

Применение кариес-ориентированного доступа при лечении первого нижнего премоляра со сложной анатомией

Е.А. ТЁ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии КемГМУ

П.В. КОЗЫРЬ, врач-стоматолог, г. Кемерово

The use of caries-oriented access in the treatment of lower first premolar with complex anatomy

E.A. TYO, P.V. KOZYR

Морфология корней и корневых каналов нижнечелюстных премоляров сложна и вариативна. Из-за этой разнообразной морфологии эндодонтическое лечение премоляров нижней челюсти является сложной задачей. Тем более, что знание внутренней анатомии зуба является одним из факторов успешного эндодонтического лечения.

Slowey указывает, что нижнечелюстные премоляры являются трудными зубами для эндодонтического лечения, вероятно, из-за различий в анатомии корня/корневого канала, и называет их «загадкой эндодонтиста». По данным научной литературы, распределение числа корней и корневых каналов, нижних премоляров сильно различается. Vertucci, исследуя различные группы населения, обнаружил, что первый премоляр нижней челюсти имеет один канал у 74,0% зубов, два канала — у 25,5%, три канала — у 0,5% зубов.

Zillich и Dowson в своей работе показали, что второй или третий каналы выявляются, по крайней мере, в 23,1% первых нижнечелюстных премоляров.

Lu с соавторами констатируют в своем исследовании, что в китайской популяции 54% первых нижних премоляров имеют один канал, 22% содержат два канала, а 18% демонстрируют конфигурацию С-образной формы.

Работа Baisden с соавторами показала, что 76% нижнечелюстных первых премоляров являются собой каналы I типа, а 24% представляют IV тип каналов, с преимущественно овальной или круглой формой поперечного сечения. Интересно отметить, что наличие С-образных каналов преимущественно связано с системами типа IV, и эта закономерность наблюдается у 14% корней.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что частота встречаемости двух и более корней/корневых каналов у первых премоляров нижней челюсти является достаточно невысокой, но не отрицается возможность их наличия в любом клиническом случае.

Следовательно, другими необходимыми условиями успеха эндодонтического лечения являются правильная интерпретация диагностической рентгенограммы и создание адекватного доступа к системе корневых каналов.

Важным диагностическим инструментом, позволяющим локализовать корневые каналы, является рентгенологический метод исследования. Однако

обычная внутриротовая прицельная рентгенография нередко имеет проблему наложения сложных внутренних структур зуба. Более того, этот метод позволяет получить лишь двухмерное представление трехмерного объекта. Достижением последних лет в области радиологии является использование компьютерной томографии (КТ) для визуализации изображения зубов. Eder с соавторами сообщает, что КТ является более эффективным инструментом для оценки неясной конфигурации корневых каналов.

Для достижения основной цели эндодонтического лечения — предотвращения или ликвидации воспалительного процесса в апикальном периодонте — необходимо очистить систему корневых каналов от микроорганизмов и их питательного субстрата, получив к ней адекватный доступ. Важность создания адекватного эндодонтического доступа давно описана в научной литературе. Прямолинейный доступ к системе корневых каналов позволяет провести полноценную механическую и медикаментозную обработку. Однако, преследуя благую цель исцеления эндодонтической патологии, можно значительно удалить здоровые твердые ткани зуба, сохранность которых важна для обеспечения герметичности коронковой реставрации и, как следствие, для долгосрочного положительного прогноза. Особенно это актуально при изменении формы зуба, аномалии его положения или нарушении контуров коронковой полости, вследствие физиологических или патологических процессов, при наличии сложной анатомии корневых каналов. Затруднения в формировании полости доступа повышает возможность гиперпрепарирования и перфораций, сохраняя риск пропущенных корневых каналов. Использование в работе клинициста систем магнификации позволяет создавать адекватный эндодонтический доступ, сохраняя максимальное количество твердых тканей зуба, что благоприятно отражается на обеспечении высокого уровня успеха эндодонтического лечения.

В данной статье представлен клинический случай первичного эндодонтического лечения первого премоляра нижней челюсти с нестандартной анатомией, по классификации Вертуччи, тип морфологического строения №5 (1–2), с использованием кариес-ориентированного доступа. Во время лечения применялись бинокулярные лупы Carl Zeiss EyeMagPro x4.3 с головным LED-освещением Schott.



Рис. 1. Диагностическая рентгенограмма зуба 3.4



Рис. 2. Определение рабочей длины



Рис. 3. Контроль пломбирования корневых каналов

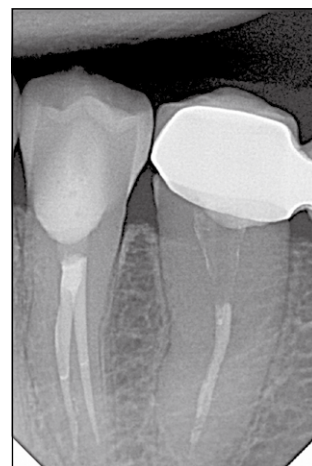


Рис. 4. Финишный снимок после восстановления коронковой части зуба

Мужчина 1957 г.р. обратился с жалобами на ноющие боли в зубе 3.4, усиливающиеся от холодного раздражителя.

Анамнез: зуб 3.4 ранее лечен не был. Со слов пациента боль появилась около 1 недели назад.

Объективно: Лицо симметрично. Региональные лимфоузлы не пальпируются. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Переходная складка спокойна, пальпация ее безболезненна. Состояние гигиены рта удовлетворительное. На вестибулярной поверхности в пришеечной области зуба 3.4 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 безболезненны.

Рентгенологическое обследование: На внутриротовой контактной рентгенограмме зуба 3.4 в орторадикальной проекции на коронковой части зуба определяется кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Отмечается изменение размеров пульпарной полости. Корневые каналы четко прослеживаются только в устьевой трети корня, определяются две рентгенологические верхушки корня зуба. Мезио-дистальный размер средней трети корня равен мезио-дистальному размеру коронки зуба, что предполагает наличие сложной внутренней анатомии. Периодонтальная щель прослеживается на всем протяжении корня зуба без патологических изменений.

Диагноз: K04.03 Хронический пульпит зуба 3.4.

Лечение: Инфильтрационная анестезия (Sol. Itra-caini DS 4%-1,2 ml), наложение раббердама и создание кариес-ориентированного доступа к полости зуба 3.4 без выведения кариозной полости на жевательную поверхность, для чего использовался турбинный наконечник с алмазным конусным бором. Формирование доступа к корневым каналам (раскрытие полости зуба) произведено также турбинным наконечником с использованием твердосплавного бора EndoAccess (Dentsply Maillefer). Под обильным орошением 3% раствором NaOCl и 17% раствором ЭДТА стальны-

ми К-файлами №006–020 сформирована «ковровая дорожка». Рабочая длина корневых каналов определялась с помощью апекс-локатора и подтверждалась рентгеновским снимком. Далее корневые каналы были расширены ручными инструментами системы ProTaper (Dentsply Maillefer) до размера F1. После формирования и тщательной ирригации 3% раствором NaOCl с использованием звукового аппарата EndoActivator (Dentsply Maillefer) корневые каналы obturированы гуттаперчей 6% конусности с использованием силера AH plus (Dentsply Maillefer) методом вертикальной компакции. В это же посещение произведено восстановление коронковой части зуба композитным материалом Filtek Z550 (3M).

Контрольная рентгенограмма: На прицельном дентальном снимке зуба 3.4 в дистальной проекции отмечается гомогенное заполнение системы корневых каналов на всем ее протяжении. Определяется рентгеноконтрастный материал в пришеечно-вестибулярной области, закрывающий полость доступа без выведения на жевательную поверхность.

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

Таким образом, применение систем магнификации, правильная идентификация всех собранных данных, последовательное соблюдение протокола лечения делает возможным проведение качественного лечения системы корневых каналов с применением, так называемого кариес-ориентированного доступа, позволяющего максимально сохранить твердые ткани зуба и обеспечить условия для выполнения герметичной коронковой реставрации.

Готовых клинических решений для различных клинических ситуаций в стоматологии вообще, и в эндодонтии в частности, не существует, однако при соблюдении основных принципов диагностики и лечения, включая сбор и анализ клинически значимой информации, можно достичь высокого уровня успешного прогноза.

Поступила 20.02.2017

Координаты для связи с авторами:

660056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а