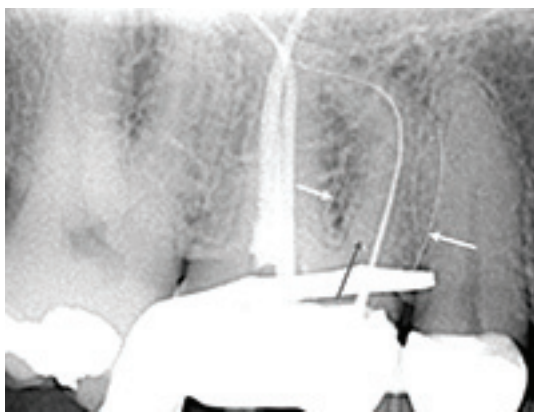


با وجود CBCT همه اینها آسان تر می شود، به همه این سوالات آناتومیکی پیش از کار پاسخ داده شده و روش بسیار مطمئن تری از رادیوگرافی معمول است. رفتن به سراغ یک مولر بالا با دانستن اینکه فقط سه کانال دارد برای هر دندانپزشکی یک امتیاز است، اما برای یک اندودنتیست که بیشتر موارد مشکل را درمان میکند، این یک موهبت است.

اگر درمان RCT در جلسه ای جدا از جلسه معاینه شروع شود، کار برای دندانپزشکان راحت تر خواهد بود، به شرطی که همه تصاویر رادیوگرافی را پیش از شروع به تراش حفره دسترسی خوب بازبینی کند. من به طور روتین، معمولا ۵ تا ۱۰ دقیقه برای مرور تصاویر CT بیمارم پیش از شروع کار وقت می گذارم. در واقع این امر را به شنا کردن درون توده ترانسپرنت ساختارهای آناتومیکی تشبیه می کنم و البته وقتی در طی درمان با مشکلی مواجه میشوم اطلاعات را باز بیرون کشیده و شنای دیگری آغاز می شود (شکل های ۱-۷ تا ۳-۷)

یکی از سخت ترین درس هایی که باید در مورد تصاویر CBCT در کارم می آموختم این بود که این تصاویر تنها برای موارد و دندان های چالش برانگیز نیست. حدود ۱۱ ماه طول کشید تا بفهمم در درمان های مشکل پیش از کار همه چیز را می دانم، اما در درمان های معمولی تقریبا کم می دانم، چرا که فکر می کردم این درمان ها ارزش گرفتن CT را ندارند. بعد از حدود یکسال، با دیدن چیزهایی در موارد مشکل، که هرگز انتظار نداشتم - تحلیل های خارجی ریشه که در رادیوگرافی های PA پنهان بودند، کانالهای MB3، حتی کانالهای فرعی - به این واقعیت رسیدم که با بیماران کمتر چالش برانگیز



شکل ۶. رادیوگرافی با زاویه دیستالی از ریشه مزیوبا کال مولر اول ماگزینا با یک K فایل ۱۵ در کانال MB1. در مرکز نبودن فایل نسبت به لبه های باکالی و لینگوالی ریشه (فلش های سفید) نشانگر وجود کانال دوم (فلش سیاه) در ریشه است.