

Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego

Leczenie endodontyczne jest zawsze wstępem do ostatecznej odbudowy zęba. Kwalifikując ząb do leczenia, bierzemy pod uwagę jego co najmniej kilkuletnie bezproblemowe funkcjonowanie w zwarciu. Jest to podstawowy wyznacznik zasadności podejmowania leczenia kanałowego.

Z drugiej strony, rozpoczynając leczenie endodontyczne, powinniśmy w czasie całej terapii 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, jak również umożliwia dokładną aplikację i stabilność leków zakładanych do wnętrza zęba w czasie terapii;
- uzyskanie stabilnego i powtarzalnego punktu referencyjnego dla określenia i kontroli długości roboczej 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.

Przygotowanie do leczenia endodontycznego może również polegać na wstępnej odbudowie protetycznej zęba.

C.2.1 Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego

Częściej jego zakres 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 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

Całkowite opracowanie ubytku umożliwia również ocenę ilości pozostałych zdrowych tkanek, a tym samym określenie szans na trwałą odbudowę leczonego zęba. Już przed rozpoczęciem leczenia endodontycznego lekarz powinien 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 słabych ścian w taki sposób, by odbudować zarys kształtu zęba, w tym również powierzchni styčných. Dodatkową zaletą takiego postępowania jest znacznie ułatwione zakładanie szczelnych opatrunków w czasie leczenia.

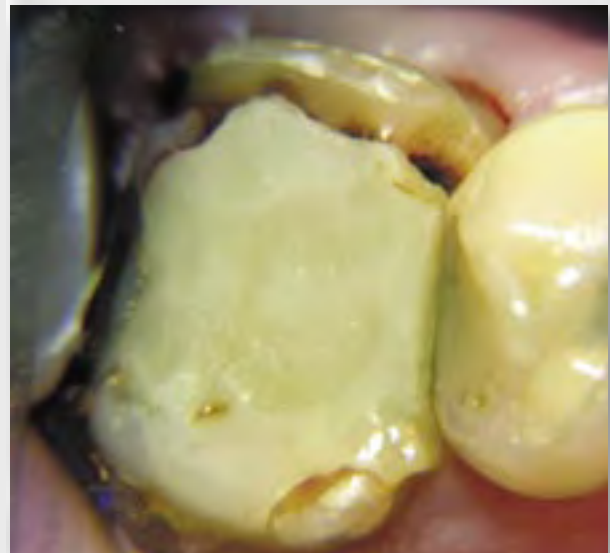
Przygotowywany do leczenia ząb powinien być również wyłączony ze zwarcia. Dotyczy to zwłaszcza zębów w odcinku bocznym i zmniejsza ryzyko ich pęknięcia w czasie leczenia. Pozostawienie wysokich guzków w leczonym zębie pozornie ułatwia późniejsze odtworzenie kształtu, ale znacznie zwiększa szansę na złamanie

jego ściany. Zalecane zaś metody ostatecznej odbudowy zębów bocznych leczonych endodontycznie i tak wskazują na konieczność pokrycia guzków przy pomocy materiału używanego do docelowej rekonstrukcji (kompozyt, metal, ceramika).

Płaska powierzchnia zgryzowa jest znakomitym punktem referencyjnym dla stoperów narzędzi endodontycznych.

Najczęściej stosowanym i najbardziej odpowiednim materiałem do tego celu są kompozyty i można w tym przypadku z powodzeniem wykorzystać mniej popularne, zalegające w szufladach gabinetów odcienie. Dobrze też sprawdzają się cementy szkło-jonomerowe, szczególnie w sytuacjach, kiedy zrąb zębinowy nie daje dostatecznego podparcia do prawidłowego założenia materiału kompozycyjnego.

1.
Ząb 36 przeznaczony do powtórnego leczenia endodontycznego. Dotychczasowe nie zapewnia ani dostatecznej szczelności i wytrzymałości, ani aseptycznych warunków zabiegu



2.
Bezpośrednio po usunięciu wypełnienia widoczne są duże ilości zniszczonych próchnicowo tkanek zęba



C.2.1 Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego



3.

Dokładne oczyszczenie pozwala ocenić stan zęba, brak pęknięć i możliwości jego docelowej odbudowy



4.

Wstępna odbudowa wykonana z kompozytu w jasnym odcieniu. Kontrastujący z tkankami zęba odcień wypełnienia pozwoli na dobrą kontrolę zasięgu szlifowania w trudno dostępnych powierzchniach styknych podczas preparacji pod koronę, którą zaplanowano jako docelową rekonstrukcję zęba. Odtworzone ściany zęba zapewniają doskonały wgląd do jego wnętrza



5.

Odbudowywany ząb został również wyłączony ze zwarcia. Płaska powierzchnia jest też idealnym punktem referencyjnym dla stoperów narzędzi endodontycznych i pozwala na dokładną kontrolę długości roboczej podczas leczenia kanałowego

6.

Płynny kompozyt jako tymczasowy
opatrunek zapewnia szczelność
i stabilność podczas całego leczenia
endodontycznego



Lek. stom. Tomasz Fałkowski
www.idealnyusmiech.pl