

# **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА СЛОЖНОЙ КОНФИГУРАЦИИ**

Абаимова О.И., Никифоренков Л.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

1-я кафедра терапевтической стоматологии, Республика Беларусь, г.

Минск

Проблема повышения эффективности эндодонтического лечения является весьма актуальной, так как продолжает оставаться высокой распространенность осложненных форм кариеса – 93,18 % случаев [1].

Одной из важных задач в стоматологии остается совершенствование качества лечебно-профилактической помощи больным с хроническим апикальным периодонтитом. Однако, эффективность лечения таких зубов остается низкой. Многочисленные исследования, направленные на изучение топографических особенностей корневых каналов, указывают на наличие сложных, разветвленных и взаимосвязанных коллатералей системы корневого канала, которые трудно предсказать, качественно механически обработать и, тем более, запломбировать [2,3]. Точное знание анатомического строения зуба является залогом успешной эндодонтической обработки корневых каналов.

Успех эндодонтического лечения зависит от своевременно обнаруженных и качественно запломбированных корневых каналов. Результат эндодонтического лечения оценивается с использованием рентгенологического контроля как непосредственно после пломбирования корневого канала, так и в различные сроки после проведенного лечения .

Целью настоящей работы явилось проведение эндодонтического лечения зуба 45 со сложной конфигурацией корневого канала.

Нами было проведено комплексное обследование, лечение и наблюдение в динамике пациента с хроническим апикальным периодонтитом. Диагноз был поставлен на основании жалоб пациента, данных анамнеза, исследования основных (осмотр, зондирование, перкуссия) и дополнительных методов диагностики (рентгенография, электроодонтометрия).

Пациент М., 35 лет, обратился к врачу-стоматологу с целью санации полости рта. Из анамнеза: зуб 4.5 был лечен несколько лет назад по поводу кариеса. Рентгенологическое исследование выявило наличие на апроксимальной поверхности коронки зуба 4.5 большого дефекта твердых тканей, кариозная полость сообщалась с полостью зуба (рис. 1). Корневой канал проходим. Периапикальных изменений не обнаружено, однако, в верхней трети части корня визуализируется О-образное разделение корневого канала с последующим воссоединением в области апекса.

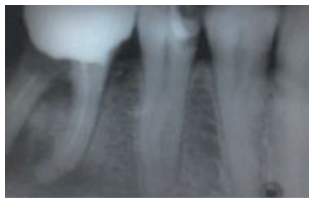


Рис. 1. Рентгенограмма зуба 45 с атипичной анатомией корневого канала

С согласия пациента было принято решение о проведении эндодонтического лечения. После изоляции рабочего поля нами было выполнено препарирование кариозной полости: удаление старой пломбы, истонченных краев эмали, размягченного пигментированного дентина, что позволило создать удобный и прямой доступ к устью корневого канала. Широкий эндодонтический доступ способствовал обнаружению разветвления основного хода канала на два боковых искривленных. Для измерения рабочей длины корневого канала был использован апекслокатор. Из-за большой вероятности боковой перфорации возникла сложность дальнейшей обработки стенок канала ручными инструментами. Для увеличения эффективности механической обработки корневого канала со сложной морфологией и исключения возможной поломки инструмента нами был выбран эндодонтический мотор и корневой канал был полностью пройден в соответствии с установленной рабочей длиной. Это подтверждалось данными измерений электронным апекслокатором. В результате такой обработки была сформирована конусная форма канала, повторяющая анатомическую.

Канал был медикаментозно обработан 3,2 % раствором гипохлорита натрия. Далее был проведен диагностический рентгенологический снимок для подтверждения степени качества обработки корневого канала на всю рабочую длину (рис. 2). Канал был промыт физиологическим раствором и высушены стерильными бумажными штифтами.



Рис. 2. Контрольная рентгенограмма зуба 4.5

Завершающей стадией эндодонтического лечения явилось полное и герметичное заполнение системы корневого канала, исключающее возможность его сообщения с периодонтом и полостью зуба. Эндодонтическая работа оценивалась выполнением контрольного рентгеновского снимка.

Реставрация коронковой части зуба проводилась по общепринятой методике с применением светоотверждаемого композитного материала с последующей проверкой окклюзионных контактов и финишной обработкой поверхности пломбы.

Контрольное клиническое обследование пациента было проведено через 6 месяцев. Оценивались жалобы пациента, наличие болевых ощущений, болезненной реакции при пальпировании альвеолярной кости в области проекции корня леченого зуба 4.5, состояние периапикальных тканей. Рентгенологически были проанализированы качество obturации (герметичность, уровень заполнения корневого канала), состояние периапикальных тканей (ширина периодонтальной щели, структура альвеолярной кости в периапикальной области) (рис. 3).



Рис. 3. Рентгенограмма зуба 4.5 после лечения

Клиническая картина свидетельствовала об отсутствии осложнений после проведенного эндодонтического лечения.

Выводы. Подобран и проведен комплекс лечебных манипуляций при эндодонтическом лечении хронического апикального периодонтита зуба 4.5 со сложной морфологией корневого канала. Ближайшие и отдаленные осложнения через 6 месяцев отсутствовали. Данный случай демонстрирует качественное выполнение эндодонтической работы при применении современных инструментов и материалов. Выбор оптимальных методов диагностики и лечения необходимо осуществлять на основе индивидуального подхода к каждому клиническому случаю.

#### Литература:

1. Березин, К.А., Блашкова С.Л., Старцева Е.Ю. Особенности лечения корневых каналов сложной конфигурации // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-6. – С. 987-990.
2. Шумилович, Б.Р. Современные представления об эффективности биомеханической обработки корневых каналов со сложной анатомией при лечении осложненного кариеса многокорневых зубов / Б. Р. Шумилович [и др.] // Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и научно-практический журнал. - 2012. - Том 19, № 2. - С. 99-101.
3. Martins, Jorge N.R. Эндодонтическое лечение первого моляра нижней челюсти с шестью корневыми каналами - два клинических случая и обзор литературы / Jorge N. R. Martins, Craig Anderson // Эндодонтия today. - 2016. - № 2. - С. 62-65.