

# Клинические случаи лечения премоляров верхней челюсти со сложной анатомией

Е.А. ТЁ, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии КемГМА

П.В. КОЗЫРЬ, врач-стоматолог

г. Кемерово

## Clinical cases of treatment of maxillary premolars with complex anatomy

E.A. TYO, P.V. KOZYR'



Е.А. ТЁ



П.В. КОЗЫРЬ

**В** статье рассматриваются клинические случаи лечения премоляров верхней челюсти со сложной анатомией. Лечение как осложненных, так и неосложненных зубов требует глубоких знаний обязательных анатомических образований и возможных их вариаций. Обосновывается, что максимальное количество информации о доступе к системе корневых каналов помогает в создании доступа к комплексной анатомии зуба. Авторы акцентируют внимание на том, что сложная анатомия премоляров может быть предсказуемо вылечена при правильной идентификации полученных данных, соблюдении протокола лечения, использовании систем магнификации. Все это позволяет максимально сохранить твердые ткани зуба, получить долгосрочный положительный прогноз, удовлетворенность пациента и врача.

Знание анатомии и морфологии зубов очень важно в достижении успеха эндодонтического лечения. Известно, что зубы в своем строении имеют множество вариантов, особенно это касается морфологии корней. Наличие аксессуарных корней и каналов в них может быть дополнительной проблемой, которая начинается на этапе оценки рентгенограммы и включает в себя все оперативные этапы, такие как оценка строения пульпарной камеры, доступ к системе корневых каналов, локализация системы корневых каналов, формирование и очистка системы корневых каналов. Следует обратить внимание на то, что лечение как осложненных, так и неосложненных зубов требует глубоких знаний обязательных анатомических образований и возможных их вариаций.

Как правило, вторые премоляры верхней челюсти представляют собой зуб с одним корнем конической формы с одним корневым каналом. Частота вариаций различна и достаточно редка. В случае вторых верхнечелюстных премоляров лабораторные исследования показали низкую распространенность трех корневых каналов в процентном соотношении 0,3–2%.

В данной статье представлены два клинических случая первичного и повторного эндодонтического лечения вторых премоляров верхней челюсти с нестандартной ана-

томией, по модифицированной классификации Vertucci, тип морфологического строения №12 (3–2) в клиническом случае 1, тип морфологического строения №8 (3–3) в клиническом случае 2. Во время лечения применялись бинокулярные лупы Carl Zeiss EyeMag x2.5.

Анатомия верхнечелюстных премоляров с тремя корневыми каналами, мезио-буккальным, дисто-буккальным и палатинальным, повторяет анатомию соседних верхнечелюстных моляров, поэтому их часто называют «малыми молярами».

Диагностическая рентгенограмма дает нам двумерное представление о трехмерной системе корневых каналов, в тоже время ее правильная интерпретация раскрывает наружные и внутренние анатомические детали, которые могут предполагать наличие дополнительных каналов или корней. По этой причине всякий раз, когда происходит выпрямление или потеря радиолюцентности корневого канала, следует предположить наличие дополнительного корневого канала или независимого корня. В своем исследовании Sieraski S. и Taylor G. обосновали, что при наличии равной или большей мезио-дистальной ширины середины корня, чем мезио-дистальная ширина коронки зуба, скорее всего, имеется три корня. В практической деятельности для лучшей диагностики заболеваний пульпы и периапикальных тканей рекомендуется проводить два диагностических внутриротовых снимка, первый в орторадиальной проекции, второй в эксцентричной проекции, мезиальной, либо дистальной. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в клинической практике позволяет идентифицировать внутреннюю анатомию системы корневых каналов с большей прецизионностью, чем при использовании внутриротовой прицельной рентгенографии, что позволит добиться высокого качества лечения.

### Клинический случай 1

Молодой человек 1987 г.р. обратился с жалобами на ноющие боли в зубе 1.5.

Анамнез: Зуб 1.5 ранее лечен не был. Со слов пациента боль появилась около 1 недели назад.

Объективно: лицо симметрично. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Свищей, отеков нет. Пальпация по переходной складке безболезненная. Состояние гигиены полости рта удовлетворительное. На дистально-окклюзионной поверхности зуба 1.5 кариозная полость. Дно полости пигментированное, размягченное. Зондирование дна кариозной полости болезненное. Полость зуба вскрыта. Реакция на холодное болезненная, длительная (Mira-Cold, Hager & Werken). Вертикальная, горизонтальная перкуссия безболезненная.

Рентгенологическое обследование: на прицельном дентальном снимке зуба 1.5 в орторадиальной проек-

ции на дистально-окклюзионной поверхности определяется кариозная полость. Отмечается изменение размеров пульпарной полости. Корневые каналы четко прослеживаются только в устьевой трети корня. Мезио-дистальный размер средней трети корня равен мезио-дистальному размеру коронки зуба, что предполагает наличие сложной внутренней анатомии. Периодонтальная щель прослеживается на всем протяжении корней зуба без патологических изменений.

#### Диагноз:

K04.03 Хронический пульпит зуба 1.5, стадия обострения.

#### Лечение:

Под инфильтрационной анестезией (Sol.Ultracaini DS — 1,2 мл) после наложения раббердама, раскрытия полости зуба 1.5 турбинным наконечником с алмазным конусным бором была произведена ампутация коронковой и экстирпация корневой пульпы. Формирование Т-образного доступа к корневым каналам произведено турбинным наконечником с использованием твердосплавного бора EndoAccess (Dentsply Maillefer). Под обильным орошением 3% раствором NaOCl и 17% раствором ЭДТА стальными К-файлами №006–020 сформирована «ковровая дорожка». Рабочая длина корневых каналов определена с помощью апекслокатора и подтверждена рентгеновским снимком. Далее корневые каналы были расширены ручными инструментами системы ProTaper (Dentsply Maillefer) до размера F1. После инструментации и тщательной ирригации с использованием звукового аппарата EndoActivator (Dentsply Maillefer) корневые каналы obturированы гуттаперчей 6% конусности с использованием силера AH plus (Dentsply Maillefer) методом вертикальной компакции. Спустя 48 часов произведено восстановление коронковой части зуба композитным материалом Filtek Z550 (3M).

Контрольная рентгенограмма: На прицельном дентальном снимке зуба 1.5 в орторадиальной проекции отмечается гомогенное заполнение системы корневых каналов на всем ее протяжении.

Прогноз: благоприятный. Запланировано контрольное рентгенологическое обследование через 6 месяцев.

#### Клинический случай 2

Мужчина 1974 г.р. обратился с просьбой о замене пломбы в зубе 2.5.

Анамнез: Зуб 2.5 ранее был лечен около 10 лет назад по поводу осложнения кариеса. С момента наложения пломбы и до момента обращения за помощью данный зуб не беспокоил. Со слов пациента, на момент обращения зуб 2.5 не беспокоит, но пломба, по его мнению, является не совсем эстетичной.

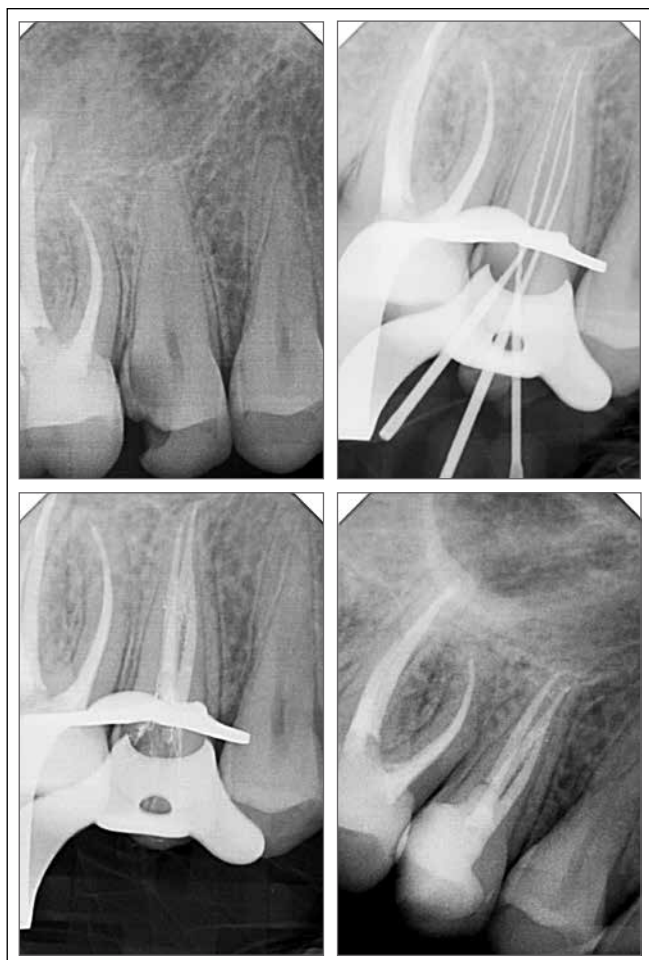


Рис. 1. 4 рентгенограммы первичного эндодонтического лечения зуба 1.5

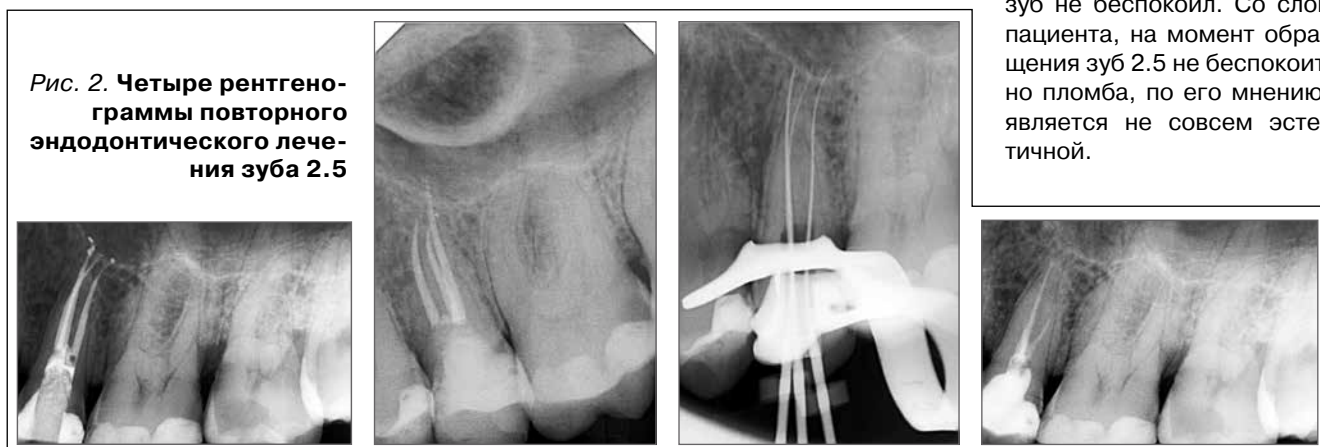


Рис. 2. Четыре рентгенограммы повторного эндодонтического лечения зуба 2.5

Объективно: лицо симметрично. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Свищей, отеков нет. Пальпация по переходной складке безболезненная. Состояние гигиены полости рта удовлетворительное. На медио-окклюзионно-дистальной (МОД) поверхностях зуба 2.5 композитная пломба. После снятия пломбы на МОД поверхностях зуба 2.5 глубокая кариозная полость. В устьях корневых каналов определяется пломбировочный материал. Реакция на холодное безболезненная. Вертикальная, горизонтальная перкуссия безболезненная.

Рентгенологическое обследование: на прицельном дентальном снимке зуба 2.5 в орторадиальной проекции на МОД поверхностях определяется пломба. Визуализируется неомогенное заполнение системы корневых каналов. Корневые каналы в апикальной трети плохо прослеживаются. Мезио-дистальный размер средней трети корня равен мезио-дистальному размеру коронки зуба, что предполагает наличие сложной внутренней анатомии. Периодонтальная щель прослеживается на всем протяжении корней зуба без патологических изменений. Отмечается незначительная курватура щечных корней в дистальном направлении.

#### Диагноз:

K04.5 Хронический периодонтит зуба 2.5.

#### Лечение:

Под инфильтрационной анестезией (Sol.Ultracaini DS — 1,2 мл) после наложения раббердама раскрытие полости зуба 2.5 было произведено турбинным наконечником с алмазным конусным бором. Формирование Т-образного доступа к корневым каналам произведено турбинным наконечником с использованием твердосплавного бора EndoAccess (Dentsply Maillefer). Под обильным орошением растворами 3% NaOCl и 17% ЭДТА с использованием звукового аппарата EndoActivator (Dentsply Maillefer) стальными К-файлами №006 — 020 и С-файлами №006–015 сформирована «ковровая дорожка». Рабочая длина корневых каналов определена с помощью апекслокатора и подтверждена рентгеновским снимком. Далее корневые каналы были расширены ручными инструментами системы ProTaper (Dentsply Maillefer) до размера F1. В корневых каналах оставлена лечебная повязка из гидроокиси кальция на 7 дней.

Во второе посещение после тщательной повторной ирригации 3% раствором NaOCl и 17% раствором ЭДТА с использованием звукового аппарата EndoActivator (Dentsply Maillefer) корневые каналы obturированы гуттаперчей 6% конусности с использованием силера AH plus (Dentsply Maillefer). Спустя 48 часов произведено

восстановление коронковой части зуба композитным материалом Filtek Z550 (3M).

Контрольная рентгенограмма: На прицельном дентальном снимке зуба 2.5 в орторадиальной проекции отмечается гомогенное заполнение системы корневых каналов на всем протяжении, определяется незначительное выведение силера за апикальное отверстие.

Прогноз: благоприятный. Запланировано контрольное рентгенологическое обследование через 6 месяцев.

Резюмируя вышеизложенное, можно с уверенностью констатировать, что клинически точное трехмерное определение внутренней структуры зуба, ее формы, а также количества корневых каналов, зачастую является определенной сложностью для врача. Практика лечения корневых каналов показывает, что строение пульпарной камеры высоко вариабельно и делает каждый клинический случай уникальным. При лечении верхнечелюстных трехкорневых премоляров устья буккальных каналов, как правило, закрыты, и их локализация также может представлять определенные трудности для клинициста. Balleri предложил в таких случаях делать так называемый Т-образный (T-shaped) доступ для более простой локализации буккальных каналов. Корректное нахождение всех корневых каналов, их формирование и очистка, трехмерная obturация и последующая своевременная герметичная коронковая реставрация являются залогом успешного эндодонтического лечения. Возможные анатомические конфигурации верхнечелюстных премоляров хорошо описаны в научной литературе, за исключением небольшого процента премоляров с тремя корневыми каналами и/или тремя корнями в силу редких клинических наблюдений.

Клиницистам необходимо знать анатомические вариации верхнечелюстных премоляров и использовать их для правильной интерпретации рентгенограмм. Помочь врачу-стоматологу выбрать правильную тактику эндодонтического лечения при наличии признаков нестандартной анатомии зубов способны дополнительные рентгеновские снимки или использование КЛКТ. Максимальное количество информации обеспечивает создание легкого (stress-free) доступа к комплексной анатомии зуба.

Сложная анатомия премоляров может быть предсказуемо вылечена при правильной идентификации всех собранных данных, последовательного соблюдения протокола лечения, использовании систем магнификации, позволяющих максимально сохранить твердые ткани зуба, получить долгосрочный положительный прогноз, обеспечить удовлетворенность пациента и врача.

**Поступила 17.05.2016**

Координаты для связи с авторами:  
650003, г. Кемерово, б-р Строителей, д. 22,  
ООО «Стоматология»

**ХОТИТЕ ЧИТАТЬ ЛЮБИМЫЕ ИЗДАНИЯ НА МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВАХ?**

**QR-коды для оформления подписки  
на электронную версию журнала**

**«Эндодонтия today»**

