

Przygotowanie zęba do leczenia kanałowego

Leczenie endodontyczne jest zawsze tylko wstępem do ostatecznej odbudowy zęba. Rozpoczynając je, powinniśmy wziąć pod uwagę co najmniej kilkuletnie bezproblemowe funkcjonowanie zęba w zwarciu.

Długość korzystania z zęba jest podstawowym wyznacznikiem zasadności podejmowania leczenia kanałowego. Z drugiej strony prowadząc takie leczenie, powinniśmy zadbać o to, by stworzyć sobie optymalne warunki pracy, zapewnić maksymalnie wysoki komfort pacjentowi, a jednocześnie zminimalizować ryzyko powikłań związanych z samym leczeniem. Wszystkim tym aspektom służy prawidłowe przygotowanie zęba do leczenia.

Celem wszystkich zabiegów poprzedzających leczenie kanałowe jest:

- ochrona jamy zęba przed kontaminacją bakteriami obecnymi w tkankach próchnicowych

- zapewnienie jak najlepszej izolacji wnętrza zęba podczas całego leczenia
- umożliwienie poprawnego, szczelnego założenia koferdamu i stabilnego usytuowania klamry na leczonym zębie
- stworzenie dostatecznie wysokich ścian komory miazgi; odpowiednio ukształtowana komora jest rezerwuarem dla wszystkich płynów płuczących stosowanych podczas leczenia; umożliwia również dokładną aplikację i stabilność leków zakładanych do wnętrza zęba w czasie terapii.

- uzyskanie stabilnego i powtarzalnego punktu referencyjnego do określenia i kontroli długości

robotycznej narzędzi endodontycznych.

- ochrona zęba przed pęknięciem.
- zapewnienie pacjentowi wysokiego komfortu w czasie leczenia: ograniczenie zalegania wokół zęba resztek pokarmowych, stabilność wypełnień tymczasowych, brak obaw związanych ze zmniejszoną wytrzymałością leczonego zęba.

Zanim przystąpimy do leczenia

Czasami przygotowanie do leczenia endodontycznego może polegać na wstępnej odbudowie protetycznej zęba. Jeśli planujemy leczenie zęba odbudowanego już uprzednio koroną, a jednocześnie planowana

jest jej zmiana na nową, lepszym rozwiązaniem jest wykonanie korony tymczasowej na początku leczenia. Pozwala to na pełną kontrolę stanu zęba i ułatwia wgląd do jego wnętrza w czasie leczenia endodontycznego. W przypadku zębów przednich wykonanie korony tymczasowej na początku leczenia daje z kolei od razu poprawę estetycznego komfortu pacjenta.

Częściej zakres przygotowań obejmuje wykonanie zabiegów periodontologicznych: usunięcie złogów nazębnych, będących źródłem bakterii i utrudniających prawidłową izolację koferdamem, czy też chirurgiczne wydłużenie korony klinicznej zęba w celu zapewnienia stabilności przyszłej rekonstrukcji zęba.

W codziennej praktyce najczęściej wykonywane zabiegi dotyczą zachowawczej odbudowy zębów i służą osiągnięciu celów, które zostały wymienione powyżej.

Wszystkie nieszczelne wypełnienia powinny zostać wymienione na nowe. Zapewnia to z jednej strony izolację wnętrza zęba przed śliną i bakteriami, z drugiej zaś – zapobiega przedostawaniu

się stosowanych w czasie terapii leków do jamy ustnej. Pozwala jednocześnie na wczesną kontrolę zęba pod kątem ewentualnych pęknięć uniemożliwiających trwałe odtworzenie jego funkcji i negujących sens podejmowania leczenia endodontycznego.

Tkanki próchnicowe powinny zostać doszczętnie usunięte. Chroni to jamę zęba przed przypadkowym dostaniem się do jej wnętrza bakterii w czasie wszystkich procedur endodontycznych. Trzeba pamiętać, że celem każdego leczenia kanałowego jest albo zapobieżenie zainfekowaniu wnętrza zęba albo eliminacja infekcji już tam istniejącej. Ograniczenie ilości bakterii w polu zabiegowym ma więc podstawowe znaczenie.

Cel: trwała odbudowa

Całkowite opracowanie ubytku na pierwszej wizycie umożliwia również ocenę ilości pozostałych zdrowych tkanek, a tym samym określenie szans na trwałą odbudowę leczonego zęba. Już przed rozpoczęciem leczenia endodontycznego możemy też poinformować pacjenta o najlepszym sposobie docelowej rekonstrukcji. Daje to wrażenie spójnego planowania terapii i pozwala pacjentowi na przygotowanie się do kolejnych jej etapów.

Zachowawcza odbudowa zęba przed rozpoczęciem leczenia powinna mieć również miejsce, jeśli po wykonaniu dostępu endodontycznego do wnętrza zęba pozostała ilość i jakość tkanek oraz wypełnień nie będzie dostatecznie stabilna i szczelna. Wskazane jest wówczas odtworzenie brakujących lub zbyt wątkich ścian w taki sposób, by odbudować zarys kształtu zęba, w tym również powierzchni stycznych. Dodatkową zaletą takiego postępowania jest znacznie ułatwienie zakładania szczelnych opatrunków w czasie leczenia.

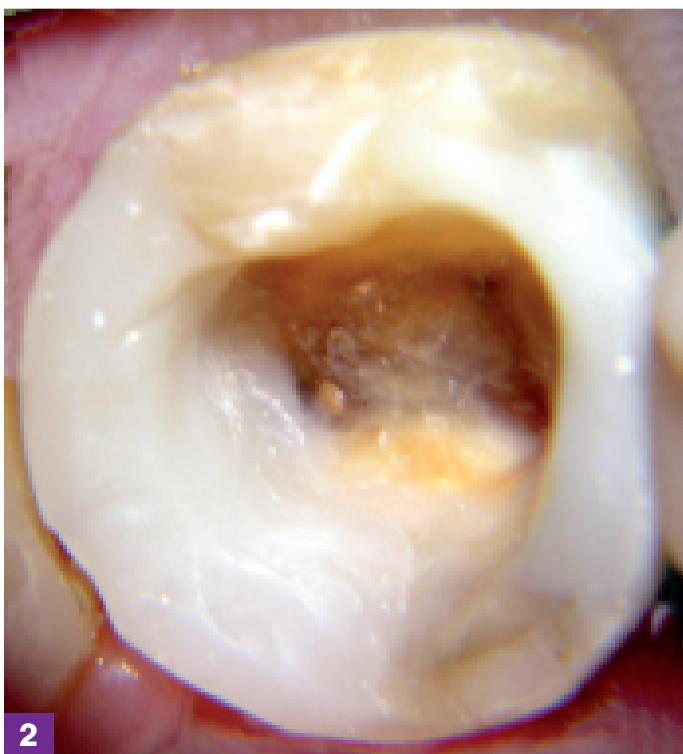
Przygotowywany do leczenia ząb powinien być również wyłączony ze zwarcia. Dotyczy to zwłaszcza zębów w odcinku bocznym – zmniejsza się ryzyko ich pęknięcia w czasie leczenia. Pozostawienie wysokich guzków w leczonym zębie pozornie ułatwia późniejsze odtworzenie kształtu, ale znacznie zwiększa ryzyko złamania jego ściany. Zalecane zaś metody ostatecznej odbudowy zębów bocznych leczonych endodontycznie i tak wskazują na konieczność pokrycia guzków za pomocą materiału używanego do docelowej rekonstrukcji (kompozyt, metal, ceramika). Płaska powierzchnia zgryzowa jest też znakomitym punktem referencyjnym dla stoperów narzędzi endodontycznych. Najczęściej stosowanym i najbardziej odpowiednim materiałem do tego celu są kompozyty. Można w tym celu z powodzeniem wykorzystać mniej popularne, zalegające w szufladach gabinetów odcienie.

Lek. dent. Tomasz Fałkowski

Prywatna praktyka w Warszawie, członek Polskiego Towarzystwa Endodontycznego



1



2



3



4

Fot. 1 Dotychczasowe wypełnienia w leczonym zębie 36 okazały się całkowicie nieszczelne i otoczone zniszczoną próchnicowo zębina.

Fot. 2 Wstępna odbudowa zęba 36 z jasnego kompozytu. Jasny odcień dodatkowo zwiększa ilość światła docierającą do wnętrza zęba i poprawia widoczność.

Fot. 3 RTG zęba 36 przed leczeniem.

Fot. 4 RTG zęba 36 po wstępnej odbudowie i przeprowadzonym leczeniu endodontycznym.