

**Этапы эндодонтического лечения
осложнений кариеса.
Формирование первичного
эндодонтического доступа.
Рабочая длина канала. Методы
определения**

Этапы эндодонтического лечения осложнений кариеса

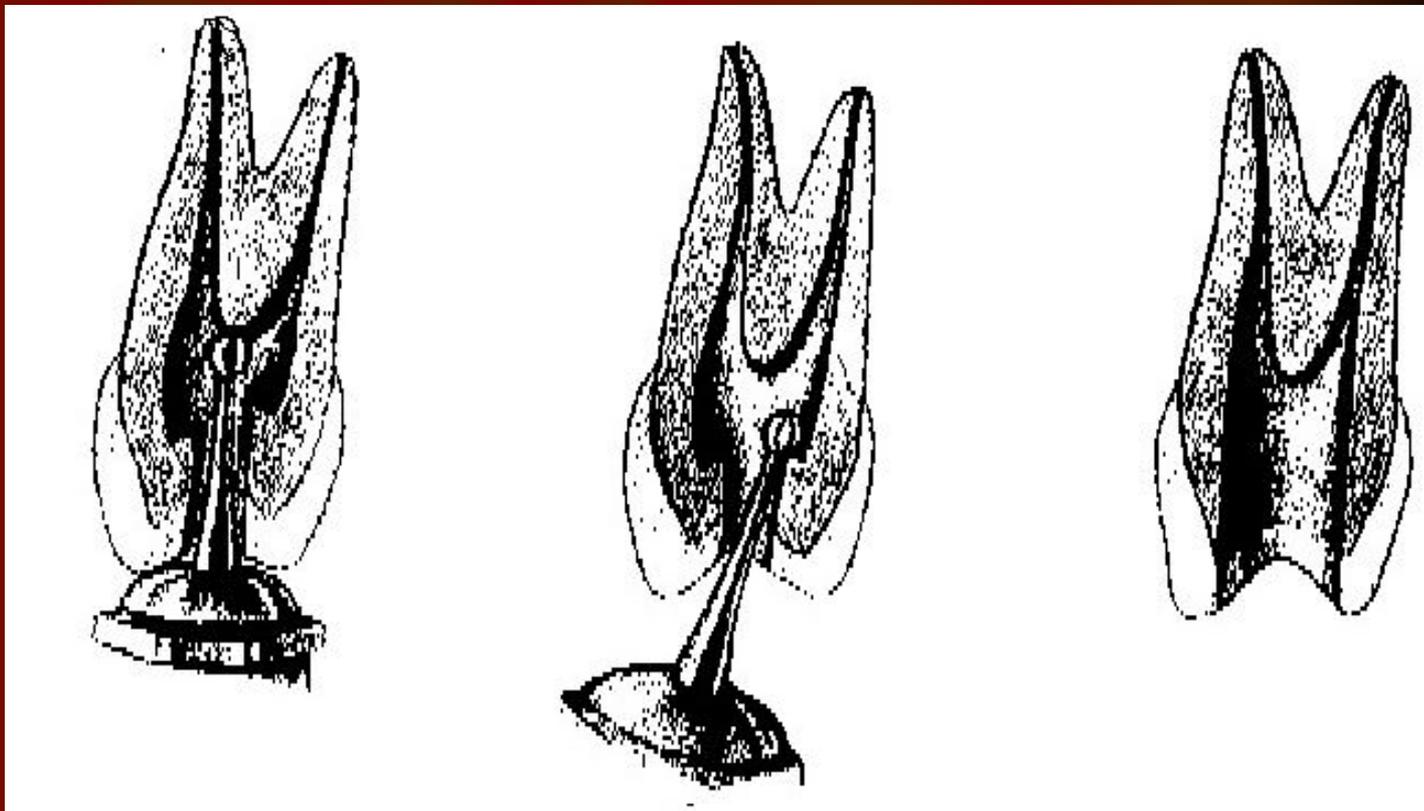
- диагностическая рентгенограмма;
- обезболивание;
- изоляция зуба от ротовой жидкости;
- препарирование кариозной полости, формирование первичного эндодонтического доступа;
- определение рабочей длины канала;
- выявление устьев каналов, подготовка каналов к обработке;
- обработка КК (инструментальная, медикаментозная);
- пломбирование КК;
- рентгенологический контроль качества пломбирования каналов;
- восстановление анатомической формы зуба, отделка пломбы

Формирование первичного эндодонтического доступа имеет целью:

- вскрытие и удаление крыши полости зуба (пульпарной камеры);
- создание параллельных стенок, удаление нависающих краев, закрывающих прямолинейный доступ в каналы;
- удаление содержимого полости зуба:
- поиск и расширение устьев каналов, придание им воронкообразной формы

Вскрытие и удаление крыши (раскрытие) полости зуба зависят от локализации основной кариозной полости. Проще всего этот этап выполняется при локализации КП по I классу. При этом КП углубляется до получения сообщения с полостью зуба с последующим полным снятием крыши пульпарной камеры с созданием параллельных стенок, удалением нависающих краев, закрывающих прямолинейный доступ в каналы

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



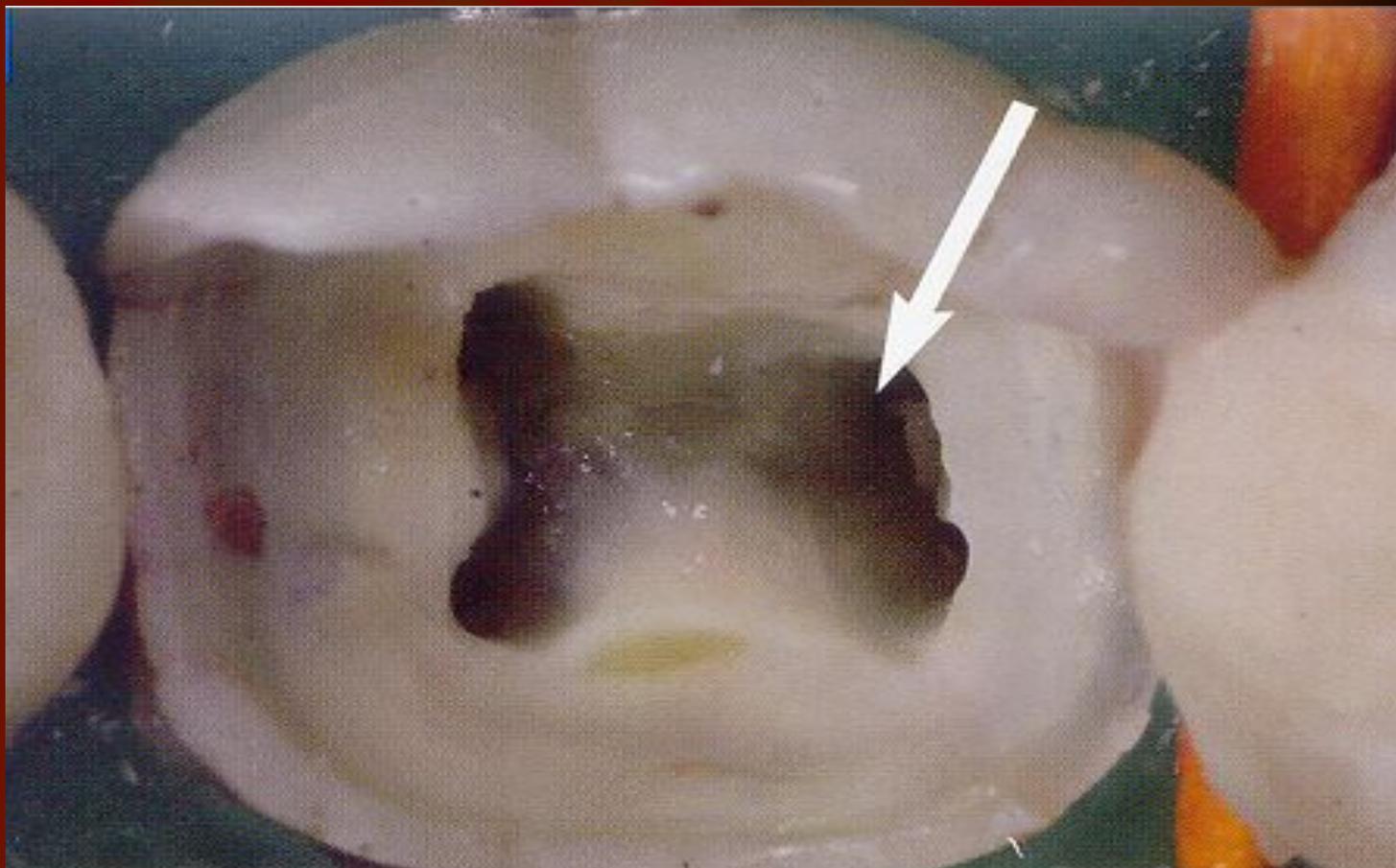
Как правило, вместе с раскрытием полости зуба производится удаление содержимого полости зуба (пульпа или ее распад). Выявление и раскрытие устьев каналов – завершающий и обязательный этап формирования эндодонтического доступа. Для выявления скрытых устьев каналов следует использовать кариес-маркер, фуксин или эндодонтический зонд. Расширение устьев каналов нужно выполнять так, чтобы они имели воронкообразную форму. Это делается для устранения физиологического сужения в устьевой части канала и создания на дне полости резервуара для препаратов, используемых для смазки и химического расширения каналов, облегчения последующего введения в канал эндодонтических инструментов.

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



При локализации КП по II классу после завершения препарирования КП создается оптимальный вариант подхода к полости зуба путем выведения КП на жевательную поверхность и удаления здоровой эмали и дентина до предполагаемых размеров полости зуба. Далее КП углубляется до получения сообщения с полостью зуба с последующим полным снятием крыши пульпарной камеры с созданием параллельных стенок, удалением нависающих краев, закрывающих прямолинейный доступ в каналы

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



В резцах и клыках для обеспечения прямолинейного доступа в полость зуба и КК кариозные полости по III и IV классам после препарирования выводятся на оральную поверхность в область слепой ямки, не ослабляя при этом режущий край.

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА

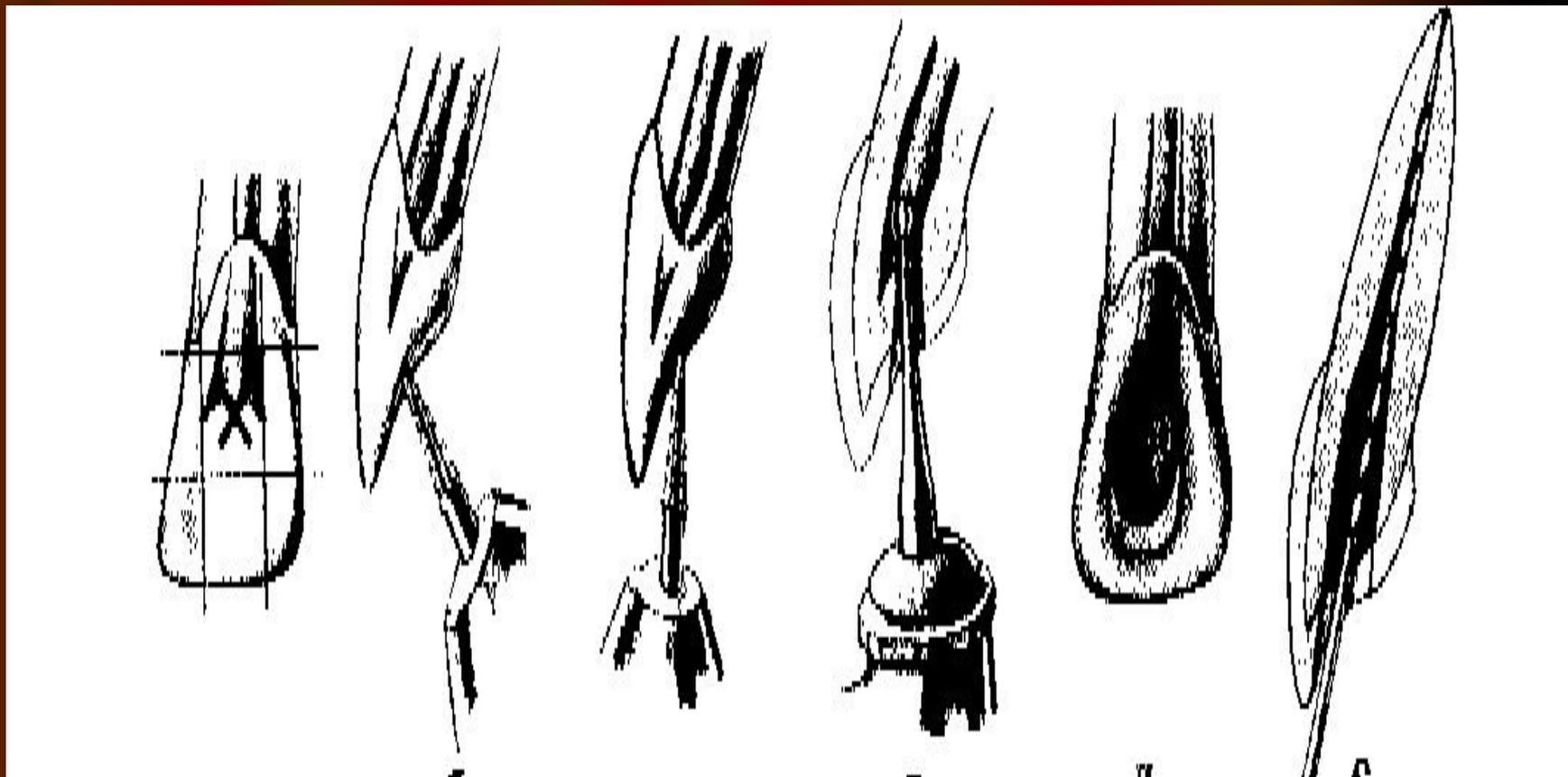


ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА

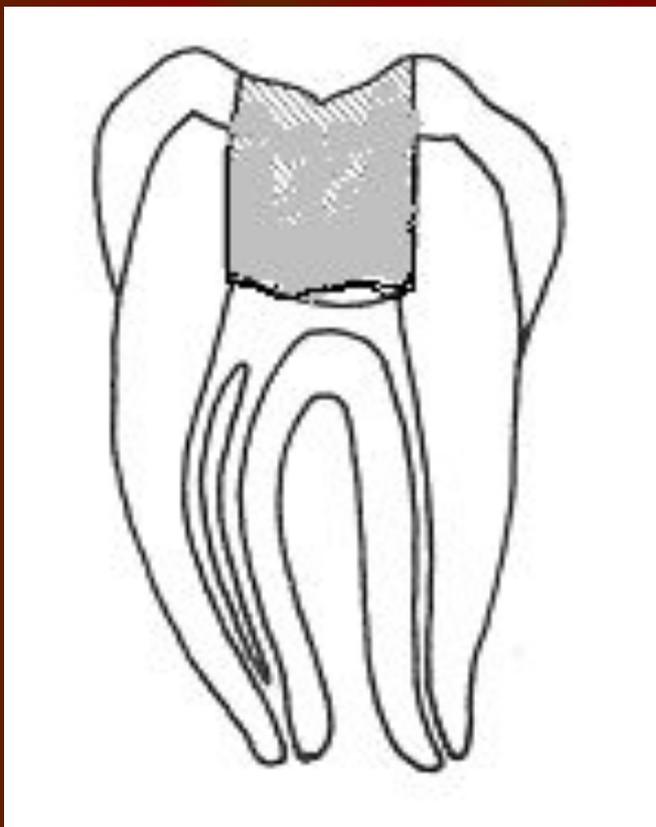


При локализации КП по V классу, независимо от групповой принадлежности зуба основная КП после препарирования следует запломбировать, а доступ к полости зуба обеспечивается в молярах и премолярах - через интактную жевательную поверхность, а в резцах и клыках – через оральную поверхность. Такой подход обусловлен принципом максимального сохранения здоровых твердых тканей зуба

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА



Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



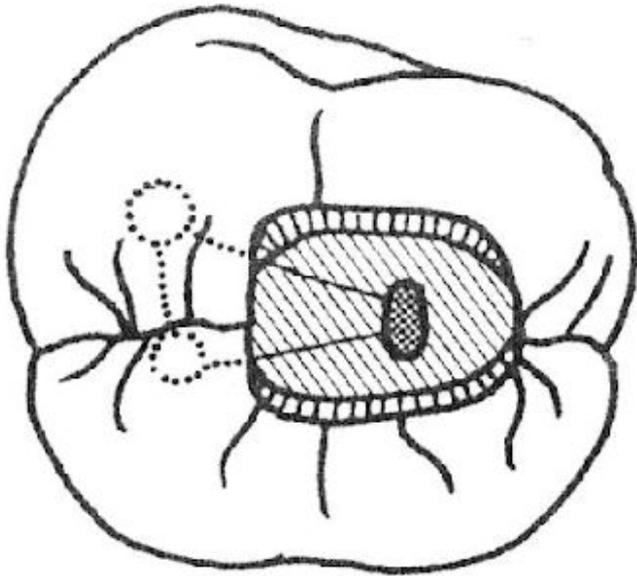
Вскрытие рогов
полости зуба и
принятие их за
устья корневых
каналов

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



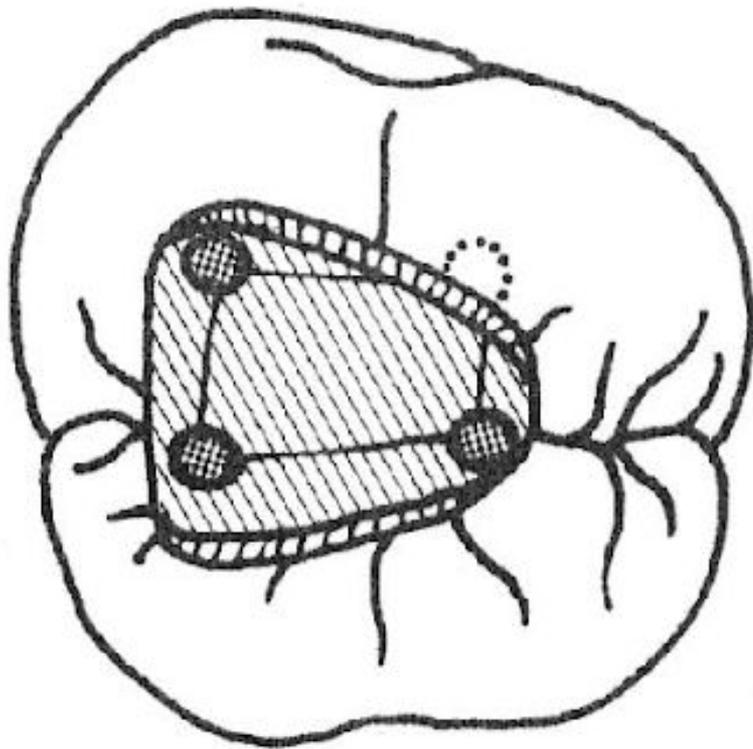
Неполное раскрытие
полости зуба в резце

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



Неполное
раскрытие
полости зуба
в моляре

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



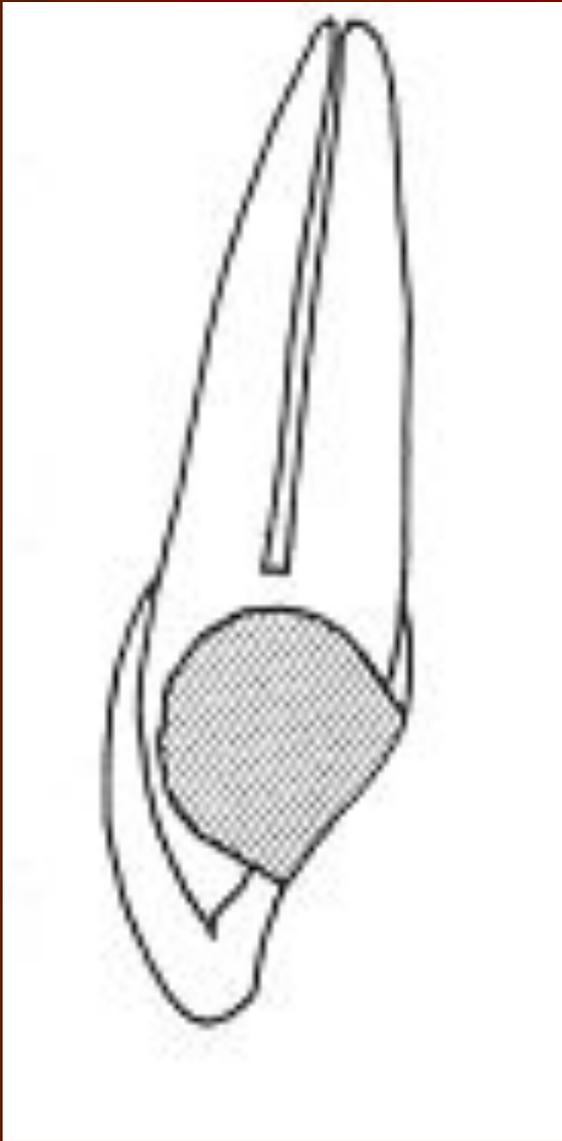
Неполностью
раскрыто
устье
четвертого
канала в
моляре

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



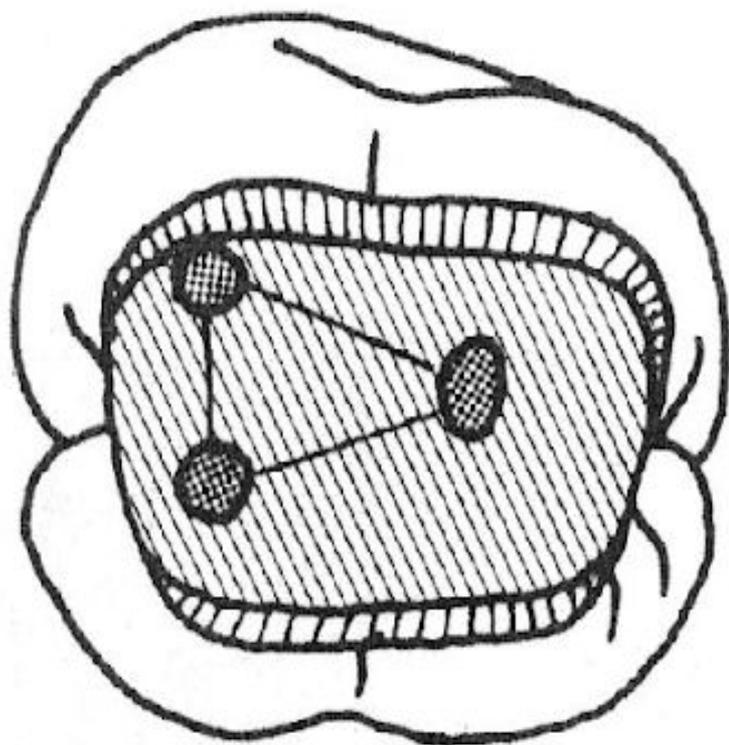
Изменение цвета зуба
при неполном удалении
коронковой пульпы или ее
распада (в резцах и клыках)

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



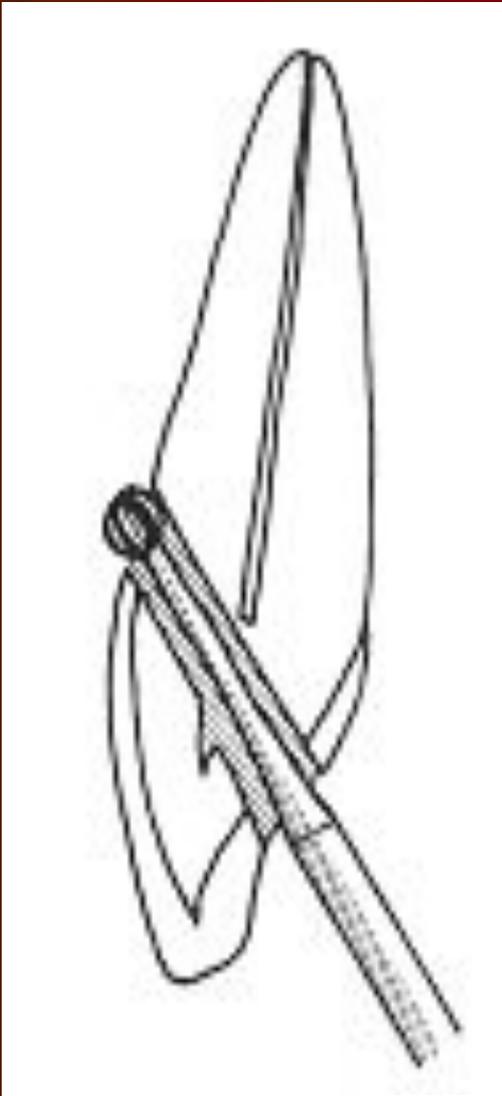
Ослабление коронки резца
при чрезмерном удалении
твёрдых тканей зуба

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



Ослабление
коронки моляра
вследствие
чрезмерного
расширения
полости зуба

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



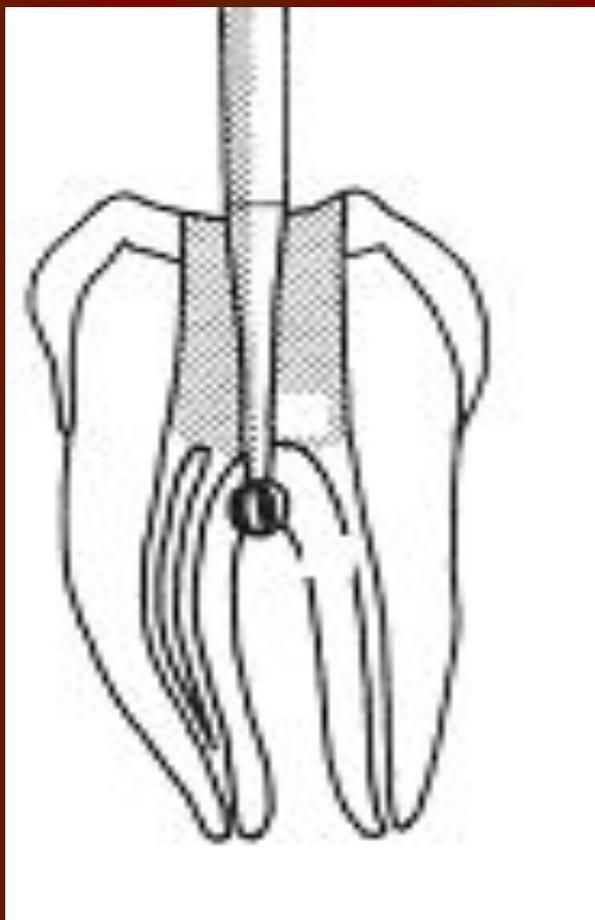
Перфорация коронки
на уровне шейки резца

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



Перфорация
коронки на
уровне
шейки моляра

Типичные ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа



Перфорация дна
полости зуба

Рабочая длина канала – это расстояние от максимально сохраненного участка коронки зуба до физиологического апекса.

Определение этого показателя необходимо для того, чтобы обработка канала была выполнена на всем его протяжении – от устья до физиологической верхушки корня.

Методы определения рабочей длины канала:

- рентгенологический;
- с помощью справочных таблиц, в которых представлены средние статистические данные о длине канала по соотношению длины корня и высоты коронки зуба;
- электрометрический (с помощью прибора - *апекслокатора*).

Спасибо
за внимание