

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПЯТЬЮ КОРНЕВЫМИ КАНАЛАМИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ENDODONTIC TREATMENT OF THE MANDIBULAR MOLAR WITH FIVE ROOT CANALS. CLINICAL CASE

**G. Budaichiev
N. Medzhidova
M. Maschilieva
P. Budaichieva
F. Mamedov**

Summary. Successful endodontic treatment requires careful knowledge Dagestan State Medical University, Makhachkala of root canal morphology and its variations in order to find and process all channels. This article presents an effective method of endodontic treatment of teeth with complex root canal anatomy.

Keywords: endodontics, mandibular molar, root canal, morphology of root canals.

Будайчиев Гасан Магомед-Алиевич

К.м.н., ассистент, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала
gasan.budaychiev005@mail.ru

Меджидова Наида Меджидовна

Ассистент, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Мащилиева Мадина Мурадовна

К.м.н., ассистент, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Будайчиева Патимат Магомедалиевна

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Мамедов Ферзи Султанович

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Аннотация. Успешное эндодонтическое лечение требует тщательного знания морфологии корневых каналов и ее вариаций для того чтобы найти и обработать все каналы. В настоящей статье приведён эффективный метод эндодонтического лечения зубов со сложной анатомией корневых каналов.

Ключевые слова: эндодонтия, моляр нижней челюсти, корневой канал, морфология корневых каналов.

Введение

Успех эндодонтического лечения зависит от качества формирования, очистки и трехмерного пломбирования системы каналов. Классически, как утверждали несколько авторов, типичные конфигурации каналов были назначены каждому типу зубов [1,2]. Тем не менее может наблюдаться анатомическая изменчивость, особенно в молярах. Такую изменчивость следует принимать во внимание во время терапевтических процедур для предотвращения большого количества незапломбированных каналов и, следовательно, низкого показателя эффективности лечения.

Совершенствование диагностических инструментов, использование оптических устройств и трехмерной визуализации позволяют выявить широкие анатомические вариации мезиальных и дистальных корней моляров нижней челюсти [5, 6]. Эти анатомические особенности часто связаны с этнической принадлежностью и возрастом [3].

В мезиальном корне обычно обнаруживаются каналы с двумя или тремя каналами (0,4–18%) [2].

Исследования дистальных корней, в которых есть сообщения о существовании третьего канала, редки, и его распространенность была отмечена в 3% случаев в зависимости от исследуемой популяции. [4]

Цель исследования

Целью исследования является повышение эффективности эндодонтического лечения зубов со сложной анатомией корневых каналов.

Клинический случай. Пациентка А. 41 год поступила на консультацию в стоматологическую клинику Альтера г. Каспийска. Пациентка пожаловалась на эпизоды спонтанной боли, отдающие в правое ухо и неподдающиеся действию анальгетиков.

Клиническое обследование выявило кариозную полость второго моляра правой нижней челюсти без при-

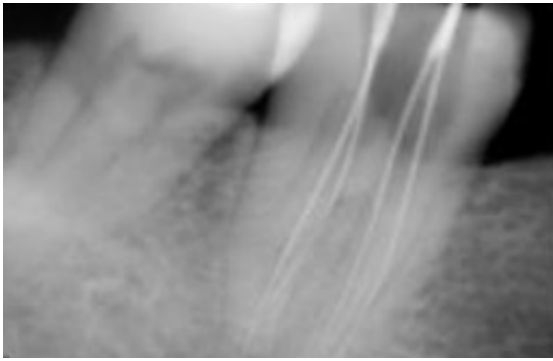


Рис. 1. Рентгенограмма для определения рабочей длины

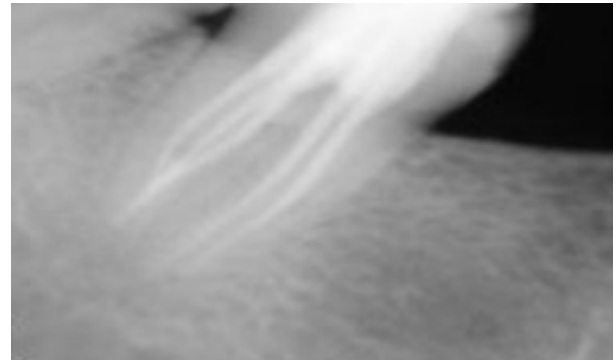


Рис. 2. Диагностическая рентгенограмма качества пломбирования сразу после obturации корневого канала

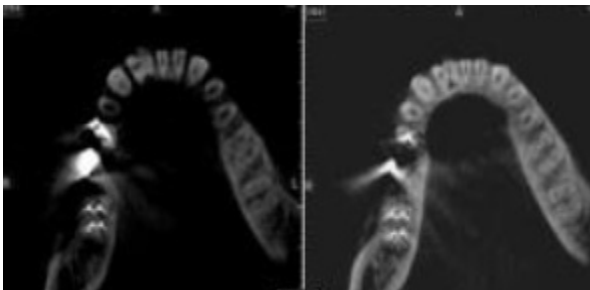


Рис. 3. Послеоперационное изображение, полученное методом КЛКТ, показывающее пять каналов (2 в мезиальном и 3 в дистальном положении)

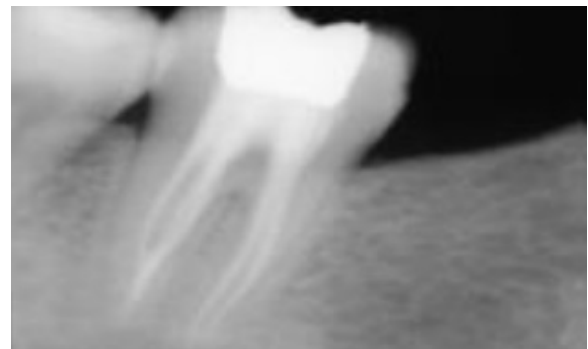


Рис. 4. Контрольная рентгенограмма через 6 месяцев.

пухлости и подвижности зубов. Перкуссия этого зуба была слегка болезненной, а результат теста на жизнеспособность пульпы с тетрафторэтаном (Pharmaethyl) был положительным.

На рентгеновском снимке показано рентгенопрозрачное изображение, указывающее на потерю зубного вещества и близость мезиального рога пульпы.

Был поставлен диагноз необратимый острый пульпит, и было принято решение о проведении биопульпэктомии.

После проведения анестезии нижнечелюстного отверстия 2% раствором лидокаина, изоляцией от слюны и удаления размягченного дентина была произведена подготовка полости к эндодонтическому доступу. Выявлено четыре корневых канала: два в мезиальном корне (мезиовестибулярный (MV), мезиолингвальный (ML)) и два в дистальном корне (дистовестибулярный (DV), дистолингвальный (DL)). Определение рабочей длины производилось рентгенографическим методом (рис. 1).

Анализ этого рентгеновского изображения показал наличие третьего канала в дистальном отделе корня между DV и DL каналами. Орошение проводили 2,5% раствором гипохлорита натрия и этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА) (Glyde File Prep, Dentsply-Maillefer, Балаг, Швейцария). Первоначально каналы были подготовлены с использованием ручного файла NiTi ProTaper SX (Dentsply-Maillefer, Балаг, Швейцария). Затем препарирование канала было выполнено механическим способом с использованием файлов Revo S, установленных на эндодонтическом моторе (X Smart Denstply) со скоростью 400 об/мин.

Все каналы были расширены до 30 диаметра. Затем каналы были запломбированы методом холодного латерального уплотнения гуттаперчи (рис. 2), и зуб восстановлен пломбировочным материалом.

Сразу после пломбирования системы корневых каналов был проведен рентгеновский контроль с последующей конусно-лучевой компьютерной томографией

(КЛКТ), подтвердившей наличие пяти отдельных каналов (рис. 3)

Через шесть месяцев апикальных осложнений не выявлено. (рис. 4).

Обсуждение

Полная обработка эндодонтической системы с последующим ее заполнением является важной процедурой, обеспечивающей долговечность результатов эндодонтического лечения. В литературе встречаются сведения о значительных анатомических изменениях и сложностях строения корневого канала, которые требуют особого внимания в ходе эндоканальной терапии [3,6]. Хоэн и Пинк [7] сообщили о 42% случаев наличия корней и/или незапломбированных каналов в зубах у пациентов, назначенных для повторного эндодонтического лечения.

Цель демонстрации этого случая — способствовать лучшему пониманию анатомической изменчивости моляров нижней челюсти. Этот случай демонстрирует редкую анатомическую конфигурацию и наличие аберраций корневого канала в дистальном корне моляров нижней челюсти. У дистального корня есть три отдельных корневых канала с тремя выходными отверстиями,

которые можно описать как конфигурацию канала типа VIII в соответствии с классификацией Vertucci.

Также есть сообщения о случаях обнаружения моляров с четырьмя каналами в дистальном корне или мезиальном корне.

Таким образом, кажется, что абсолютная уверенность в заранее определенном количестве корней и/или корневых каналов важна, но недостаточна для практики эндодонтии. Диагностические и терапевтические средства, такие как микроскоп или увеличительные очки (бинокляры) для определения местоположения корневых каналов и компьютерная томография (КЛКТ) в качестве дополнения к стандартной рентгенографии полезны в случае надлежущей эндодонтической терапии.

Выводы

Морфология корневого канала сложна, особенно в молярах нижней челюсти, и может иметь некоторые вариации. Поэтому перед проведением эндодонтического лечения этих зубов необходимо тщательно исследовать систему каналов для успешного лечения корневых каналов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин К.А. Особенности лечения корневых каналов сложной конфигурации / К.А. Березин., С.Л. Блашкова., Е.Ю. Старцева // *Фундаментальные исследования*. — 2013. — № 9. — С. 987–990.
2. Будайчиев Г.М. Эндодонтическое лечение первого нижнего моляра со сложной анатомией корневого канала. / Г.М.А. Будайчиев., З.Т. Хижалова., Н.М. Меджидова., М.А. Будайчиева., П.М. Будайчиева. // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки*. — 2020. — № 8(2). — С. 69–72.
3. Пиванкова, Н.Н. Моделирование микробной биоплёнки корневого канала / Н.Н. Пиванкова, О.В. Тонко // *Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 20-летию 2-й каф. тер. стоматологии УО «Белорус. гос. мед. ун-т» и юбилею проф. Леуса П.А., Минск, 18 мая 2018 г. / под общ. ред. Т.Н. Манак, Л.Г. Борисенко. — Минск: БГМУ, 2018. — С. 124–126.*
4. 2. Del Fabbro M.A. Endodontic therapy using magnification devices: a systematic review. / M.A Del Fabbro, S.F. Taschieri // *J Dent*. — 2010. — Vol.38(4). — P. 269–75.
5. L.U. Tang. Tooth anatomy risk factors influencing root canal working length accessibility. / Tang L.U., T.Q. Sun // *J Oral Sci*. — 2011. — Vol.3. — P. 135–40.
6. Mounce R.E. Discussion of a complex endodontic case: when to refer. / R.E. Mounce // *Dent Today*. — 2009. — Vol.28. — P. 110–111.
7. Piasecki L.O. Accuracy of Root ZX II in locating foramen in teeth with apical periodontitis: an in vivo study/ L.O. Piasecki, E.A. Carneiro, L.F. Fariniuk, V.P. Westphalen, Florentin MA // *J Endod*. — 2011. — Vol.37. — P. 1213–1216.
8. Hashem A.A.R. The effect of acidity on dislodgement resistance of mineral trioxide aggregate and bioaggregate in furcation perforations: an in vitro comparative study / Hashem A.A.R. // — *J Endod*. — 2012. — Vol.38. — P. 245–249.
9. Hoen M.M. Contemporary endodontic retreatments: An analysis based on clinical treatment findings. / Hoen M.M, F.E. Pink // *J Endod*. — 2006 — Vol.28. — P. 834–836.

© Будайчиев Гасан Магомед-Алиевич (gasan.budaychiev005@mail.ru), Меджидова Наида Меджидовна,

Машилиева Мадина Мурадовна, Будайчиева Патимат Магомедалиевна,

Мамедов Ферзи Султанович.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»