



lek. dent. Grzegorz Ziętek
Kraków, ul. Króleswka 9/3,
e-mail: g.zietek@plusnet.pl

Mój Egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

My International Fellowship Examination in Oral Implantology

Implantologią zainteresowałem się zaraz po studiach i była to dziedzina, którą do tej pory darzę szczególnym zainteresowaniem. Nic dziwnego, że z biegiem czasu stała się również moją zawodową pasją i w pewnym sensie osobistą kwintesencją stomatologii. Proces ten nie był jednak pozbawiony trudu i wysiłku, jaki należało włożyć w ustawiczny rozwój i samokształcenie, zarówno od strony teoretycznej jak i praktycznej. W tym miejscu z pomocą przyszło mi Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne, a dokładniej parę życzliwych osób, które zaproponowały i umożliwiły mi cykl szkoleń, a którym chciałbym w tym miejscu serdecznie podziękować. Szkolenia obejmowały Curriculum Implantologii wraz częścią międzynarodową oraz szereg kursów odbytych poza granicami kraju. Zakończeniem tego etapu kształcenia implantologicznego był Międzynarodowy Egzamin Umiejętności Implantologicznej Fellowship, do którego przystąpiłem podczas VII Międzynarodowego Kongresu Implantologicznego PSI.

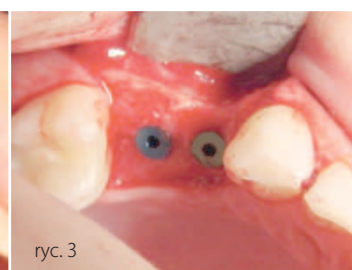
W skład Międzynarodowej Komisji Egzaminacyjnej wchodził: prof. (NYU) dr Ady Palti (ICOI/DGOI), prof. Gilberto Sammartino (ICOI), prof. dr hab. Maciej Romanowicz (PSI), prof. dr hab. Ryszard Koczorowski, dr n. med. Mariusz Duda (PSI), dr n. med. Włodzimierz Majewski (NIL), lek. med. Dariusz Pituch (PSI) oraz lek. dent.

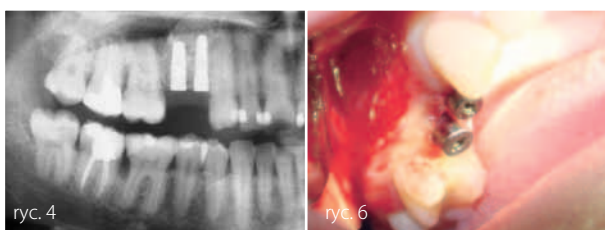


Jerzy Zbozeń (PSI).

Przed egzaminem wszyscy zdający musieli przedstawić dokumenty potwierdzające odpowiednią ilość odbytych szkoleń oraz dokumentację wymaganych przypadków implantologicznych. Po przejściu weryfikacji można było przystąpić do egzaminu. Szesnastu lekarzy podeszło do egzaminu Fellowship i wszyscy zdający byli zgromadzeni na sali egzaminacyjnej, co dodatkowo potęgowało stres. Pytania egzaminatorów były bardzo szczegółowe i przede wszystkim wymagały od nas obrony tezy obranego przez nas sposobu leczenia.

Wśród przypadków prezentowanych przeze mnie na egzaminie był przypadek 26 – letniej pacjentki, która trafiła do mojej praktyki z usuniętymi (dwa lata wcześniej) zębami 14 i 15. Z wywiadu zebranego od pacjentki wynikało, że zęby zostały usunięte z powodów jatrogennych – niewłaściwego leczenia endodontycznego. Ekstrakcja zębów dokonana przez chirurga stomatologa wykonana była zewnątrzzębodołowo, co spowodowało duży ubytek kości wyrostka zębodołowego, zarówno w wymiarze poziomym jak

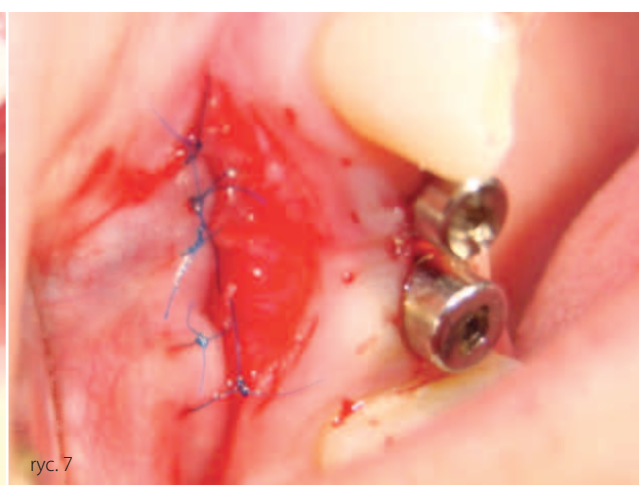




i pionowym. Zanik poziomy pomimo znacznego stopnia umożliwiał implantację, natomiast zanik pionowy wymagał wykonania podniesienia dna zatoki szczękowej. Zabieg sinus liftu wykonałem metodą intraliftu. Zaletą tej metody jest to, iż zarówno odpreparowanie membrany jak i aplikacja materiału kośćozastępczego może odbywać się przez łoża implantów, a więc jest to zabieg relatywnie mało traumatyczny. Stan przed leczeniem przedstawia ryc. 1. Przed zabiegiem wykonałem



po zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej i wszczępieniu implantów. Po siedmiu miesiącach od zabiegu chirurgicznego pacjentka zgłosiła się na dalsze leczenie implantoprotetyczne. Stan przed założeniem śrub gojących oraz ilość dziąsła ruchomego i nieruchomego pokazuje rycina nr 5. Ponieważ granica między dziąsłem ruchomym i nieruchomym przebiegała prawie na szczycie wyrostka zębodołowego, a co za tym idzie, spowodowałoby to upośledzenie estetyki biało- czerwonej oraz skróciłoby „czas żywotności” pracy, zdecydowałem się na wykonanie prostego zabiegu. Mianowicie podczas zabiegu wkręcania śrub gojących wykonałem łukowate cięcie na granicy dziąsła ruchomego i nieruchomego. Następnie częściowo odwarstwiłem płat pozostawiając nie odwarstwiają okostną i przesunąłem płat niżej, przyszywając go do okostnej. Powstałe miejsce po odwarstwieniu pozostawiłem do wyziarninowania. Przebieg zabiegu pokazują



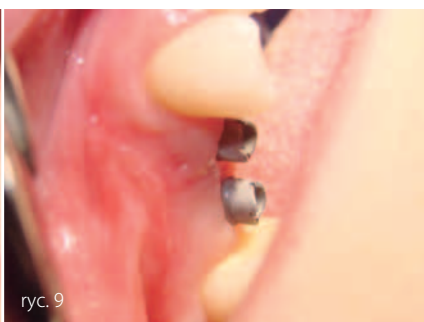
sanację jamy ustnej pacjentki, która obejmowała między innymi ekstrakcję zęba 36. Ilość (zanik) kości wyrostka zębodołowego po odwarstwieniu błony śluzowej widać na rycinie nr 2. Przed odwarstwieniem płata i po dokładnym wymierzeniu miejsc gdzie będą wszczępiene implanty, zaznaczyłem przez błonę śluzową wiertłem punktującym miejsca przyszłych implantacji. Dzięki temu po odwarstwieniu śluzówki na powierzchni kości zostały uwidocznione punktowe ślady. Następnie w tych miejscach wykonałem łoża implantów, przez które przy użyciu ultradźwięków odpreparowałem membranę Schneidera i zdeponowałem materiał kośćozastępczy.

Po wykonaniu zabiegu sinus liftu wszczępiłem dwa implanty systemu Bego Semados typu S o średnicach 3,75 i długościach 11,5 w lokalizacji 14 i 15. Stan po wszczępieniu implantów przedstawia rycina nr 3. Zdjęcie rentgenowskie nr 4 przedstawia stan

ryciny 5 i 6. Po tygodniu usunąłem szwy i pobrałem wyciski na pracę protetyczną. Ilość uzyskanego tą metodą dziąsła nieruchomego przedstawiają ryciny 7 i 8.

Na prostych tytanowych łącznikach wykonałem zablokowane korony lane licowaną porcelaną, które osadziłem na cementie implantologicznym. Stan zaraz po osadzeniu koron oraz po około tygodniu przedstawiają ryciny 9 i 10. Zdjęcie rentgenowskie 11 przedstawia stan po zacementowaniu pracy protetycznej.

I first became attracted to implantology after I graduated and it has remained an area of particular interest of mine until today. It is not surprising, therefore, that over the course of time it has also evolved into a professional passion and in a certain sense I have come to regard it as the very quintessence of dentistry. However, this process has not been without its ups and downs and has required a great deal of effort, which in turn has demanded constant self-development and self-education, both in theory and practice. I have been supported in my endeavours by the Polish Implantology Association (PSI), and more precisely by a few kind and helpful people who suggested I take a series of training courses and also arranged for me to do so, and to whom I would like to express my sincere gratitude. The training I received covered the Implantology Curriculum to





ryc. 11



ryc. 12

gether with an international part and a number of courses I attended abroad. I completed this stage of my implantology training by sitting the International Fellowship Examination in Implantology Skills, which enrolled for during the VI PSI International Implantology Congress. The members of the international examination committee of PSI/DGOI/ICOI were as follows: Professor (NYU) Dr. Ady Palti (ICOI/DGOI), Professor Gilberto Sammartino (ICOI), Professor Dr. habil. Maciej Romanowicz (PSI), Professor Dr. habil. Ryszard Koczorowski, Dr. Mariusz Duda (PSI) DDS, PhD, Dr. Włodzimierz Majewski (NIL) DDS, PhD, Dr. Dariusz Pituch (PSI) MD, and Jerzy Zbożę (PSI) DDS. Prior to the exam, all the candidates had to present documentation confirming they had completed the appropriate number of training courses as well as documentation for the required implant case studies. After these had been verified the candidate was allowed to sit the exam. Sixteen doctors took the Fellowship exam, and all the candidates sat it together in the Examination Hall, which only added to the stress. The examiners asked very detailed questions and most importantly had us defend a thesis on a treatment method chosen by us. I presented a number of cases in the exam including that of a 26-year old female patient who came to my practice with extracted (two years earlier) teeth 14 and 15. My interview with the patient showed that the teeth had been removed for iatrogenic reasons – inappropriate endodontic treatment. The teeth removed by the dental surgeon involved an extra-alveolar extraction, which created a significant bone defect in the alveolar ridge both horizontally and vertically. The horizontal defect, despite its significant size, still made the implant procedure possible, while the vertical defect required the elevation of the sinus floor. The sinus lift was performed using the Intralift method. The advantage of this method is the fact that both the separation of the membrane and the application of the bone substitute can take place via the osteotomy and thus is a procedure involving relatively little trauma. The pre-operative state is presented in a pantomographic X-ray (Fig.1). Prior to the surgical procedure I performed preliminary rehabilitation of the patient's oral cavity, which involved among other things extracting tooth no. 36. The amount (loss) of the alveolar ridge bone after detaching the mucosa can be seen in figure 2. Prior to elevating the flap and after precisely measuring the sites where the implants should be placed I began stippling the future implant sites through the mucosa with a point drill. Thanks to this approach, after the mucosa had been elevated stippled traces were visible on the surface. I then made osteotomies for the implants in these places, through which using ultrasound I separated the Schneiderian membrane and deposited the bone substitute. After performing the sinus lift procedure I placed two implants from the Bego Semados type S system 3,75 x L 11,5 with the diameters and lengths corresponding to locations 14 and 15. The state after placing the implants is presented in figure no 3. X-ray no 4 shows the situation

after the procedure of sinus floor elevation and implant placement. Seven months after the surgery the patient reported for further implant treatment. The state prior to affixing of healing screws and the amount of not-attached and attached gingiva is shown in figure 5. Since the border between the not-attached and attached gingiva ran almost at the crest of the alveolar ridge, and as a consequence of this would impair the red-white aesthetics and shorten the "lifetime" of the work, I decided to carry out a simple surgical procedure. Namely, when fixing the healing screws I made a scalloping incision at the border between the attached and not-attached gingiva. I then partially elevated the flap leaving the periosteum on the bone, shifted the flap apically and sutured it to the periosteum. I left the site for granulation. The course of the procedure is shown in figures 5 and 6. After a week I removed the sutures and took an impression for the prosthetic restoration. The amount of attached gingiva obtained via this method is presented in figures 7 and 8. I then placed splinted PFM crowns on straight titanium abutments using implant cement. The state both after placing the crowns and a week later are presented in figures 9 and 10. X-ray 11 shows the state after the cementation of the prosthetic restoration.

