция (График 1) (Таблица 1) и мезио-дистальной проекции (График 2) (Таблица 2)



Граф. 1 – Вестибуло-оральная проекция



Граф. 2 – Медио-дистальная проекция

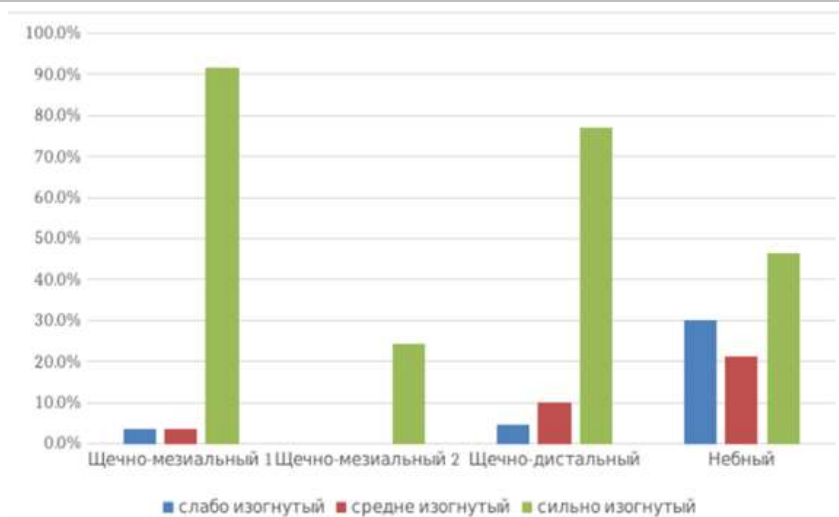
Табл. 1. Вестибуло-оральная проекция

Вестибуло-оральная проекция	Щечно-мезиальный 1	Щечно-мезиальный 2	Щечно-дистальный	Небный
Коронковая треть	15,4%	4,4%	16,9%	8,5%
Средняя треть	63,6%	16,5%	29,8%	30,1%
Апикальная треть	7,7%	2,6%	25,7%	29,4%
Коронковая+средняя треть	0%	0%	0%	0%
Коронковая+апикальная треть	0,7%	0%	1,1%	0%
Средняя + апикальная	7,7%	0,7%	14,3%	1,5%

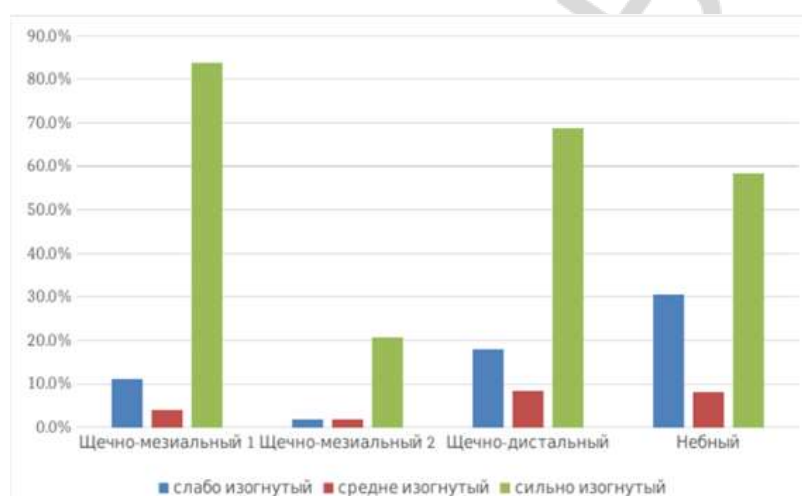
Табл. 2. Медио-дистальная проекция

Медио-дистальная проекция	Щечно-мезиальный 1	Щечно-мезиальный 2	Щечно-дистальный	Небный
Коронковая треть	6,3%	3,3%	9,9%	5,1%
Средняя треть	49,6%	9,9%	32,7%	29,4%
Апикальная треть	28,7%	7,7%	26,8%	32%
Коронковая+средняя треть	0,4%	0%	0%	0%
Коронковая+апикальная треть	1,1%	0%	0,7%	0,4%
Средняя + апикальная	3,7%	1,8%	4,0%	3,3%

Степень выраженности ангуляции в двух проекциях: вестибуло-оральной проекции (График 3) (Таблица 3) и медио-дистальной проекции (График 4) (Таблица 4).



Граф. 3 – Вестибуло-оральная проекция



Граф. 4 – Мезио-дистальная проекция

Табл. 3. Вестибуло-оральная проекция

Вестибуло-оральная проекция	Щечно-мезиальный 1	Щечно-мезиальный 2	Щечно-дистальный	Небный
Слабо изогнутый	3,7%	0%	4,8%	30,1%
Средне изогнутый	3,7%	0%	9,9%	21,3%
Сильно изогнутый	91,5%	24,3%	77,2%	46,3%

Табл. 4. Мезио-дистальная проекция

Мезио-дистальная проекция	Щечно-мезиальный 1	Щечно-мезиальный 2	Щечно-дистальный	Небный
Слабо изогнутый	11%	1,8%	18%	30,5%
Средне изогнутый	4%	1,8%	8,5%	8,1%
Сильно изогнутый	83,8%	20,6%	68,8%	58,5

Выводы: результаты исследования обосновывают новую классификацию корневых каналов по углу S.W. Schneider и вероятности ошибок и осложнений при их эндодонтическом лечении: группа 1 значение угла S.W. Schneider до 10 градусов соответствует простому клиническому случаю; группа 2 со значением угла от 10 до

20 градусов соответствует среднему по сложности клиническому случаю; группа 3 со значением от 20 до 30 градусов соответствует сложному клиническому случаю; группа 4 со значением угла от 30 и выше градусов и двумя ангуляциями – очень сложному случаю.

Литература

1. Balani, P. A brief review of the methods used to determine the curvature of root canals / P. Balani, F. Niazi, H. Rashid // The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. – 2015. – №3. – P. 57-63.
2. Cunningham, C. A three-dimensional study of canal curvatures in the mesial roots of mandibular molars / C. Cunningham, S. Senia // Journal of Endodontics. – 1992. – №18(6). – P. 294-300.
3. De Moor, R. J. The radix entomolaris in mandibular first molars / R. J. De Moor, C. A. Deroose, F. L. Calberson // International Endodontic Journal – 2004. – №37. – P. 789-799.
4. Dobo-Nagy, C. D. A mathematically based classification of root canal curvatures on natural human teeth / C. D. Dobo-Nagy, J. Szabo, // Journal of Endodontics. – 1995. – №21. – P. 557–560.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ