

Астрейко В. М.

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ОТНОСИТЕЛЬНО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА**

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Мальковец О. Г.,

канд. мед. наук Девятникова В. Г.

Кафедра эндодонтии, кафедра общей стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Проблема профилактики осложнений, возникающих при эндодонтическом лечении зубов до сих пор актуальна. Значимое место среди них занимает травматическое повреждение нижнечелюстного нерва, которое по данным И.О. Походенько-Чудаковой и соавт. (2015) за период времени с 2004 по 2012 год выявлено у 29 человек, что составило 34,5% от общего количества пациентов (84 человека) с патологическими состояниями системы тройничного нерва. Риск появления осложнений при эндодонтическом лечении связан как с техническими ошибками, допускаемыми в процессе данного вмешательства, так и с индивидуальными анатомическими особенностям строения нижней челюсти. Это диктует необходимость тщательного изучения врачом-стоматологом анатомо-топографических особенностей расположения верхушек корней нижних моляров относительно нижнечелюстного канала с целью выявления степени риска повреждения нижнечелюстного нерва в ходе эндодонтического лечения.

Цель: По данным конусно-лучевой компьютерной томографии изучить соотношение верхушек корней нижних моляров с нижнечелюстным каналом с целью выявления степени риска повреждения нижнечелюстного нерва при эндодонтическом лечении.

Материалы и методы. С помощью дентального томографа I-CAT и его программного обеспечения были изучены конусно-лучевые компьютерные томограммы 26 пациентов в возрасте от 19 до 50 лет (21 мужчин и 5 женщин). Произведено определение расстояния от верхушек корней моляров до верхней границы нижнечелюстного канала (186 измерений).

Результаты и их обсуждение. Согласно проведенным измерениям верхушки корней 4.7, 3.7 зубов могут непосредственно прилежать к верхней стенке нижнечелюстного канала (3 измерения, дистальный корень), либо отстоять от него менее, чем 0,5 мм, что создает опасность повреждения нижнечелюстного нерва в процессе эндодонтического лечения. В 25% случаев верхушки корней вторых моляров отстоят от стенки нижнечелюстного канала менее, чем на 1,5 мм. Особенно неблагоприятно расположение дистального корня левого второго моляра, для которого первый квантиль равен 1,2 мм. Для первых моляров первый квантиль имеет значения от 2,47 для медиального корня 4.6 до 2,77 для дистального корня 3.6. В среднем составляет 2,5, что на 1,0 мм больше, чем у вторых моляров. Однако все же выявлен небольшой процент значений менее 1,5 мм: минимальный показатель для зуба 4.6 – 0,39 мм (дистальный корень), для зуба 4.6 – 1,41 мм (дистальный корень). Прослеживается четкая корреляция между значениями измерений, полученных для дистального и медиального корней одного зуба и в целом между зубами одной стороны. Между одноименными зубами разных сторон корреляции не выявлено. Медиана во всех группах смещена в меньшую сторону, что пессимизирует прогноз для клиники.

Выводы. С помощью конусно-лучевой компьютерной томографии возможно получить точные данные соотношения верхней стенки нижнечелюстного канала с верхушками корней нижних моляров. Полученные данные позволят врачам-стоматологам избежать технических ошибок и предотвратить появление послеоперационных осложнений, в частности повреждения нижнего альвеолярного нерва, при выполнении стоматологических вмешательств. Использование КЛКТ перед проведением эндодонтического лечения должно быть неотъемлемой частью диагностики и прогноза лечения.