

УДК 611.716.4:617.5

АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА

Сирак С.В., Копилова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

ANATOMY AND TOPOGRAPHY OF THE LOW JAW CANAL

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

В работе исследованы особенности анатомического строения нижнечелюстного канала, обоснованы основные этапы планирования эндодонтического и имплантологического лечения на нижней челюсти.

Ключевые слова: канал, нерв, эндодонтия.

Special features of anatomical structure of the low jaw canal are investigated. The main stages of endodontic and implant treatment of the low jaw are proved.

Key words: canal, nerve, endodonthy.

Из-за опасности повреждения нижнего альвеолярного нерва (НАН) особый интерес для исследования представляет топография нижнечелюстного канала (НК). Изучению отношения НК к щечной и язычной кортикальным пластинкам, корням моляров и премоляров посвящен ряд работ (Davies F., 1967; Ring D., 1968, Schroll 1975; Härle F., 1977; Reich R., 1980). Недавние исследования показали, что анатомия НК более сложна, чем предполагали: в некоторых случаях НАН расположен ближе к медиальной или латеральной кортикальной пластинке, проходит рядом с верхушками корней нижнечелюстных зубов (Solar et al., 1999; Machado C., 2004; Babbush C., 2005).

Цель исследования – изучение особенностей анатомического строения нижнечелюстного канала для обоснования и планирования эндодонтического и имплантологического лечения на нижней челюсти.

Материал и методы исследования

Исследование НК проведено при помощи 7 поперечных распилов идентичных локализаций в 44 нижних челюстях (88 половин). После маркировки альвеолярного края и основания нижней челюсти выполнялись поперечные распилы большим сепарационным диском толщиной 0,5 мм в области ментального (Fme) и нижнечелюстного (Fma) отверстия, угла

нижней челюсти (УНЧ), между молярами (М1, М2, М3) и премолярами (П1, П2). Горизонтальные и вертикальные соотношения различных сторон нижней челюсти к НК определялись по специальной формуле и таблице (Miethke, 1972).

Результаты исследования и их обсуждение

Как показало проведенное исследование, НК, проходя в теле нижней челюсти от нижнечелюстного до ментального отверстия, изгибается S-образно, имеет дополнительные ответвления с отверстиями на теле челюсти и в ретромолярной области, содержащие нервно-сосудистые пучки, а также другие варианты формы – от одного магистрального канала, до 2–4 дополнительных, идущих параллельно основному и заканчивающихся слепо. Начиная свой ход от нижнечелюстного отверстия, НК максимально прилегает к язычной кортикальной пластинке в области третьего и второго моляров, поворачивает на 45° в районе первого моляра, подходит к щечной кортикальной пластинке и под прямым углом выходит из ментального отверстия (табл. 1). S-образную форму канал сохраняет и в вертикальной плоскости (табл. 2), у 25% исследованных челюстей имелся мощный дополнительный канал с отверстием в ретромолярной области, а у 12% – несколько ментальных отверстий (от 1 до 4).

Таблица 1. Толщина кортикальных пластинок нижней челюсти в области нижнечелюстного канала ($M \pm m$) в мм

Распилы	Щёчная кортикальная пластинка			Язычная кортикальная пластинка		
	среднее	мин	макс	среднее	мин	макс
Ментальное отверстие	–	–	–	3,62±0,77	1,91±0,34	7,27±2,42
П(1)/П(2)	3,66±0,32	2,47±0,68	5,44±0,32	2,75±0,62	0,82±1,20	4,55±1,72
П(2)/М(1)	4,25±1,21	2,09±1,52	6,09±2,41	2,95±1,21	1,61±1,47	4,54±1,61

Распилы	Щёчная кортикальная пластинка			Язычная кортикальная пластинка		
	среднее	мин	макс	среднее	мин	макс
М(1)/М(2)	4,96±0,85	2,56±2,01	6,40±2,12	2,75±0,35	0,74±0,55	5,17±1,50
М(2)/М(3)	3,59±1,52	1,62±0,38	4,93±2,91	2,08±0,55	1,09±0,35	3,92±2,47
УНЧ	2,85±1,21	1,05±0,92	6,07±1,42	2,45±0,88	1,08±0,62	4,71±1,88
Нижнечелюстное отверстие	3,55±0,49	2,24±1,41	5,57±1,20	–	–	–

Таблица 2. Расстояние от нижнечелюстного канала до альвеолярной части и основания нижней челюсти ($M \pm m$) в мм

Распилы	Альвеолярная часть нижней челюсти			основание нижней челюсти		
	среднее	мин	макс	среднее	мин.	макс.
Ментальное отверстие	2,45±1,45	1,56±0,91	3,56±2,73	2,41±1,57	1,92±0,44	3,05±2,22
П(1)/П(2)	2,42±1,08	1,24±0,42	3,12±1,27	2,09±1,71	0,81±0,62	2,84±1,22
П(2)/М(1)	2,65±1,55	1,31±0,89	1,32±1,25	3,52±1,46	1,44±0,42	3,74±1,28
М(1)/М(2)	2,91±1,28	2,10±1,06	3,96±1,84	1,92±1,54	0,75±0,35	2,55±1,91
М(2)/М(3)	2,35±0,95	1,51±1,37	3,41±0,93	1,75±0,68	1,07±0,43	2,53±1,67
УНЧ	1,92±1,14	0,83±0,51	3,12±2,05	1,63±0,42	1,09±0,51	2,21±0,92
Нижнечелюстное отверстие	1,85±0,35	0,96±0,84	2,99±1,45	1,64±0,15	0,74±0,23	2,09±1,08

Таким образом, исследования топографии нижнечелюстного канала подтверждают сложность и значительную вариабельность его строения, что не-

обходимо учитывать при эндодонтических и хирургических операциях.

УДК 616.314-089.27

ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Сирак С.В., Копылова И.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

QUALITY IMPROVEMENT OF ENDODONTIC INTERVENTION ACCORDING TO QUESTIONNAIRE SURVEY OF STOMATOLOGISTS

Sirak S.V., Kopilova I.A.

The Stavropol State Medical Academy

В настоящее время проблема профилактики осложнений, возникающих при эндодонтическом лечении, является весьма актуальной [1, 2, 3, 5]. Выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал и верхнечелюстной синус – одно из наиболее опасных осложнений [4, 5]. Попадание корневого герметика в указанные анатомические образования возможно при неправильной оценке анатомо-топографических особенностей строения челюстей и из-за ошибок, допущенных на этапе прохождения и пломбирования корневого канала (к/к).

Цель настоящего исследования – оценка качества лечения корневых каналов зубов путем анкетирования врачей-стоматологов по актуальным проблемам эндодонтии.

Материал и методы исследования

Для определения уровня практических навыков эндодонтического лечения, техники препарирования корневых каналов, прогнозирования возможных осложнений и разработки мер по их профилактике было проведено анкетирование врачей-стоматологов на базе кафедры стоматологии факультета последи-