

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Савостикова О.С., Сковородко Т.Н., Янковский М.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Эндодонтическое лечение – является одним из сложнейших этапов стоматологического лечения. В связи с тем, что канално-корневая система зубов переменна и индивидуальна, при выполнении эндодонтического лечения часто возникают ошибки. Для того, чтобы минимизировать вероятность их возникновения, необходимо знать варианты анатомии корней того или иного зуба. На современном этапе развития стоматологии такую возможность нам предоставляет конусно-лучевая

компьютерная томография (КЛКТ). Тема использования конусно-лучевой компьютерной томографии в качестве инструмента для изучения анатомии корня зуба в настоящий момент актуальна в мире [1].

Цель работы: Изучить вариабельность анатомии резцов нижней челюсти с использованием КЛКТ .

Материалы и методы. В данной работе были проанализированы снимки 63 пациентов (32% составили мужчины и 68% женщины) в возрасте от 21 года до 65 лет. Все снимки были получены с помощью аппарата КЛКТ GENDEX на базе РКСП. Было изучено 248 центральных и латеральных резцов нижней челюсти. В результате исследования определяли длину, количество корней и каналов резцов нижней челюсти; тип (по Vertucci) и форму корневых каналов резцов нижней челюсти; наличие апикальной дельты и отклонения верхушки корня данных зубов. Также на основании данных КЛКТ определяли процент резцов нижней челюсти с проведенным эндодонтическим лечением. Анализ полученных снимков осуществлялся с помощью программы iCATVision. Непосредственно для просмотра анатомии корневых каналов зубов мы использовали панорамный, коронарный и аксиальный виды. Окно многоплоскостной реконструкции открывается двойным щелчком по коронарному виду в окне предварительного просмотра. В окне многоплоскостной реконструкции использовали регуляторы и выбирали интересующий нас срез. Для просмотра резцов нижней челюсти настраивали регуляторы в необходимом положении сначала во фронтальной плоскости, а затем в вертикальной и сагиттальной плоскостях соответственно. Основным преимуществом данного окна является возможность получения срезов абсолютно в любой плоскости снимка, что позволяет изучить микроанатомию зуба на различных срезах [2]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы Statistica 10.

Результаты. В проведенном нами исследовании средняя длина латеральных резцов нижней челюсти составила $22,00 \pm 1,51$ мм, центральных резцов $20,35 \pm 1,14$. Самый короткий латеральный резец из всех

проанализированных имел длину 17,16 мм, в то время как самый длинный – 24,4 мм. Самый короткий центральный резец имел длину 15,17 мм, самый длинный – 22,74 мм. Также было установлено, что все исследуемые резцы нижней челюсти (в 100% случаев) имеют 1 корень и 1 канал. Несмотря на то, что в 100% случаев резцы нижней челюсти имели 1 корень и 1 корневого канал, было установлено, что как в латеральных, так и в центральных резцах наблюдался I и III типы корневых каналов (по Vertucci) (рис. 1, 2).

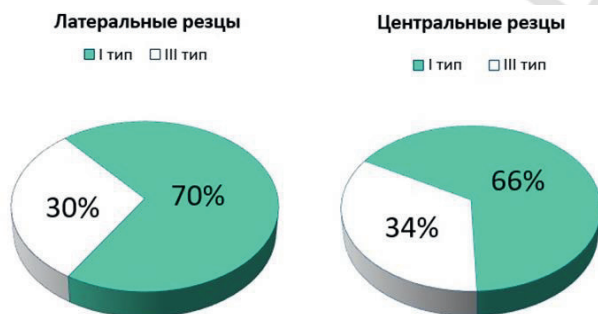


Рис. 1. Распространенность I и III типов корневых каналов (по Vertucci)



Рис. 2. I и III типы корневых каналов в резцах нижней челюсти (по Vertucci)

Вариации форм корневых каналов резцов нижней челюсти изучались в окне многоплоскостной реконструкции на горизонтальном срезе. Чаще всего встречалась лентовидная форма корневых каналов, 76% в латеральных и 54% в центральных резцах нижней челюсти. Также при исследовании обнаружены овальная и круглая форма корневых каналов. Овальная форма встречалась в

28% латеральных и 34,5% центральных резцов, круглая в 10% от изученных латеральных резцов и в 18% центральных. При изучении томограмм нижней челюсти не было обнаружено резцов с апикальной дельтой и отклонением верхушки корня. В ходе изучения КЛКТ 248 резцов нижней челюсти было установлено, что эндодонтическое лечение было проведено только в 1,7% от всех исследуемых зубов.

Выводы:

1. Средняя длина центрального и бокового резцов нижней челюсти составила $20,35 \pm 1,14$ и $22,00 \pm 1,51$ мм соответственно.

2. Все исследуемые нижние резцы имели один корень и один корневой канал. В латеральных и центральных резцах нижней челюсти III тип корневых каналов (по Vertucci) встречается в 30% и 34% соответственно.

3. Не было обнаружено зубов с апикальной дельтой и отклонением апикальной трети корня.

Заключение. Несмотря на то, что по данным литературы и по результатам наших исследований резцы нижней челюсти имеют незначительную вариабельность длины корневого канала, в 100% случаев имеют один корень и один канал и достаточно редко (1,7% от исследованных нами зубов) подвергаются эндодонтическому лечению, врачи-стоматологи должны знать о распространенности типов корневых каналов в резцах нижней челюсти, с целью предотвращения ошибок и осложнений при проведении внутриканальных манипуляций. Данное исследование предоставляет подробную информацию об анатомии корней и корневых каналов резцов нижней челюсти и подтверждает, что использование конусно-лучевой компьютерной томографии перед проведением эндодонтического лечения позволяет осуществить диагностику на высоком уровне.

Литература:

1) Ким, В. В. Клинический опыт применения метода конусно-лучевой компьютерной томографии в эндодонтии / В. В. Ким, Ю. А. Мингазеева, В. С. Новиков // Эндодонтия today. – 2012. – № 1. – С. 53–56.

2) Манак, Т. Н. Алгоритм анализа конусно-лучевой компьютерной томографии при проведении эндодонтического лечения / Т. Н. Манак, О. С. Савостикова, А. Н. Разоренов // Стоматолог. – 2015. – № 2. – С. 18–21.