

TruNatomy®

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ И ОТЗЫВОВ СПЕЦИАЛИСТОВ

Из практики ведущих эндодонтов
НОЯБРЬ 2022 г.





TruNatomy®

Содержание

	Стр.
Система TruNatomy®	4
Острый апикальный периодонтит	6
Консервативное эндопрепарирование после травмы	8
Симптоматический апикальный периодонтит	10
Сложный случай с длинными кальцифицированными каналами	12
Препарирование длинных, изогнутых и тонких корней	14
Консервативный подход в эндолечении премоляров	16
Перелом коронок передних зубов нижней челюсти	18
Консервативный эндоподход для постэндовосстановления	20
Консервативный подход к лечению премоляра с тремя тонкими корнями	22
Случай облитерации корневого канала	24
Сложный клинический случай: первый премоляр верхней челюсти с двойным изгибом	26

TruNatomy®

TruNatomy — комплексное эндодонтическое решение, которое обеспечивает:

- ощущение комфорта в процессе препарирования;
- повышенную производительность и эффективность¹;
- больше пространства для обработки и удаления дебриса¹;
- уважение естественной анатомии зуба;
- сохранение структурной целостности зуба.

Решения TruNatomy® воплощают последние достижения эндодонтии и отличаются швейцарской точностью исполнения. Они повышают эффективность лечения и бережно сохраняют естественную анатомию зуба¹.

В разработке системы TruNatomy® участвовали опытные специалисты — доктор Джордж Брудер и доктор Ове Петерс, известные своими достижениями в области эндодонтии.



Проф. Ове Петерс
Стоматологический факультет Квинслендского университета, Брисбен (Австралия)



Д-р Джордж Брудер
Международный стоматологический институт Палм-Бич-Гарденс и Форт-Лодердейл, Флорида (США)

В данном сборнике клинических случаев собраны отзывы стоматологов о работе системой TruNatomy®. TruNatomy® — это система, которая будет полезна при ежедневной работе с любыми случаями, от простых² до самых сложных³.

Особый дизайн для сложной анатомии

Инструменты TruNatomy® особенно полезны при обработке искривленных, кальцифицированных и узких каналов^{3,4,5}, поскольку обладают повышенной гибкостью, особым строением и более тонким диаметром файла.

Эффективность при максимальном сохранении тканей

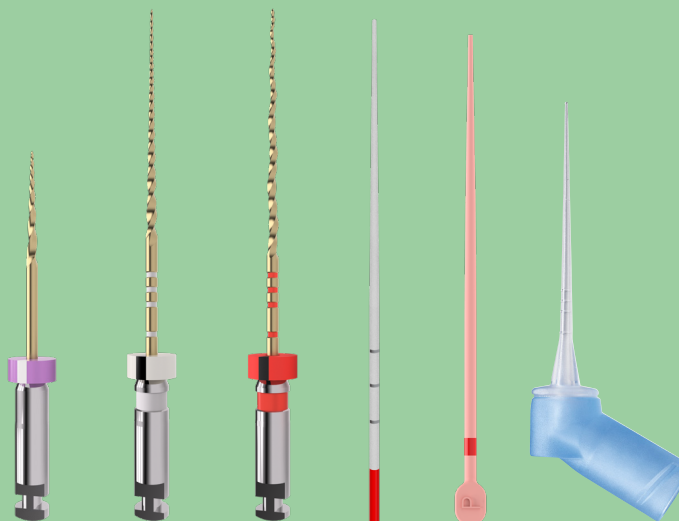
Опыт применения подтверждает: преимущество решения TruNatomy® заключается в сохранении прочности и структурной целостности зуба^{4,3,6}, при этом обеспечивая эффективную, глубокую очистку^{2,3,6}.

Ощущение гладкости препарирования и легкость в использовании

Гладкость при препарировании дает клиницисту ощущение полного удовлетворения от процесса^{5,6}.

Фокус на сохранение структурной целостности зуба

Во время эндодонтического и реставрационного этапов решение TruNatomy® позволяет сконцентрироваться на сохранении структур зуба (в частности перичервикального дентина) и тем самым обеспечить долговечность итоговой реставрации³.



¹ По сравнению с ProTaper Next®

² Д-р Филиппо Сантарканджело (стр. 8)

³ Д-р Джонатан Коуи (стр. 12)

⁴ Д-р Прадиумна Д. Джоши (стр. 6)

⁵ Д-р Мауро Амато (стр. 14)

⁶ Д-р Кришна Вьяс (стр. 16)



Д-р Джоши

Д-р П. Д. Джоши окончил стоматологический колледж при больнице Наир в Мумбаи и получил степени бакалавра (1980) и магистра (1983) терапевтической стоматологии. Д-р Джоши — известный врач-консультант, специализирующийся на эндодонтии, практикующий в Мумбаи с 1980 г.

Он возглавляет отделение стоматологии и выступает почетным консультантом по эндодонтии в Lilavati Hospital & Medical Research Centre. Д-р Джоши входит в консультативную группу Центра атомных исследований Бхабха в качестве консультанта-эндодонтиста.

Он ведет частную практику, в основном специализируясь на микроэндодонтии, имплантации и реставрационной стоматологии, и постоянно повышает квалификацию в различных медцентрах по всему миру, включая Пенсильванский университет.

Также д-р Джоши руководит собственным учебным центром по эндодонтии в Мумбаи. Он преподавал в Национальном университете Малайзии (Кебангсаан) в Куала-Лумпуре. Читает лекции и выступает на мероприятиях в странах Южной Азии. Автор исследовательских статей; публикуется во многих национальных и международных журналах.

Острый апикальный периодонтит в случае с узкими корневыми каналами и кальцифицированной полостью зуба

Пациент

Пациент 61 года
Зуб 46: первый правый моляр нижней челюсти

Основная жалоба

Острая боль при накусывании и жевании

Анамнез

Повышенное АД под контролем. Лечение в анамнезе: эндодонтическое лечение, удаление зуба. Состояние пародонта: удовлетворительное

Диагностика

Холодовая проба: отрицательно
Перкуссия: 8/10

Диагноз

Предоперационная рентгенограмма показала поражение в периапикальной области и кариес. Корневые каналы были очень узкими, стенки — тонкими, и я опасался, что инструмент с большей конусностью может ослабить зуб.



Предоперационная рентгенограмма

«Я не хотел ослаблять зуб еще больше»

План лечения

Полость доступа была подготовлена с помощью шаровидного бора, а устье раскрыто бором EndoZ. Кальцификацию устранили с помощью ультразвуковой насадки (Start-X™ №3).

Для модификации устьевой трети каналов использовался Orifice Modifier TruNatomy®. Затем каналы были последовательно обработаны К-файлом №10 (скаутинг) TruNatomy® Glider («ковровая дорожка») инструментами TruNatomy® Small и Prime. После дезинфекции каналы были obturированы соответствующими гуттаперчевыми штифтами в технике вертикальной компакции горячей гуттаперчи.

Полость зуба восстановлена временной пломбой из цемента до установки постоянной реставрации.

Далее полость зуба была восстановлена с помощью композита объемного внесения SDR®. На следующем приеме пациенту была установлена металло-керамическая коронка.



Полость доступа после удаления кальцификации



Рентгенограмма рабочей длины



Рентгенограмма после лечения



Д-р Сантарканджело

Доктор Сантарканджело окончил Школу медицины и хирургии университета Бари (Италия) в 1996 г.

Прошел курс повышения квалификации по эндодонтии у доктора Арнальдо Кастеллуччи во Флоренции.

Действительный член Итальянского эндодонтического общества.

Выступал на многочисленных конференциях и конгрессах в Италии и за рубежом.

Был спикером конференции ААЕ (Американской ассоциации эндодонтов) в Сан-Диего в 2010 г. и в Сан-Антонио в 2011 г., а также приглашенным спикером конференции на Гавайях в 2013 г.

Приглашенный преподаватель Гарвардского университета (Бостон, США).

Доцент эндодонтии кафедры стоматологии и зубного протезирования в университете Падуи.

Профессор двухлетней аспирантуры в университете имени Хуана Карлоса (Мадрид, Испания).

Ведет клиническую практику, специализируясь на эндодонтии, в городе Бари (Италия).

Консервативное эндодонтическое препарирование после травмы

Пациент

Мужчина, 55 лет
Зуб: верхний клык

Основная жалоба
Отсутствует

Анамнез
Отсутствие кариеса, но некроз пульпы в результате травмы при автомобильной аварии. Костная ткань после перелома стабилизирована титановой пластиной

Диагностика
Холодовая проба: отрицательно

Диагноз

При отсутствии рентгенологических признаков после травмы зуб потерял витальность, вследствие чего стал очень хрупким.



Рентгенограммы до и после лечения
Анатомия корневого канала полностью сохранена. Канал запломбирован по методу вертикальной компакции горячей гуттаперчи с помощью Gutta Smart

«Простой, но очень показательный случай»

План лечения

Цель лечения заключалась в максимальном сохранении структуры корня. Это потребовало консервативного эндодонтического препарирования.

Коронковая треть канала исходно была широкая, и благодаря тонкому строению инструмент не перерасширил ее без необходимости.

Контрольная рентгенограмма подтверждает, что препарирование в коронковой трети канала не проводилось.

Решение TruNatomy® не только сохраняет ткани, но и позволяет проводить глубокую очистку, для чего предусмотрен специальный протокол ирригации.



В данном случае система TruNatomy® позволила точно повторить все изгибы канала, сохраняя его исходную анатомию

«Решения TruNatomy® сохраняют ткани, позволяя проводить глубокую очистку»



Д-р Икрам

Доктор Омар Икрам — квалифицированный эндодонт, руководитель клиники Specialist Endo Crows Nest в Сиднее. Помимо этого он работает старшим специалистом в стоматологической больнице Сиднея.

В 1997 г. д-р Икрам получил степень бакалавра стоматологии в университете Отаго. Интерес к эндодонтии привел его к получению степени магистра клинической стоматологии в области эндодонтии в Королевском колледже Великобритании. Во время обучения он стал членом отделения восстановительной стоматологии Королевского колледжа хирургов в Эдинбурге.

За свою работу в широком стоматологическом сообществе в 2019 г. он был принят в Международный колледж стоматологов.

Симптоматический апикальный периодонтит, обусловленный необратимым пульпитом

Пациент

Пациент 28 лет
Зуб 26: первый моляр верхней челюсти слева

Основная жалоба

Чувствительность верхней левой части полости рта при приеме холодного

Анамнез

Кариес зуба 25. Зуб был восстановлен стоматологом общей практики, но чувствительность осталась. Реставрация зуба 26 была проведена очень давно

Диагностика

Холодовая проба: положительно

ПеркуSSIONный тест: положительно

Диагноз

Симптоматический апикальный периодонтит, обусловленный необратимым пульпитом.



На предоперационной рентгенограмме визуализируются обширные реставрации в области зубов 25 и 26

План лечения

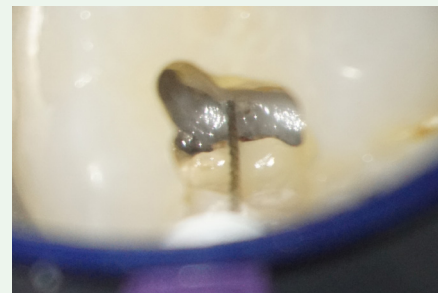
Эндопечение зуба 26 с последующим пломбированием полости доступа. После лечения корневых каналов и исчезновения симптомов пациенту было рекомендовано установить коронку на зуб 26 для предотвращения появления трещины зуба.

Для препарирования MB1-, MB2- и DB-канала использовался файл TruNatomy® Prime (26/04v).

Препарирование прямого и широкого небного канала выполнялось файлом ProTaper Next® X3 (30/07). Ирригация проводилась с помощью ирригационной иглы TruNatomy® с применением растворов 6% гипохлорита натрия и 15% EDTA.

Гипохлорит натрия активировался эндоактиватором (EndoActivator®). В каналы был помещен гидроксид кальция, а полость доступа закрыта материалом Cavit (в пульпарной камере) и временной реставрацией из стеклоиономера.

Через 4 недели, после исчезновения симптомов, приступили к пломбированию каналов и полости зуба. Для протравливания дентина использовалась 37%-ная фосфорная кислота. На протравленный дентин наносили Prime&Bond Universal® и отверждали с помощью полимеризационной лампы SmartLite® Pro. В качестве базового слоя поверх гуттаперчи на устья каналов наносили SDR® Plus, который также отверждался. Затем выполнили композитную реставрацию.



Определить расположение всех 4 каналов в зубе 26 оказалось возможным с минимальной потерей перикервического дентина



На контрольной рентгенограмме отмечается удовлетворительная obturation каналов и реставрация



Д-р Коуи

Джонатан Коуи — стоматолог, специализирующийся в эндодонтии, ведущий частную практику в Бате (Великобритания).

В течение последнего десятилетия он работал в области эндодонтии и получил диплом по эндодонтии в Королевской больнице Лондона, после чего прошел специализированное обучение по эндодонтии в Королевском колледже Лондона.

Помимо клинической работы д-р Коуи активно занимается преподавательской деятельностью. Он проводит множество практических курсов в рамках образовательного проекта «Современная эндодонтия» и работает клиническим демонстратором в магистратуре по эндодонтии в Королевском колледже Лондона. На своих практических занятиях д-р Коуи всегда акцентирует мысль о необходимости сохранения зубов, и в частности, о бережном сохранении дентина.

Джонатан Коуи и его коллега Люка Моранцони были одними из первых клиницистов, начавшими проводить комплексную подготовку стоматологов по эндодонтии и восстановительному лечению в рамках интенсивных коротких курсов.

Сложный случай с длинными кальцифицированными каналами

Пациент

Пациент 48 лет
Зуб: моляр нижней челюсти

Основная жалоба

Дискомфорт при накусывании в области первого моляра нижней челюсти слева (после обострения с отеком)

Анамнез

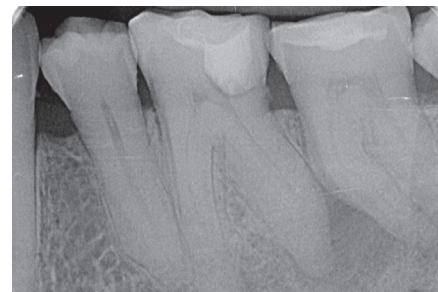
Отсутствует

Диагностика

Чувствительность при пальпации и перкуссии, но без подвижности

Диагноз

Периапикальный радиолуцентный очаг на дистальном корне и расширение периодонтального пространства в проекции верхушки медиального корня.



Предоперационная рентгенограмма

«Система TruNatomy® позволяет сохранить исходную анатомию канала без ущерба качеству ирригации»

План лечения

Создание полости доступа через дистальную реставрацию позволяет получить доступ с сохранением перицервикального дентина мезиально.

Препарирование проводилось по алгоритму базовой последовательности системы TruNatomy®.

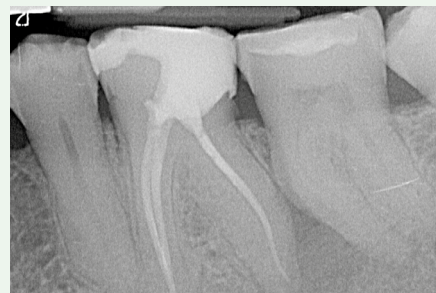
Ирригация 5,25% раствором гипохлорита натрия на протяжении всей процедуры с помощью ирригационной иглы TruNatomy®.

Обтурация с помощью гуттаперчи TruNatomy® Prime и AH Plus®. Техника вертикальной компактки горячей гуттаперчи.

Прямая реставрация с использованием матриц Palodent® Plus, SDR® и Neo Spectra™ ST.

В данном случае выбор системы TruNatomy® обусловлен возможностью эндодоступа ко всем каналам через кариозную полость без чрезмерного расширения, что позволило сохранить перицервикальный дентин на мезиальном участке, где реставрация была минимальна.

Контроль через 14 месяцев подтвердил успех лечения. Окончательная реставрация была выполнена с использованием керамической онлей-вкладки с глубоким восстановлением, что позволило свести к минимуму препарирование дентина и тем самым исключить уменьшение толщины дентина у основания бугра.



Рентгенограмма после лечения



Контроль через 14 месяцев показал улучшение рентгенопрозрачности периапикальной области



Д-р Амато

Доктор Мауро Амато окончил стоматологический факультет Базельского университета (Швейцария). Он работает главным врачом отделения терапевтической стоматологии, специализируясь на эндодонтии. В дополнение к лечению пациентов занимается преподавательской деятельностью и научными исследованиями.

Доктор Амато преподает на различных курсах по эндодонтии в Германии и проводит курсы повышения квалификации по эндодонтии.

С 2014 г. он входит в состав правления Швейцарского общества эндодонтии.

С 2005 по 2011 гг. был ассистентом и помощником исследователя в области эндодонтии в клинике пародонтологии, эндодонтии и кариологии Базельского университета (профессор д-р Р. Вайгер).

В 2011 г. защитил диссертацию по ирригации корневых каналов.

С 2015 г. работает в Базельском стоматологическом травматологическом центре.

Ведет частную практику в Базеле, Швейцария.

Препарирование длинных, изогнутых и тонких корней

Пациент

Пациентка 46 лет
Зуб: первый моляр нижней челюсти

Основная жалоба

Постоянная боль

Анамнез

Пломбирование глубокой кариозной полости

Диагностика

Холодовая проба: сильная боль

Результат перкуSSIONного теста: положительно

Пальпация: отрицательно

Диагноз

Острый пульпит



Предоперационная рентгенограмма

«TruNatomy® — это система гибких инструментов для консервативного препарирования каналов. Инструменты с большей конусностью ослабили бы зуб»

План лечения

Создание консервативной полости доступа, затем стандартный протокол инструментации системой TruNatomy® (Orifice Modifier, Glider и Prime).

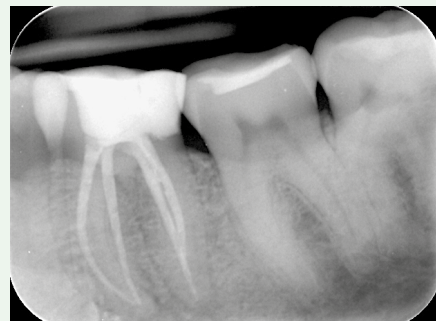
Ирригация с помощью ирригационной иглы TruNatomy® и ультразвука.

Обтурация методом одного штифта.

Адгезивная реставрация без штифта.



Корневые каналы с консервативной полостью доступа



Рентгенограмма после лечения



Запломбированные корневые каналы

«Препарирование проходит гладко, мне нравится, как инструмент работает в корневом канале»



Д-р Вьяс

Доктор Кришна Вьяс — выдающийся врач-эндодонт, дизайнер улыбки из Центральной Индии. Она получила степень бакалавра стоматологической хирургии в престижном стоматологическом колледже SDM в Индии и практиковала общую стоматологию в течение 5 лет.

После этого продолжила обучение эндодонтии и восстановительной стоматологии и в 2011 г. получила степень магистра стоматологии (MDS) с золотой медалью.

Затем доктор Вьяс открыла специализированную практику по микроэндодонтии и повышению эстетической привлекательности улыбки.

Доктор Вьяс возглавляет Vyas Dental Inn, а также многопрофильную стоматологическую клинику в Райпуре, включающую исследовательский центр и учебный центр по эндодонтии с собственным оборудованием для КЛКТ.

Кроме того, Кришна Вьяс преподает (в звании доцента) в стоматологическом колледже Майтри в г. Дург (Индия). Ведет канал на YouTube, где публикует обучающие видеоролики. Доктор Вьяс имеет несколько наград, в том числе премию Famdent в номинации «Стоматолог года – 2017».

Консервативное лечение необратимого пульпита в премоляре с узкими корнями и многоплоскостными изгибами в щечно-язычном направлении

Пациент

Пациентка 41 года
Зуб: второй премоляр верхней челюсти слева

Основная жалоба

Боль в заднем отделе верхней челюсти слева

Анамнез

Реставрация несколько лет назад

Диагностика

Осмотр: глубокая кариозная полость на мезиальной поверхности

ПеркуSSIONный тест: положительно

Холодовая проба: положительно, с очень выраженной болевой реакцией

Диагноз

Симптоматический апикальный периодонтит с необратимым пульпитом в области второго премоляра верхней челюсти слева



Предоперационная рентгенограмма

«Ирригационные иглы — это настоящий переворот в консервативной эндодонтии»

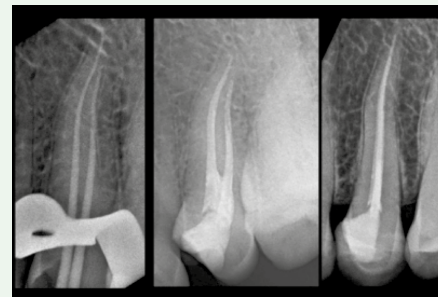
План лечения

Эндо лечение с последующим перекрытием бугров.

Лечение: подготовка полости доступа через кариозную полость; очистка глубокого устья с помощью ультразвукового наконечника Start-X™ №3. Локализованы щечный и небный каналы; затем сформирована «ковровая дорожка» — вручную файлами №8 и 10 с помощью хелатирующего агента Glyde. Оба канала имели изгибы в разных плоскостях в щечно-язычном направлении, что не визуализируется на 2D-рентгенограммах. Затем использована система TruNatomy® с последовательностью из 3 файлов: Orifice Modifier (20.08v), TruNatomy® Glider для создания «ковровой дорожки» (17.02v) и эндодонтический файл для препарирования каналов TruNatomy® Prime (26.04). Во время работы инструментами непрерывно проводилась ирригация гипохлоритом натрия с помощью ирригационной иглы TruNatomy® и раствором EDTA, активированных с помощью эндоактиватора. Обтурация была выполнена на этом же приеме.

Была выполнена прямая композитная реставрация и установлена цельнокерамическая накладка из дисиликата лития, чтобы укрепить зуб в рамках консервативного подхода.

Благодаря предварительному планированию полости доступа удалось сохранить здоровую структуру коронковой части зуба и целостность структурного дентина корня, что позволит продлить срок службы зуба на долгое время.



Послеоперационная рентгенограмма с изгибами в разных плоскостях в щечно-язычном направлении

«Система TruNatomy® не только безопасна, проста и эффективна, но и ускоряет работу»



Д-р Радмахер

Д-р Уве Радмахер окончил университет Иоганна Вольфганга Гете во Франкфурте в 1992 г. по специальности «стоматология».

В 1995–1996 гг. проходил обучение по хирургии полости рта у дипломированного хирурга.

В 1996–1997 гг. получал образование по микрохирургии PSI 1-3.

В 1995–2011 гг. вел частную практику в Лампертхайме / Зюдхессене и Мангейме.

Основные направления: эндодонтия, микрохирургия, имплантация по шаблону, высокотехнологичная ортопедия.

С 2012 г. занимается частной практикой в Мангейме.

Доктор Радмахер выступал с лекциями и докладами в Германии и за рубежом. Автор публикаций по различным темам в области эндодонтии, имплантации по шаблону, замены костной ткани, 3D-стоматологии, CAD/CAM и ортопедической стоматологии.

Перелом коронок передних зубов нижней челюсти

Пациент

Женщина

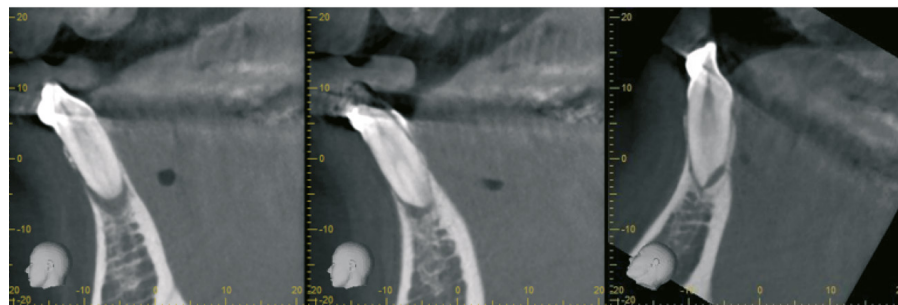
Зубы: передние нижней челюсти (41, 31, 32)

Пациентка обратилась в клинику после травмирования лица антенной военного автомобиля. До обращения проводилось первичное лечение перелома верхней челюсти пластинами для остеосинтеза. Три передних зуба верхней челюсти были потеряны. Передние зубы 41, 31, 32 нижней челюсти имели переломы в области коронки, восстановлены композитом, смещены и стабилизированы с помощью шинирования приблизительно на 4 недели.

Диагноз

Во избежание неприятных сюрпризов во время лечения длина каналов и глубина их начала были определены заранее с помощью КЛКТ.

Длина постоянно контролировалась с помощью электронного апекс-локатора.



Предоперационная КЛКТ

«Моя цель заключалась в максимально бережном воздействии на дентин при одновременном обеспечении надлежащей дезинфекции, чтобы не подвергать опасности стабильность зубов»

План лечения

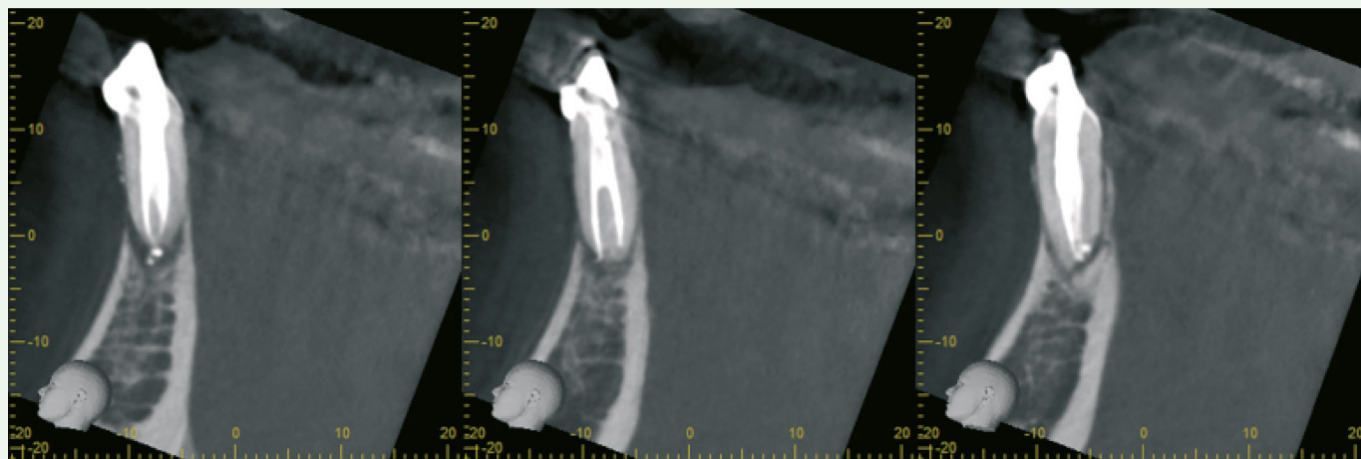
После первоначальной подготовки с помощью Orifice Modifier, который увеличил входные параметры до максимального значения ISO 80 вместо обычного ISO 120, «ковровая дорожка» была сформирована вручную с помощью Profinder ISO 10, а затем расширена механически с помощью Glider.

Препарирование выполнялось файлом TruNatomy® Prime 26/04v.

На зубе 31 участок до линии перелома был обработан с помощью TruNatomy® Medium 36/03v, а осколок кончика корня был оставлен. Ирригация проводилась с помощью ирригационной иглы TruNatomy®, позволившей даже при столь узкой препарации ввести достаточное количество гипохлорита натрия в апикальную область. Для повышения эффективности раствор был активирован эндоактиватором и стоматологическим диодным лазером SiroLaser Blue.

Каждый зуб был obturated по методу вертикальной компактизации горячей гуттаперчи. В качестве силера использовался AH Plus®, а в зубе 31 использовался биокерамический силер.

Затем зубы были восстановлены цементом двойного отверждения Core-X® flow, а шина снята. Пациентка перестала чувствовать боль сразу после лечения.



Контрольная КЛКТ



Д-р Абуэлез

Д-р Ахмед Хусейн Абуэлез получил степень бакалавра наук в Международном университете Миср (Египет) в 2007 г. В 2015 г. он получил степень магистра в области эндодонтии на стоматологическом факультете университета Айн-Шамс, а в 2019 г. там же защитил докторскую диссертацию по эндодонтии.

Преподавательскую деятельность д-р Абуэлез начал в 2009 г. в качестве ассистента преподавателя в Международном университете Миср, а с 2019 г. стал преподавателем на кафедре эндодонтии. В 2012 г. открыл частную практику в Каире. Сегодня его практика ограничивается реставрационными процедурами.

Консервативный эндоподход для постэндовосстановления

Пациент

Пациентка 21 года
Зуб: первый моляр нижней челюсти справа

Основная жалоба

Самопроизвольная боль, усиливающаяся при воздействии холода, в правой части нижней челюсти

Анамнез

Отсутствует

Диагноз

При осмотре было обнаружено кариозное поражение первого моляра нижней челюсти справа. Рентгенологическое исследование выявило, что воспалительный процесс начинался в области рога пульпы. В сочетании с основной жалобой был поставлен диагноз — хронический необратимый пульпит.



Рис. 1. Предоперационная рентгенограмма

«Я выбрал решение TruNatomy®, чтобы сохранить как можно больше дентина, чтобы выдержать окклюзионную нагрузку и продлить срок службы зуба»

План лечения

Полость доступа была препарирована настолько консервативно, насколько это было возможно. Выбор системы TruNatomy® объяснялся молодым возрастом пациентки. Необходимо было максимально сохранить дентин, чтобы повысить способность зуба выдерживать окклюзионную нагрузку и увеличить срок службы окончательной реставрации. Сначала использовался К-файл №15 в мезиальных каналах и К-файл №25 в дистальном канале. Это позволило применить набор TruNatomy®: TruNatomy® Prime хорошо очистил мезиальные каналы, а TruNatomy® Medium было более чем достаточно для дистального канала. Активация ирригационного раствора производилась с помощью ультразвуковых насадок в каждом канале отдельно. Вертикальная компакция горячей гуттаперчи проводилась с помощью системы Gutta Smart, гуттаперчевых штифтов TruNatomy® Conform Fit™ и силера AN Plus.



Рис. 2. Полость доступа, выполненная с сохранением тканей

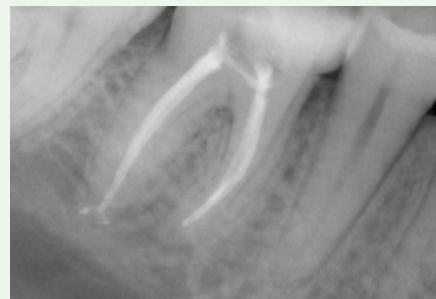


Рис. 3. Контрольная рентгенограмма

Увидев, что силер заполнил боковые каналы в дистальном корне, мы убедились, что активации ирригационного раствора было достаточно, и это подчеркивает ее важность. Затем на дно был нанесен тонкий слой SDR, чтобы получить ровную поверхность для эндокоронки.



Д-р Клаудер

Д-р Томас Клаудер окончил Гамбургский университет по специальности «стоматология» в 1994 г.

С 1997 г. занимается частной практикой в Гамбурге (Германия).

В 1999–2001 гг. обучался по международной программе на кафедре эндодонтии Пенсильванского университета, США (профессор доктор Сын Гук Ким).

В 2001 г. получил сертификат по микро-эндодонтии и эндодонтической микрохирургии в Пенсильванском университете.

С 2002 г. ведет клиническую практику, специализируясь на эндодонтии и эндодонтической микрохирургии.

Читает лекции в США и за рубежом; автор научных публикаций.

Консервативный подход к лечению премоляра с тремя тонкими корнями

Пациент

Мужчина
Зуб 14 (премоляр верхней челюсти)

Основная жалоба
Свищ

Анамнез
Отсутствует

Диагноз

Некроз пульпы, хронический апикальный периодонтит, связанный со свищом.



Рис. 1. Предоперационная рентгенограмма демонстрирует обширное периапикальное поражение

«TruNatomy® позволяет применить максимально консервативный подход, который необходим в случае тонких корней»

План лечения

Лечение корневых каналов с немедленной адгезивной реставрацией зуба и последующей окончательной реставрацией коронкой у лечащего стоматолога.

На КЛКТ визуализируется премоляр с тремя очень тонкими корнями с обширной резорбцией костной ткани в проекции его корней с перфорацией щечной стенки. После создания доступа под операционным микроскопом система TruNatomy® была выбрана для препарирования деликатной анатомии этого зуба до инструмента TruNatomy® Medium. Иригация 17% раствором EDTA и 3% раствором гипохлорита натрия сопровождалась лазерной активацией в соответствии с протоколом. Каналы были временно obturированы гидроксидом кальция, полость зуба была закрыта временной реставрацией. Во время второго приема при осмотре отмечалось отсутствие свища, который полностью закрылся. После повторной лазерной дезинфекции зуб был obturирован по методу вертикальной компакции горячей гуттаперчи и немедленно восстановлен с помощью прямой адгезивной реставрации.

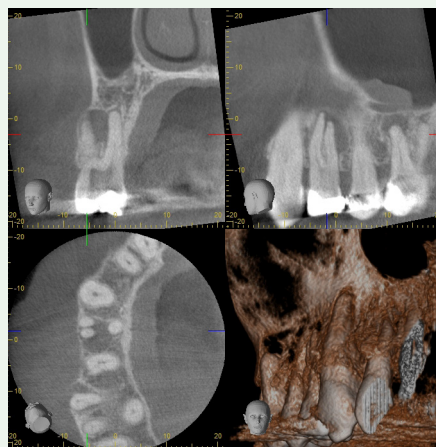


Рис. 2. На КЛКТ видна интересная анатомия премоляра с тремя очень тонкими корнями

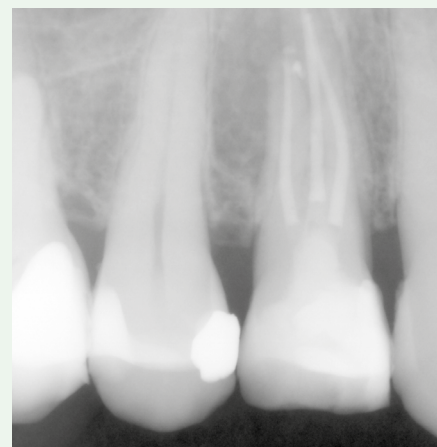


Рис. 3. Устья каналов в полости зуба



Рис. 4. Контрольная рентгенограмма показывает, что консервативное препарирование идеально подходит для тонких корней



Д-р Рехенберг

Доктор Рехенберг окончил Геттингенский университет (Германия) по специальности «стоматология» в 2005 г. После выпуска он продолжил работать в этом же университете, а также в Цюрихском университете, где получил степень кандидата наук по стоматологии.

В 2012 г. он окончил аспирантуру по эндодонтии в Цюрихском университете и стал сертифицированным членом правления Швейцарского общества эндодонтии (SSE).

Д-р Рехенберг получил звание доцента в Цюрихском университете в 2017 г., где в настоящее время он работает старшим преподавателем и выступает руководителем программы по эндодонтии для аспирантов.

Доктор Рехенберг преподает на курсах повышения квалификации по эндодонтии, в качестве приглашенного лектора читает лекции в области эндодонтии в Германии и за рубежом.

Кроме того, он ведет клиническую практику в Цюрихе, специализируясь на лечении корневых каналов и микрохирургической эндодонтии (www.endodontie.ch).

Лечение острого апикального периодонтита моляра верхней челюсти с некротизированной пульпой: описание клинического случая облитерации корневого канала

Пациент

Пациент 71 года

Зуб: направлен врачом общей практики для эндодонтического лечения зуба 16

Стоматологический анамнез

Зуб был восстановлен более 20 лет назад. Внезапное появление отека, самопроизвольной боли и боли при накусывании.

Диагностика

Локализованный отек десневого контура и мягких тканей щеки в проекции верхушки мезиобуккального корня зуба 16. Зуб не отвечал тестам на чувствительность. Рентгенологическое исследование показало наличие облитерации и апикального периодонтита (рис. 1).

Диагноз

Некроз пульпы при остром апикальном периодонтите в области зуба 16.

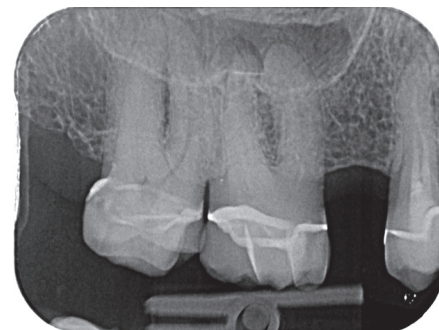


Рис. 1. На предоперационной рентгенограмме видны признаки апикального периодонтита и облитерации корневых каналов зуба 16

«Если я могу добиться успешных клинических результатов с помощью инструментов, позволяющих выполнять консервативное препарирование корневых каналов, я не вижу смысла использовать инструменты с большей конусностью»

План лечения

Определение локализации устьев корневых каналов и консервативное препарирование цервикального дентина: небный, дистально-щечный, MB1 — TruNatomy® Medium (36.03); MB2, до соединения с MB1 — TruNatomy® Prime (26.04). Ирригация 3% раствором гипохлорита натрия (рис. 2), пассивная ультразвуковая активация, очистка 17% раствором EDTA, временное пломбирование корневых каналов. После проведенного лечения симптоматика исчезла. Через две недели была проведена obturation корневых каналов методом вертикальной компакции горячей гуттаперчи, а также установлена временная ортопедическая конструкция (рис. 3, 4). Пациент был отправлен обратно к лечащему стоматологу для установки постоянной реставрации.



Рис. 2. Контролируемая ирригация каналов с помощью ирригационной иглы TruNatomy® гарантирует обработку канала по всей длине

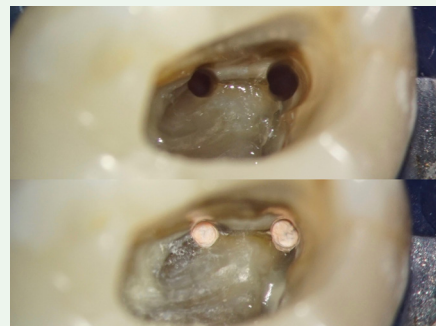


Рис. 3. Система каналов мезиально-щечного корня после очистки, консервативного препарирования и obturation



Рис. 4. На контрольной рентгенограмме отмечается достаточная obturation каналов и временная ортопедическая конструкция



Д-р Руис

Д-р Ксавьер-Фруктуос Руис окончил стоматологический факультет Международного университета Каталонии (UIC) в Барселоне (Испания). Получил степень магистра в области эндодонтии и степень магистра в области стоматологических исследований в том же университете. В 2018 г. был приглашенным аспирантом-исследователем в АСТА (Амстердам, Нидерланды).

В 2017 г. доктор Руис получил награду за лучшую презентацию клинического случая на проходящем раз в два г. конгрессе Европейского общества эндодонтов в Брюсселе (Бельгия). В 2018 г. стал победителем в номинации «Лучшая научная статья, опубликованная в 2017 г.» на XXII национальном и IX международном конгрессах SEOC в Севилье (Испания). В 2020 г. получил премию журнала «Эндодонтия» за лучший опубликованный в 2019 г. систематический обзор.

Доктор Руис — доцент UIC и соавтор научных публикаций по эндодонтии в национальных и международных журналах с высоким импакт-фактором. Активный член Испанского общества эндодонтии (AEDE) и член-специалист Европейского общества эндодонтологии (ESE). Кроме того, он читает лекции на национальных и международных конгрессах. С 2020 г. — серебряный сертифицированный член Style Italiano Endodontics.

Сложный клинический случай: первый премоляр верхней челюсти с двойным изгибом

Пациент

Возраст: 35 лет
Зуб: первый премоляр

Основная жалоба:

Боль при приеме холодных напитков

Анамнез

Отсутствует

Диагноз

Разрушение зуба, вызвавшее симптоматический необратимый пульпит при нормальном состоянии периапикальных тканей.



Предоперационная рентгенограмма

«Система TruNatomy® позволяет применять консервативный подход к лечению сложных случаев, сводя к минимуму риск поломки инструмента»

План лечения

Эндодонтическое лечение с последующей прямой композитной реставрацией.

После удаления кариеса был создан доступ к полости и выполнена ее модификация с помощью ультразвуковой насадки (StartX №3). Предварительное расширение коронковой трети канала проводилось с применением TruNatomy® Orifice Modifier. После этого с помощью ручного К-файла №10 была достигнута проходимость и определена рабочая длина обоих каналов (щечного и небного).

Для создания «ковровой дорожки» был использован TruNatomy® Glider, для финальной обработки — файл TruNatomy® Prime (26.04). Для ирригации использовался 4,25% раствор NaOCl, активированный эндоактиватором (Endoactivator™). Наконец, для obturации обоих каналов был выбран метод непрерывной волны, после чего была выполнена прямая композитная реставрация с использованием SDR™ и Ceram.X Universal™.



Рентгенограмма после лечения

ООО «Дентсплай Сирона»

115035, Россия, г. Москва, Овчинниковская наб.,
д. 18/1, стр. 2, помещение 3Н

Телефон +7 (495) 725-10-87

