PSI
Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne

ICOI EUROPE
INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGISTS

ICOI

www.psi-icoi.pl

MÓJ EGZAMIN FELLOWSHIP I DIPLOMATE

lek. dent. Piotr Borowski

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

My Fellowship examination

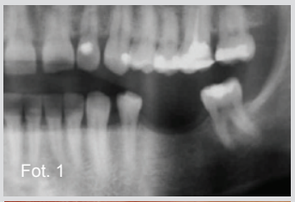
W dniach 14-17 maja 2009 r. w Wiśle odbył się 6. Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI. Podczas obrad Kongresu istniała możliwość zdawania egzaminu Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Fellowship i Diplomate. Do egzaminów przed Komisją PSI/ICOI/DGOI w międzynarodowym składzie, przystąpiło ponad dwudziestu polskich lekarzy dentystów. Przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej był prof. dr A. Palti, a w jej skład wchodzili: prof. dr hab. M. Romanowicz, prof. dr hab. T. Cieślik, dr n. med. M. Duda oraz dr K. Valavanis.

Warunkiem przystąpienia do egzaminu Fellowship jest posiadanie minimum dwuletniego doświadczenia w dziedzinie implantologii stomatologicznej oraz przedstawienie wykazu przynajmniej 50 wszczepionych implantów lub 20 przypadków, w których zastosowano leczenie kości szczęk metodami implantologicznymi. Podczas egzaminu, jego uczestnicy mieli za zadanie zaprezentować pięć kompletnych, szczegółowo udokumentowanych przypadków z własnej praktyki, a prezentacje zawierały zarówno zdjęcia wewnątrzustne, jak i radiogramy - poniżej znajdą Państwo zdjęcia jednego z prezentowanych przeze mnie przypadków.

Najważniejszym elementem egzaminu była rozmowa z Komisją Egzaminacyjną na temat prezentowanych rozwiązań. Ze zrozumiałych względów Przewodniczący był bardziej wymagający dla lekarzy zdających egzamin Diplomate. Choć pytania zadawane przez prof. A. Paltiego miały raczej charakter ogólny i traktował zdających z dużą życzliwością, to poziom ich trudności był wysoki, zwłaszcza, że na takie pytania zazwyczaj nie odpowiada się łatwo. Egzaminowani bronili jednak swoich koncepcji leczenia, a Komisja szczególną uwagę zwracała na przygotowanie endo-, perio- oraz kompleksowość leczenia protetycznego. Na tym etapie egzaminu, szczególnie pomocną dla absolwentów Curriculum Implantologii, okazywała się teoretyczna wiedza zdobyta podczas całego cyklu szkoleń. Na zakończenie, gratulując uczestnikom, Profesorowie podkreślili zarówno stale podnoszący się poziom wiedzy i umiejętności, jaki pokazują nasi lekarze w swoich prezentacjach i w trakcie egzaminów, jak również wciąż rosnącą rolę estetyki w oczekiwaniach pacjentów.

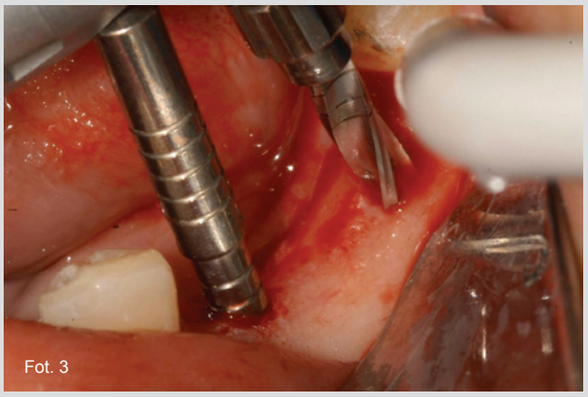
Równolegle z egzaminem Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych - Fellowship, lekarze z dłuższym stażem implantologicznym zdawali egzamin Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Diplomate. Ta część egzaminów była też okazją do bliższego zapoznania się z dorobkiem bardziej doświadczonych implantologów. Część Kolegów przedstawiła doskonałe prace, zarówno pod względem technicznym, jak i merytorycznym, czym zasłużyli sobie na uznanie Komisji Egzaminacyjnej i nas, zdających dopiero egzamin Fellowship. Szeroki był też wachlarz rozwiązań protetycznych. Omawiając swoje prezentacje, Koledzy przedstawiali problemy, jakie napotykali po drodze i jak sobie z nimi radzili, co było doskonałą lekcją praktyki dla mniej zaawansowanych.

Implantologia jest stale ewoluującą dziedziną, dlatego niezbędne jest ciągłe kształcenie, wspólna wymiana doświadczeń . Uzyskanie Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej - Fellowship lub Diplomate to kolejne szczeble na ścieżce



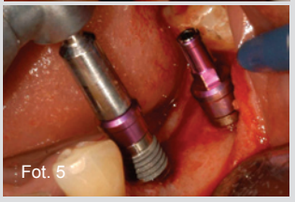
Fot. 1

Fot. 2



Fot. 3

Fot. 4

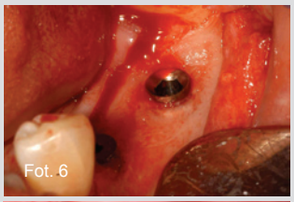


Fot. 5

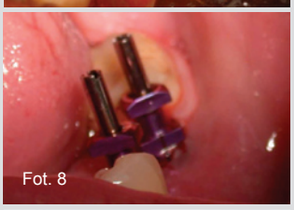
rozwoju zawodowego, które z jednej strony pomagają bardziej uwierzyć we własne umiejętności i zobowiązują do ciągłej pracy nad sztuką chirurgiczną, a z drugiej - dla pacjentów, co nie mniej ważne - są gwarancją poziomu i bezpieczeństwa.

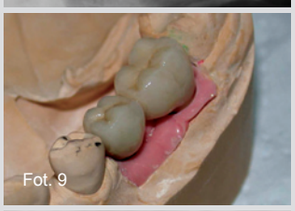
Opis przypadku

Pacjent O.J lat 31, utracił zęby 35 i 36 w wyniku zaniedbań kilka lat wcześniej (fot. 1). Po wykonaniu sanacji jamy ustnej przystąpiono do implantacji z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego (fot.2). Przygotowano łoża implantu z kontrolą równoległości (fot.3). Gwintowanie przeprowadzono z uwagi na rodzaj kości w okolicy implantacji (fot. 4), wprowadzono implanty (fot. 5) , które zamknięto śrubami zamykającymi (fot.6). Po zabiegu przeprowadzono kontrolę radiologiczną (fot.7). Nieco po ponad trzech miesiącach przystąpiono do odbudowy protetycznej - założono śruby gojące, po czym pobrano wycisk z transferami techniką łyżki otwartej (fot. 8). Gotową pracę skontrolowano na modelu, a następnie w ustach pacjenta (fot. 9 i 10). Po osadzeniu, gotową pracę skontrolowano radiologicznie (fot. 11).

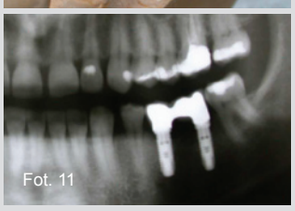

Fot. 6

Fot. 7


Fot. 8


Fot. 9

Fot. 10


Fot. 11

Uroczyste wręczenie certyfikatów potwierdzających umiejętności Fellowship.

Implantolodzy- którzy otrzymali certyfikaty Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych - Fellowship

Komisja Egzaminacyjna Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych

lek. dent. Paweł Dobosz

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate

W maju 2009 roku miałem przyjemność zdawać egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej na stopień lekarza implantologa (DICOI - Diplomate ICOI), a zarazem eksperta ds. implantologii stomatologicznej DGOI. Okazją do sprawdzenia umiejętności był Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI Cooperation Meeting, zorganizowany po raz szósty przez Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne w przepięknej i malowniczej Wiśle.

Komisji Egzaminacyjnej przewodniczył Profesor Ady Palti, Prezydent ICOI i DGOI, który na tą okazję przyleciał z Nowego Yorku. Ponadto w skład Komisji Egzaminacyjnej weszli - Prezydent PSI dr n. med. Mariusz Duda , dr Konstantinos Valavanis, (Wiceprezydent ICOI Grecja), prof. dr hab. T. Cieślik i prof. dr hab. M. Romanowicz.

Każdy z kandydatów na stopień Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych musiał wykazać się co najmniej kilkuletnim doświadczeniem implantologicznym, wprowadzeniem i obciążeniem przynajmniej 200 wszczepów oraz przygotowaniem prezentacji multimedialej zawierającej opis skończonych dziesięciu przypadków klinicznych z własnej praktyki.

I właśnie ten ostatni punkt był przedmiotem oceny i wspólnej, ożywionej dyskusji podczas kilkugodzinnego egzaminu. Dwa przypadki i najważniejsze etapy prezentacji przedstawiam Państwu w niniejszym doniesieniu.

Na co szczególnie zwracano uwagę ?

Komisja oczekiwała przedstawienia przez zdającego pełnego spektrum wykonywanych zabiegów oraz dokumentacji fotograficznej najważniejszych jej etapów. Musiały się więc w niej znaleźć implantacje w sferze estetycznej, implantacje i obciążenia natychmiastowe, zabiegi regeneracyjne takie jak sinus lifting, ewentualnie przeszczepy mniejszych lub większych bloków kostnych, czy też wreszcie rekonstrukcje pełnych łuków zębowych za pomocą uzupełnień ruchomych i stałych.

Jakie było moje zaskoczenie ?

Mając w pamięci akademicką, studencką formę „przepytywanki" spodziewałem się, że i ten egzamin będzie bierną oceną prezentacji poszczególnych przypadków. Stało się jednak inaczej! Komisja nie oczekiwała na techniczne fajerwerki kandydatów, opisy trudnych przypadków czy nowatorskie metody .

Skupiono się przede wszystkim na przestrzeganiu procedur implantologicznych „step by step" ze szczególnym uwzględnieniem planowania w oparciu o szablony chirurgiczne oraz całościowym podejściu do pacjenta. Egzamin był także okazją do wspólnego omówienia powikłań i próbą wyjaśnienia ich przyczyn na poziomie chirurgii czy odbudowy implantoprotetycznej. Profesor Ady Palti przypominał także o potrzebie kontroli naszych pacjentów po zakończeniu leczenia, ze względu na konieczność oceny higieny i korektę okluzji .

Gdzie można uzyskać informacje na temat weryfikacji umiejętności implantologicznych ?

Po pierwsze, proponuję wejść na strony Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego, które jest bezpośrednim organizatorem Curriculum Implantologii PSI oraz od sześciu lat prowadzi egzaminy międzynarodowych umiejętności implantologicznych. Możliwość bliższego zapoznania się ze szczegółami egzaminów daje także cykl szkoleń Curriculum, w którym miałem okazję uczestniczyć. W takcie tych szkoleń można uzyskać podstawową wiedzę niezbędną do rozpoczęcia samodzielnych implantacji, a także spotkać doświadczonych implantologów w ich prywatnych praktykach i na uniwersytetach medycznych. Spotkania Curriculum dają także możliwość koleżeńskiej wymiany wiedzy i doświadczeń, integracji środowiska i prywatnych kontaktów. W obecnej edycji uczestników podzielono na dwie grupy- początkującą i zaawansowaną.

Drogie Koleżanki i Koledzy - czym jest egzamin, co nam daje i czy warto podjąć trud jego zdania ?

Po pierwsze, jest formalnym dokumentem potwierdzającym międzynarodową umiejętność implantologiczną. Po drugie - pozwala zweryfikować naszą wiedzę teoretyczną i praktyczną oraz porównać efekty naszej pracy z wynikami innych kolegów. Przygotowanie prelekcji jest wreszcie okazją do cofnięcia się o parę lat i przeanalizowania wielu własnych przypadków, a co za tym idzie, niejednokrotnie, analizy własnych błędów. Obowiązek przedstawienia prezentacji multimedialnej zmusza nas także do prowadzenia profesjonalnej dokumentacji fotograficznej i jej oceny. Nic bowiem tak nie obnaża naszych niedoskonałości, jak zdjęcia fotograficzne, oglądane w dużym, kilkumetrowym powiększeniu. Z drugiej zaś strony, jest okazją do przypomnienia wielu miłych i sympatycznych chwil z codziennej praktyki, czy satysfakcji podczas oddawania gotowych prac, a także wdzięczności naszych pacjentów, czego Państwu i sobie życzę.

Uroczyste wręczenie certyfikatów potwierdzających umiejętności Diplomate

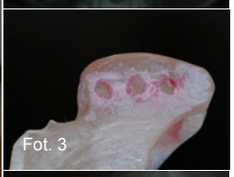
Opisy przypadków

1. Uzupełnienie jednostronnego braku skrzydłowego szczęki z otwartym sinus liftingiem i jednoczasową implantacją.

Przypadek pierwszy - to historia leczenia młodej pacjentki (Fot. 1), u której zaplanowano ekstrakcję rozchwianego zęba 15 i odroczenie implantacji z powodu aktywnej przetoki (Fot. 2).
Etap chirurgiczny (3x Xive 15, 13, 11.5 mm) poprzedziło wykonanie szablonu chirurgicznego (Fot. 3), a głębokość i kierunek nawiertu skon-

Fot. 1

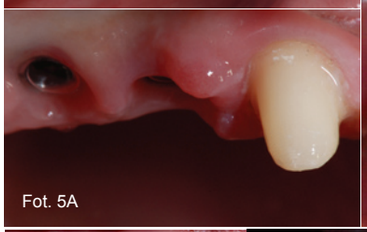
Fot. 2


Fot. 3

Fot. 4

trolowano śródzabiegowo (Fot. 4). Brodawkę przestrzeni 13/14 zrekonstruowano metodą Pallaciego (Fot. 5, Fot. 5A), po czym przykręcono łączniki (Fot. 6) i osadzono na nich zblokowane korony 16, 15, 14 na podbudowie cyrkonowej (Fot. 7). Widok gotowej rekonstrukcji od strony powierzchni zgryzowej (Fot. 8), kontrolne zdjęcie rtg, w rok po obciążeniu (Fot. 9) oraz ogólny widok po zakończeniu leczenia (Fot. 10).

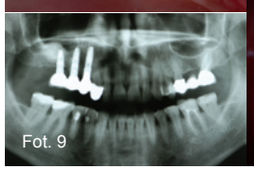
Fot. 5


Fot. 5A

Fot. 6

Fot. 7

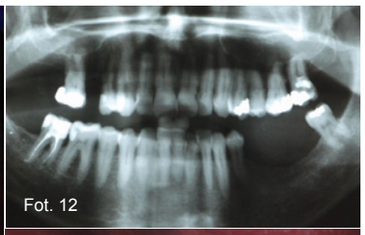
Fot. 8


Fot. 9

Fot. 10

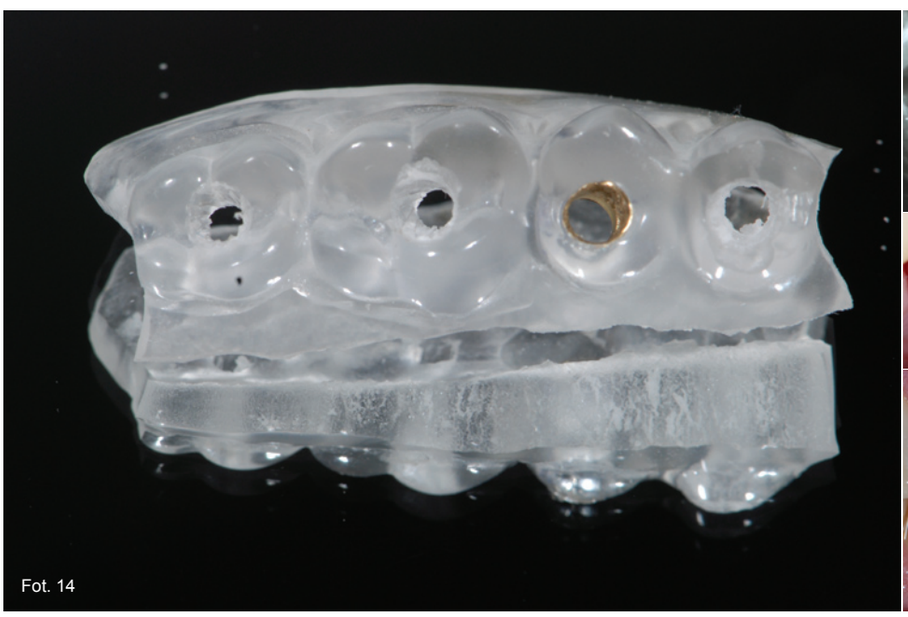
2. Uzupełnienie rozległego braku międzyzębowego żuchwy i międzyzębowgo szczęki z wewnętrznym sinus liftingiem.

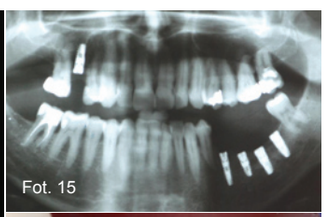
Fot. 11


Fot. 12

Fot. 13

Przypadek drugi przedstawia także młodego pacjenta (fot.11 i fot.12), u którego
ze względu na zbyt rozległy brak międzyzębowy (fot. 13) odstąpiono od wykonania mostu i postanowiono uzupełnić utracone zęby czterema implantami Xive. Szablon chirurgiczny (fot. 14) posłużył do precyzyjnego umieszczenia czterech wszczepów (fot. 15). Widok łączników, po wcześniejszym odsłonięciu implantów i vestibuloplastyce (fot. 16). Kolejne zdjęcia przedstawiają gotowe, zblokowane korony z boku (fot. 17),


Fot. 14


Fot. 15

Fot. 16

Fot. 17

a także od strony powierzchni okluzyjnej (fot. 18).
Protezowaniu żuchwy towarzyszyło uzupełnienie brakującego zęba 15 (fot. 19). Dzięki występowaniu szerokiej strefy dziąsła rogowaciejącego odsłonięcie implantu nie nastręczało żadnych problemów (fot. 20, 21) zatem efekt ostateczny uzyskano już po kilku dniach (fot. 22). Ostatnie zdjęcie wykonano w rok po zakończeniu leczenia (fot. 23).

Fot. 14

Fot. 19

Fot. 20

Fot. 22

Fot. 21

Fot. 23

lek. med., lek. dent. Aleksander Kleszcz
Gabinet stomatologiczny „Olodent",
41-209 Sosnowiec, ul. Swobodna 8/4

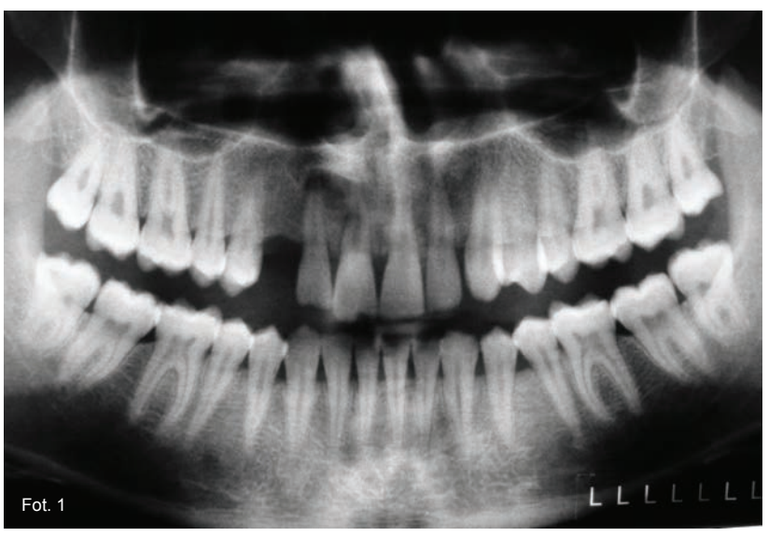
Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

My Fellowship examination

W dniach 14-17 maja 2009 r. w Wiśle odbył się 6. Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI. W ramach Kongresu istniała możliwość zdawania egzaminu Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Fellowship i Diplomate. Ponad dwudziestu lekarzy dentystów przystąpiło do egzaminów przed Komisją PSI/ICOI/DGOI. Przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej był prof. dr A. Palti, a w jej skład wchodzili: prof. dr hab. M. Romanowicz, prof. dr hab. T. Cieślik, dr n. med. M. Duda oraz dr K. Valavanis.

Swoją przygodę z implantologią zacząłem 4 lata temu na kursie dra Mariusza Dudy „Implantologia Autorska". Przekazana tam wiedza teoretyczna oraz niezliczona ilość obejrzanych na żywo zabiegów implantologicznych dała mi odwagę do rozpoczęcia implantowania - na początku pod okiem doświadczonych kolegów, a potem samodzielnie. Całe moje zaangażowanie szkoleniowe oraz inwestycje w gabinet skupiły się na implantach. Wiadomość o możliwości zdawania egzaminu przyjąłem z wielkim optymizmem. Mogłem wreszcie prawnie ukonstytuować swoją pasję. Taki dyplom implantologa wiszący w poczekalni na pewno działa na świadomość pacjentów! Rozpocząłem przygotowania do egzaminu. Na początku od razu uświadomiłem sobie, że nie zawsze prowadziłem dokumentację fotograficzną w sposób zadowalający. Rozpoczęło się dzwonienie do zaimplantowanych pacjentów, wizyty kontrolne, skierowania na zdjęcia, sesje fotograficzne prac implantoprotetycznych. Zgodnie z zaleceniami, wypełniłem aplikację wymagającą udokumentowania zaimplantowania 20 pacjentów i przygotowałem prezentację przedstawiającą pełną dokumentacją zdjęciową pięciu z nich. Ponadto zeskanowałem zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające udział w kursach implantologicznych oraz wypełniłem stosowną dokumentację.

W swojej prezentacji starałem się pokazać maksymalną różnorodność stosowanych metod leczenia. Wybrałem pojedynczą koronę na implancie, most na implantach, implantację natychmiastową i protezę overdenture. Mając w pamięci egzaminy zdawane w trakcie studiów, spodziewałem się teoretycznych pytań z podręcznika, jednak o teorię nikt nie pytał. Chodziło bardziej o obronienie swojego sposobu leczenia przed konstruktywną krytyką komisji. Sam egzamin nie był stresujący, choć egzaminatorzy byli dociekliwi. Zwracano uwagę na kompleksowość leczenia i wytknięto nam



Fot. 1

Fot. 2

Fot. 3

wszystkie błędy. Prof. Palti nie przeoczył żadnego naszego potknięcia. Mimo surowości jego oceny, wyczuwało się ogromną życzliwość i serdeczność. Każdy kiedyś zaczynał, ale nie każdy ma odwagę poddać się ocenie. Dziś wiem już więcej, niż tam w Wiśle. Zdobyłem doświadczenie podczas wielu przeprowadzonych zabiegów implantologiczych. Teraz zbieram materiały do egzaminu Diplomate, bo ciągle uważam, że weryfikację swoich umiejętności winien jestem moim pacjentom.

Poniżej przedstawiam przypadek mojego pacjenta - jeden z prezentowanych przeze mnie na egzaminie. U 24 - letniego pacjenta ząb 13 został usunięty chirurgicznie 2 lata wcześniej z powodu całkowitego zatrzymania. W pozycji 13 wprowadziłem implant Osteoplant Hex 4,0 12 mm długości. Na czas gojenia wykonałem most adhezyjny kompozytowy. Odsłonięcie implantu nastąpiło po 6 miesiącach. Dziąsło formowane było na koronie tymczasowej wykonanej w gabinecie na łączniku tymczasowym. Wyciski na łyżce zamkniętej pobrałem po 2 tygodniach od odsłonięcia. Korona ostateczna została wykonana we współpracy z labolatorium Ceramic Art-Dental z Katowic (Fot. 1 - 4).

Fot. 4

REKLAMA

Marek Adwent - Katedra i Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej,
Uniwersytet Medyczny
ul. Francuska 20/24,
40-027 Katowice
madwent@sum.edu.pl

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate

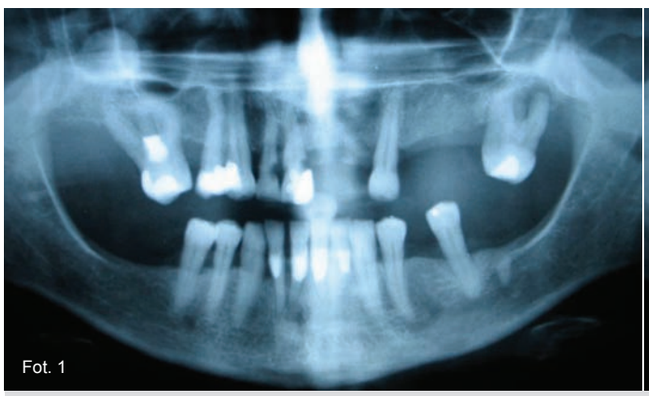
My Diplomate examination

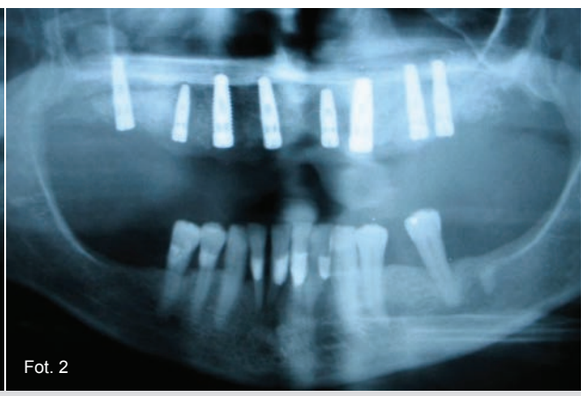
Leczenie z zastosowaniem implantów zębowych wydaje się być czynnością zupełnie nieskomplikowaną; trzeba tylko wywiercić otwór w kości i wkręcić, wsadzić lub wbić w niego tytanowy, ceramiczny, lub wykonany z innego materiału wszczep. Niestety, rzeczywiste leczenie implantoprotetyczne nie jest aż tak proste. Wymaga wiedzy i umiejętności na każdym etapie leczenia, począwszy od planowania po oddanie pracy pacjentowi, ponieważ nasze czynności podczas kolejnych procedur chirurgicznych i protetycznych mają wpływ na długotrwałe powodzenie leczenia. Do tego trzeba uwzględnić fakt, że definicje powodzenia zmieniają się i ewoluują, a estetyczne wyniki leczenia są w chwili obecnej tak samo ważne, jak funkcje czynnościowe. Poznając metody pracy licznych lekarzy z Europy i świata można śmiało przyznać, że nie ma złotego środka pozwalającego rozwiązać wszystkie przypadki. Są metody leczenia bardziej lub mniej przewidywalne, albo takie, które są zawsze kończą się powodzeniem, ale tylko dla znakomitych operatorów wyszkolonych w danej technice, podczas gdy w rękach mniej doświadczonych lekarzy po prostu nie działają. Ponieważ implantologia stomatologiczna się rozwija bardzo dynamicznie, ważne jest, aby być na bieżąco ze światowymi osiągnięciami w tej dziedzinie. Bardzo cenię sobie wiedzę zdobytą podczas spotkań organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Implatologiczne oraz doświadczenia wyniesione z kursu Curriculum Implantologii Uniwersytetu we Frankfurcie. Każda rozmowa z kolegą, który zajmuje się implantologią stomatologiczną i wymiana doświadczeń z codziennej praktyki, daje nam narzędzia do wypracowania własnego warsztatu i opanowania przewidywalnych technik, które z jak najlepszym skutkiem będziemy stosować u naszych pacjentów.

Jedym ze szczebli w podnoszeniu swoich kwalifikacji implantologicznych, było podejście do egzaminu Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Diplomate, który zdałem w ubiegłym roku w Wiśle. Poniżej przedstawiam jeden z moich przypadków prezentowanych podczas egzaminu DIPLOMATE DGOI.

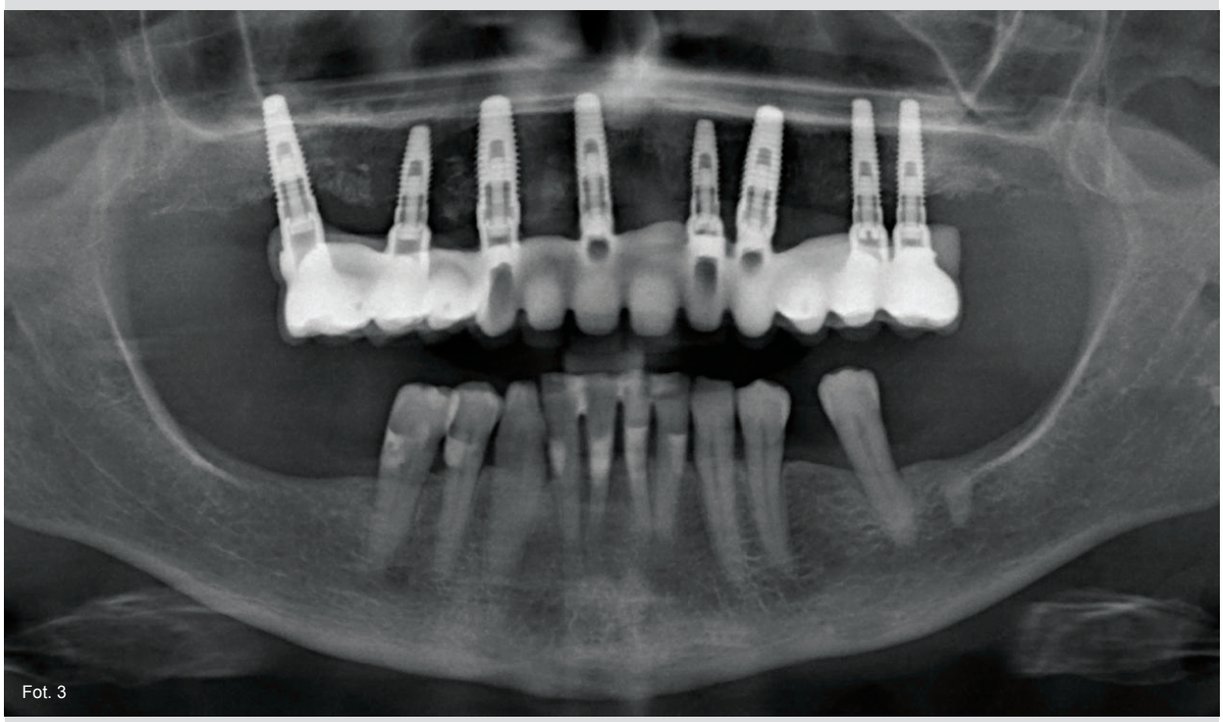
Pacjentka, lat 54 zgłosiła się do ganinetu celem rekonstrukcji uzębienia w szczęce. Ogólny stan zdrowia pacjentki nie budził zastrzeżeń. Badaniem stwierdzono liczne braki uzębienia w szczęce. Istniejące zęby wykazywały liczne patologie, takie jak próchnicę korzeni i uszkodzenie przyzębia uniemożliwiające ich dalsze utrzymanie. Pacjentka oczekiwała rekonstrukcji uzębienia z zastosowaniem stałego uzupełnienia protetycznego. Pozostawienie pojedynczych zębów i wykonanie ruchomego uzupełnienia opartego na koronach teleskopowych nie zostało przez pacjentke zaakceptowane, więc zecydowano o jednoczasowym usunięciu zębów z natychmiastową implantacją. Aby uzyskać pierwotną stabilizację szczepów w zębodołach poekstrakcyjnych, zdecydowano o zastosowaniu wszczepów o długości 10 i 13 mm oraz średnicy 3,5 do 5,0 mm. Implanty o średnicy 5,0 wprowadzono w zębodoły usuniętych zębów 13, 23. Aby zapobiec resorpcji przedsionkowej blaszki kostnej zębodołu po usunięciu zębów, przestrzeń powstałą pomiędzy ścianą kostną zębodołu a wszczepem, wypełniono biomateriałem kościozastępczym charakteryzującym się bardzo wolną resorpcją. Ponieważ zdecydowano o zastosowaniu dłuższym implantów, w odcinkach bocznych konieczne było obustronne podniesienie zatok szczękowych. Wybrano metodę otwartą z dostępu bocznego. Wszystkie wszczepy wprowadzono z siłą przekraczającą 35Ncm, uzyskując w ten sposób ich pierwotną stabilizację. Mimo to, nie zdecydowano się na natychmiastowe obciążenie wszczepów i wybrano gojenie zamknięte, które przebiegało bez powikłań. Na czas gojenia się wszczepów przygotowano ruchomą protezę tymczasową podścieloną miękkim akrylem, jednak pacjentka użytkowała jej sporadycznie. Po upływie 3 miesięcy, odsłonięto implanty i przystąpiono do odbudowy protetycznej. Wycisk pobrano metodą łyżki zamkniętej. Wybrano pracę prote-

tyczną opartą na tlenku cerkonu. Ze względu na rozległość uzupełnienia i konieczność ewentualnego serwisu, zdecydowano o wykonaniu uzupełnienia przykręcanego. Aby sprostać wymaganiom estetycznym i uzyskać harmonię między bielą i czerwienią bez konieczności wykonywania rozległych augmentacji tkanek miękkich, zastosowano czerwoną porcelanę imitującą dziąsło. Praca protetyczna pasowała znakomicie i udało się ją przymocować bez naprężeń. W chwili obecnej pacjentka użytkuje tę konstrukcję od 28 miesięcy.


Fot. 1


Fot. 2

Fot. 1 Rtg pantomograficzne. Widoczne liczne braki zębowe, poziomy zanik kości wyrostka zębodołowego szczęki. Wysokość kości w odcinkach bocznych nie przekracza 10 mm.
Fot. 2 Rtg pantomograficzne po upływie 3 miesięcy, przed wykonaniem pracy protetycznej.


Fot. 3

Fot. 3 Rtg kontrolne po upływie 1 roku od obciążenia.
Fot. 4 Przykręcane uzupełnienie pełnoceramiczne w ustach po 28 miesiącach użytkowania.

Fot. 4

lek. dent. Jarosław Matuszak
www.jaroslawmatuszak.pl

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

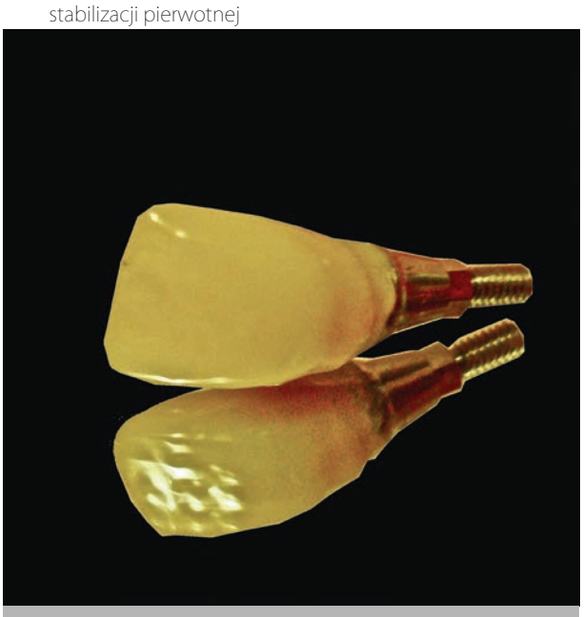
My Fellowship examination

Zamierzając przystąpić do Egzaminu Umiejętności Implantologicznej Fellowship PSI/DGOI/ICOI podczas Kongresu PSI 2009 w Wiśle nie spodziewałem się, że sam egzamin wzbudzi takie emocje i stres.
Wszak od mojego ostatniego poważnego egzaminu minęło kilkanaście lat, a wszystko, co przygotowałem, wydawało się spełniać wszelkie kryteria określone przez egzaminujących.
Okazuje się jednak, że implantoprotetyka nie jest wyjątkiem wśród innych dziedzin stomatologii, i zawsze można coś zrobić lepiej, sprawniej, szybciej etc.
Jak się ostatecznie okazało, sam egzamin był nie tylko formą sprawdzenia naszych wiadomości, ale także okazją do przekazania nam nowych.
Jednym z przypadków prezentowanych przeze mnie była implantacja natychmiastowa z odbudową natychmiastową niefunkcjonalną.
Pacjentka, lat 30, zgłosiła się z powodu nieprzerwanego od miesiąca bólu zęba 11 o różnym nasileniu. Na podstawie wywiadu, badania i zdjęcia RTG (RYC. 1) okazało się, że ząb po nieudanym leczeniu kanałowym został dwukrotnie poddany resekcji, po której następowała czasowa poprawa.

Z powodu proporcji długości korzenia do korony nieakceptowalnej dla zęba naturalnego, a także utrzymujących się zmian okołowierzchołkowych, podjęto decyzję o natychmiastowej implantacji z odbudową natychmiastową niefunkcjonalną [1], z zastrzeżeniem, że warunki kostne po ekstrakcji będą to umożliwiały. Implantacja taka pozwala ochronić kość wyrostka zębodołowego przed zanikiem [2,3], a jej wskaźnik sukcesu nie różni się od uzyskiwanej w sposób tradycyjny [4].

Po usunięciu zęba z użyciem periotomu dla zachowania blaszki przedsionkowej w nienaruszonym stanie, sprawdzono jej stan za pomocą zgłębnika periodontologicznego.
Po pozytywnej weryfikacji podjęto ostateczną decyzję o wykonaniu implantacji techniką bezpłatową. W przypadku implantacji natychmiastowej należy pamiętać o kilku zasadach:

- implant należy wprowadzić nieco dopodniebiennie w stosunku do ułożenia korzenia - pozwoli to na maksymalizację stabilizacji pierwotnej
- implant dłuższy niż korzeń zęba pozwoli na dalszy wzrost stabilizacji pierwotnej



RYC. 4

- pozycja implantu spowoduje zwykle, że pomiędzy wewnętrzną powierzchnią blaszki przedsionkowej a powierzchnią implantu pozostanie wolna przestrzeń - przyjmuje się, że przestrzeń do 2 mm nie wymaga dodatkowej augmentacji

Implantację wykonano z użyciem implantu Astra Tech OsseospeedTM 5,0/15 mm, który cechuje się szybką osteointegracją5, co za

tym idzie, skróceniu ulega czas narażenia implantu na mikroruchy, które mogą doprowadzić do jego utraty.

Po wprowadzeniu implantu wykonano odbudowę z materiału kompozytowego z użyciem łącznika Temporary DesignTM (RYC. 2), a następnie wykonano kontrolne RVG (RYC. 3).
Po okresie osteointegracji (8 tygodni) wykonano kolejną koronę tymczasową, tym razem w laboratorium (RYC. 4) z ukształtowaniem powierzchni stycznych w taki sposób, aby chronić brodawki międzyzębowe, a jednocześnie kształtować brzeg dziąsłowy od strony wargowej (na RYC. 5 widoczne niedokrwienie dziąsła od strony wargowej). Zarządzanie profilem wyłaniania i ochrona brodawki międzyzębowej w strefie estetycznej jest czynnikiem krytycznym sukcesu [6].

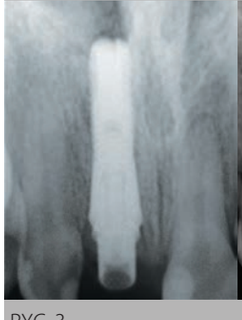
Po okresie kolejnych 4 tygodni wykonano odbudowę ostateczną na standardowym łączniku TiDesignTM (RYC. 6), wykonując cementowaną koronę ceramiczną na podbudowie metalowej (RYC. 7, 8).
W trakcie użytkowania uzupełnienia wizyty kontrolne odbywały się w następującym porządku:

1. po 3 miesiącach
2. po 6 miesiącach
3. po 12 miesiącach
4. po v18 miesiącach

W trakcie wizyt kontrolnych oceniano:

- głębokość kieszonek dziąsłowyvch
- krwawienie na zgłębnikowanie
- stan higieny

RYC. 5 RYC. 7



RYC. 3 RYC. 8 RYC. 10

RYC. 9

RYC. 2

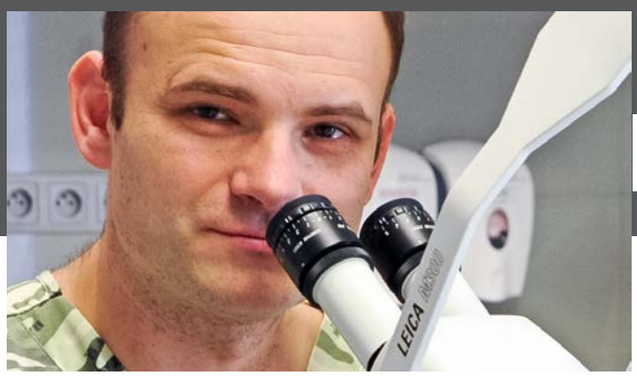
RYC. 6

- na podstawie RVG oceniano poziom kości brzeżnej

W okresie 18 miesięcy nie zaobserwowano jakichkolwiek odchyleń od normy.
Stan końcowy przedstawiają RYC. 9, 10.

Piśmiennictwo

[1] NORTON, M.: A short-term clinical evaluation of immediately restored maxillary TiOblast single-tooth implants - Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19: 274-281
[2] SANZ, M. et al: A prospective, randomized-controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla - Clin Oral Impl Res 2010; 21(1): 13-21
[3] VALENTINI, P. et al: Immediate provisionalization of single extraction-site implants on the esthetic zone: A clinical evaluation - Int J Periodont Rest Dent 2010; 30(1): 41-51
[4] GÖKÇEN-RÖHLIG, B. et al: Clinical and radiographic outcomes of implants immediately placed in fresh extraction sockets - Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod 2010; 109(4): 1-7
[5] ISA, Z.M. et al: Effects of fluoride-modified titanium surfaces on osteoblast proliferation and gene expression - Int J Oral Maxillofac Implants 2006; 21, 203-211
[6] ZLOPS, D. et al: Incidence of inter-proximal papilla between a tooth and a adjacent immediate implant placed into a fresh extraction socket: 1-year prospective study - Clin Oral Impl Res 2008; 19(11): 1135-40



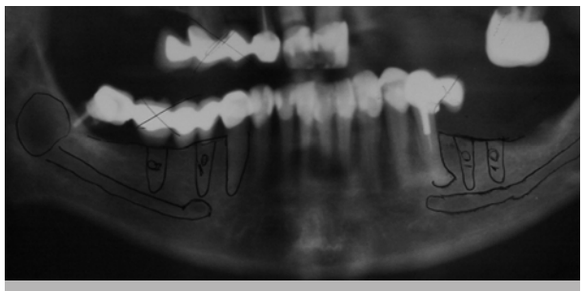
lek. dent. Paweł Kosmiński (Diplomate ICOI)
E-mail: Info@kodent.pl

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate

My Diplomate examination

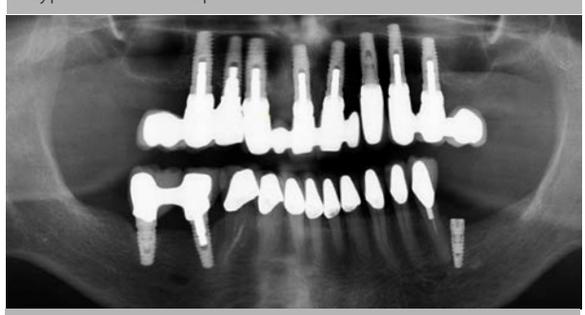
Studia na Pomorskiej Akademii Medycznej ukończyłem w 1999 roku. Implantologią zajmuję się już od kilku lat, pierwszy mój implant pochodzi z 2003 roku, a pomimo wszczepienia do chwili obecnej ponad 2500 implantów uważam, że ciągłe kształcenie w tym kierunku jest niezbędne i przynosi korzyści zarówno pacjentom jak i lekarzowi. W roku 2007 wziąłem udział w cyklu szkoleń Curriculum implantologii PSI i nie żałuję, pomimo, że jest to kurs dla osób zaczynających przygodę z implantologią.
Gdy uczestniczymy w konferencji po raz pierwszy, wszystko dla nas jest nowe, każdy wykład niesie olbrzymią dawkę informacji - z doświadczenia wiem, że nie do końca prawdziwych lub działających tylko w rękach wykładowcy. Po kilku latach są to pojedyncze zdania, które mogą odmienić pracę we własnej praktyce. Curriculum jest właśnie takim kursem, cyklem szkoleń w różnych ośrodkach, gdzie oprócz możliwości poznania fantastycznych ludzi pasjonujących się podobnymi tematami lub zaczynającymi przygodę z implantologią, można podpatrzeć osoby bardziej doświadczone w pracy oraz trzeba przyswoić teorię, na którą w codziennej praktyce nie ma czasu, a która jest podstawą współczesnej implantologii. Kolejnym etapem rozwoju jest międzynarodowy tytuł Fellowship i wyższy Diplomate, potwierdzające umiejętności teoretyczne i praktyczne zdobyte w trakcie pracy.

Tytuł Diplomate ICOI oraz nadawany przez Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne – expert do spraw implantologii jest najwyższym stopniem przyznawanym przez międzynarodowe organizacje naukowe. Aby go otrzymać należy udokumentować kilkuletnią pracę z implantami, potwierdzić wszczepienie przynajmniej 200 implantów oraz obronić przed Komisją Egzaminacyjną prezentację ze swoimi 10 przypadkami z zakończonym leczeniem oddającym cały przekrój implantologii dostępny w prywatnym gabinecie. Przypadki muszą potwierdzać, iż wszczepiając implanty dążyliśmy do wcześniej założonego planu, potwierdzającego, że implantologia to nie tylko wszczepianie implantów, ale głównie diagnostyka, planowanie, szablony, odpowiednia technika zabiegowa, postępowanie pozabiegowe, protetyka i prowadzenie pacjenta w kolejnych latach umożliwiające podtrzymanie efektów leczenia. W trakcie egzaminu komisja składająca się z wybitnych specjalistów zadawała pytania, dotyczące prezentowanych przypadków, czasami „czepiała się szczegółów" typu osad na zębach przeciwstawnych przy oddawaniu pracy protetycznej, czy palce asysty widoczne na zdjęciach, ale to też jest na swój sposób słuszne, bo są to szczegóły, których sami byśmy nie zauważyli, a które są bardzo ważne, które mogły by w „świecie" nas ośmieszyć , a w końcu mamy być „ członkami reprezentującymi" organizację implantologiczną polską i europejską.



Przypadek 1 - 2005 Kwiecień

Przypadek 1 - 2007 Lipiec



Przypadek 1 - 2009 Marzec

Na swój egzamin wybrałem 10 przykładów leczenia, które zakończyłem kilka lat wcześniej przedstawiających cały przekrój przypadków i technik zabiegowych, jakie stosuję w codziennej praktyce. Nie uważam się za wybitnego chirurga robiącego wszystko najlepiej, chociaż de facto jestem w stanie manualnie wykonać każdy zabieg i praktycznie każdy wykonałem, ale z biegiem czasu nie do końca widzę potrzebę stosowania ich na pacjentach z mojej praktyki. Gdy pacjent trafia na pierwszą konsultacyjną wizytę staram się wsłuchać w oczekiwania pacjenta, a następnie planuję leczenie tak, jakby dotyczyło ono mojej osoby.

Bardzo ładnie na egzaminie powiedział prof. Palti „za dużo cudów na raz nie może się zdażyć", dlatego też leczenie planuję w jak najprostszy sposób, oczywiście chcę aby kilka „cudów" zdarzyło się, ale nie przesadzam. Proste plany leczenia bez zbędnych zabiegów okołoimplantacyjnych dają większe szanse powodzenia, a tego oczekują od nas pacjenci.

Stosuję kilka systemów implantologicznych i rodzaj implantu dobieram do konkretnego przypadku – nie ma systemów, które będą najlepsze w każdej sytuacji. Uważam, że w planowaniu szczególną rolę pełni uzupełnienie tymczasowe, którego nieprawidłowe zaplanowanie bardzo często jest przyczyną porażki. Najwygodniejsze z punktu widzenia pacjenta jak i lekarza jest uzupełnienie stałe tymczasowe. Przypadki z mojej prezentacji to pacjenci z uzębieniem resztkowym, czynni zawodowo i nieakceptujący ruchomych uzupełnień protetycznych. Cel leczenia uzupełnień podstawowych stref podparcia stałymi uzupełnieniami protetycznymi opartymi na implantach – docelowo mosty licowane ceramiką. Uzupełnienie tymczasowe stałe cementowane lub przykręcane.

Przypadek 1

Pacjentka lat 57 zęby 14, 11, 21 i 26 w 2 stopniu rozchwiania, torbiel zębopochodna okolicy 48 oraz braki skrzydłowe w żuchwie. Oczekiwania pacjenta: uzupełnienie braków rozwiązaniami stałymi możliwie jak najmniejszymi(korony, krótkie mosty).

Plan leczenia:

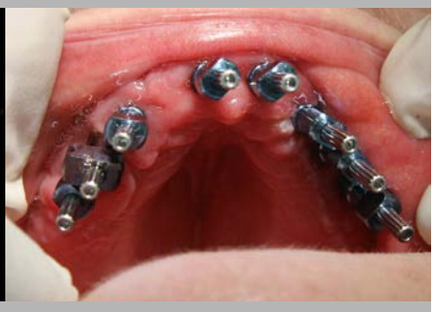
1. Wyłuszczenie torbieli i odcięcie mostu po stronie prawej w żuchwie.
2. Ekstrakcje w szczęce i natychmiastowa implantacja 8 implantów z natychmiastowym obciążeniem pięciu z nich przy zastosowaniu sytemu DIEM 3i na okres 6 miesięcy
3. Implantacja w żuchwie dwufazowa bez obciążenia natychmiastowego
4. Korony, mosty w szczęce pełnoceramiczne łączniki i korony w systemie Lava 3M

Leczenie rozpoczęto w 2005 roku. Łącznie wszczepiono pacjentce 11 implantów , zabiegi sinus-liftu otwartego nie były możliwe ze względu na zmiany w zatokach. Ostatni implant w okolicy 36 wszepiłem w lipcu 2007 roku. W międzyczasie lekarz prowadzą-

Przypadek 1 - 2007 Styczeń

Przypadek 1 - 2007 Styczeń

Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Czerwiec

Przypadek 1 - 2008 Październik

Przypadek 1 - 2008 Październik

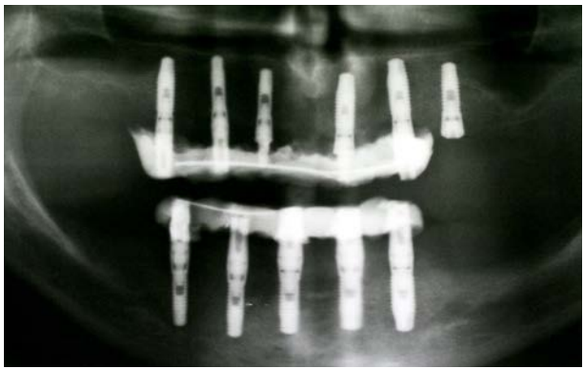
cy wykonał korony na zębach własnych pacjentki. Uzupełnienia stałe w szczęce wykonano w 2006 roku, natomiast w żuchwie po stronie prawej na początku 2007 roku.

Przypadek 2

Mężczyzna lat 55, zaniki wyrostka, brak akceptacji uzupełnień ruchomych (silny odruch wymiotny)

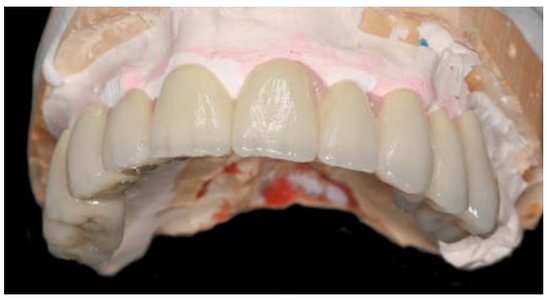
Plan leczenia:

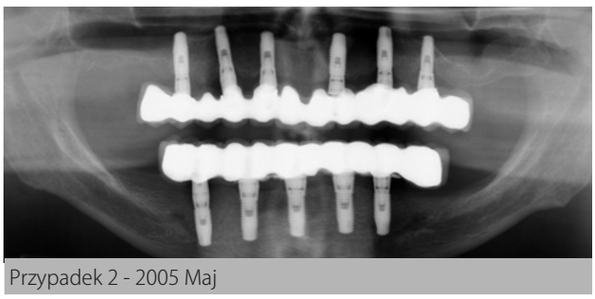
1. ekstrakcje w szczęce i żuchwie, natychmiastowa implantacja szczęka 6 implantów, żuchwa 5 z natychmiastowym obciążeniem mostem kompozytowym



2. Mosty okrężne licowane ceramiką i szyna twarda ochronna na noc.

Wszczepiając 6 implantów w szczęce w odcinku przednim pomijając okolice trzonowców tym samym zabiegi sinus liftów, można odtworzyć 12 zębów , w żuchwie ze względu na lepszą charakterystykę kości wystarczy czy 4-5 implantów. Podczas jednego zabiegu u pacjenta usunięto resztkowe uzębienie, wszczepiono łącznie 11 implantów o standardowej platformie, założono łączniki oraz wykonano kompozytowy most tymczasowy wzmocniony metalem. Okres gojenia ok. 6 miesięcy. Po tym czasie wykonano uzupełnienia stałe, licowane ceramiką.





Przypadek 2 - 2005 Maj

lek. dent. Maciej Marcinowski

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

lek. dent. Maciej Marcinowski
www.dentista.pl, Poznań,
e-mail: mm@dentista.pl

Z lek. dent. Maciejem Marcinowskim o jego egzaminie Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowshp rozmawia red. Monika Zmuda

Dzień dobry, jak to się wszystko zaczęło?

Moja przygoda z implantologią rozpoczęła się już w czasie studiów na Akademii Medycznej w Poznaniu, obecnie przemianowanej na Uniwersytet Medyczny. Prężnie działający ośrodek poznański, wprowadził w owym czasie system implantologiczny stworzony przez lekarzy Kliniki Chirurgii Stomatologicznej. W tym samym czasie brałem czynny udział w kongresach dotyczących

ryc. 1

implantologii w Polsce oraz Europie i USA. Umożliwiła mi to praca w firmie stomatologicznej, praca jako technik dentystyczny (jestem absolwentem 2,5-letniego Studium), a także działalność w kołach naukowych. Zawsze na pierwszym miejscu stawiałem praktyczne poznawanie aspektów pracy lekarza dentysty. I tak system implantologiczny, który całkiem przypadkowo poznałem na jednym w kongresów w USA, stał się wiodącym systemem, którym posługuję się do dziś.

Pamięta Pan swój pierwszy implant?

Hmm. Mogę powiedzieć, że pamiętam pierwsze dwa implanty (śmiech). Pierwszy to ten który do dziś trzymam na pamiątkę w szufladzie.

Jak to mamy rozumieć?

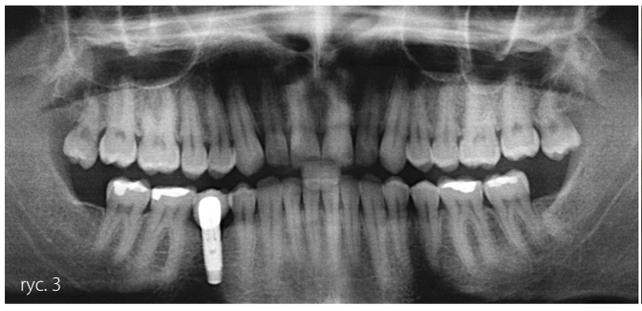
Poprosiłem o pomoc , jak mi się wydawało, bardziej doświadczonego kolegę, który wykonał, jak mi się wydawało, a być może

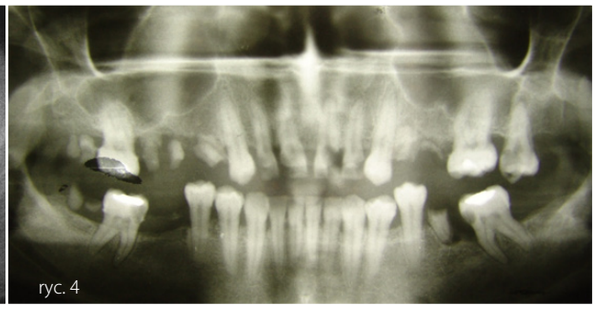
ryc. 2

ryc. 5

jemu także, najprostszy z możliwych zabieg ekstrakcji i jednoczasowej implantacji u mojego pacjenta. Dziś wiem, że ta procedura jest jedną z najtrudniejszych. Implant nie zintegrował się, a kilka miesięcy później, abyj ratować sytuację musiałem wykonać jedną z pierwszych procedur augmentacji po wyjęciu implantu.
Kolejne kilka miesięcy oczekiwania i stworzone warunki umożliwiły implantację. Implant ten po dziś dzień funkcjonuje. Należy dodać, że jest to siekacz centralny... Można zatem stwierdzić, że

pacjentce. Odbyło się to w Klinice Mariusza Dudy w Katowicach podczas, jak się później dowiedziałem, jednego z weekendów Curriculum PSI. Owym chirurgiem, który po dziś dzień jest moim Mentorem był dr Dariusz Pituch.
Bloki kostne z banku tkanek wraz z pobranym śródzabiegowo szpikiem stały się kilka miesięcy później bazą do implantacji oraz założenia natychmiastowego tymczasowego mostu. Kolejne kilka miesięcy i pacjentka wprost nie dawała wiary, że jej 40-letnia męka


ryc. 3


ryc. 4

mimo przegranej „ bitwy" – wojna o osteointegrację zakończyła się sukcesem. To już 6 lat obserwacji.

A co z drugim implantem?

Drugi implant to ten samodzielnie wszczepiony. Było to w niedługim okresie po niepowodzeniu implantacyjnym, o którym mówiłem. Trzonowiec dolny był tym pierwszym, a sam zabieg przeprowadziłem 2 miesiące po usunięciu zęba i były to rzeczywiście właściwe warunki oraz właściwy wybór w punktu widzenia selekcji pacjentów zgodnie z sentencją, która towarzyszy mi po dziś dzień: „Mierz siły na zamiary". Implant ten jest cały czas stabilny oraz funkcjonuje doskonale.

A jak powstał pomysł zdawania egzaminu Fellowship?

Całkiem przypadkowo, jak wiele rzeczy która dzieją się w naszym życiu. Trafiła do mnie pacjentka, która po 40 latach uzytkowania dolnej protezy rozpaczliwie szukała pomocy. Żuchwa przypominała lotnisko Ławica w Poznaniu, wiedziałem jednak, że muszę jej pomóc. Dzięki dobrym relacjom w firmą implantologiczną, otrzymałem kontakt do chirurga stomatologa z Lublina i już tydzień później asystowałem w zabiegu przeprowadzonym na mojej

z ruszającą się protezą to już historia.

Ale co z Fellowship?

A właśnie bo dygresja goni dygresję(śmiech) ... tuż po zabiegu w Katowicach zapisałem się na nową edycję Curicullum Impantologii PSI, a w 2011 roku podszedłem do egzaminu Fellowship,mając już ja koncie kilkadziesiąt udanych implantacji oraz zabiegów podniesienia zatoki oraz rozszczepień.

A umiejętności praktyczne?

Tak jak wspomniałem, miałem szczęście trafić na doskonałych praktyków, a i owemu koledze wiele zawdzięczam, gdyż nie ma nic lepszego jak uczyć się na czyichś błędach (śmiech). Tak więc miałem okazję przyglądać się pracy doskonałych operatorów: dr Hanny Marcinowskiej (mojej bratowej) dra Jarosława Pospiecha i dra Jacka Góreckiego. Najwięcej asyst jednak zaliczyłem, patrząc na kunszt dra Darka Pitucha, z którym współpracuję po dziś dzień, oferując moim pacjentom najbardziej zaawansowane zabiegi implantologiczne.

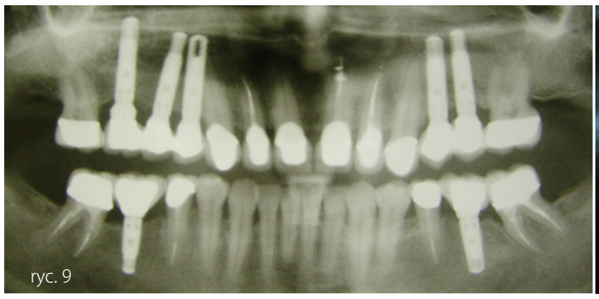
A jak sam egzamin?

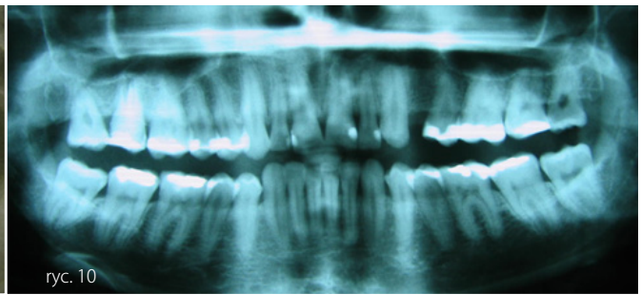
Po pierwsze trzeba przyznać, że Komisja Egzaminacyjna zapewni-

ryc. 8

ryc. 7

ryc. 6


ryc. 9


ryc. 10

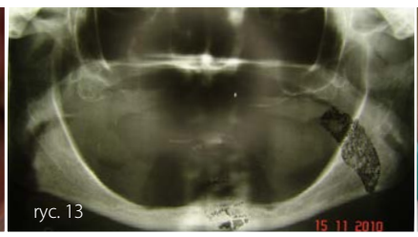
ła uczestnikom przyjazną atmosferę. Stres, oczywiście, nie opuszczał każdego ze zdających, ale można było liczyć na zrozumienie. Przygotowując się do egzaminu wziąłem udział w warsztatach, które odbyły się kilka miesięcy przed egzaminem. W ten sposób wiedziałem jak zgromadzić i opisać 20 przypadków ze swojej praktyki oraz w końcu jak z nich wybrać 5 do przedstawienia Komisji. Zasada, której nas nauczono była kluczem do sukcesu. Mianowicie należało przedstawić leczenie implantologiczne zakończone powodzeniem, które było wynikiem właściwego zaplanowania leczenia od A do Z.

wchodzących w skład Komisji Egzaminacyjnej. Estetyka biało - czerwona musi w tych przypadkach być perfekcyjna, a planowanie w przypadku dużych rekonstrukcji - nie budzące wątpliwości.

Co dalej? Jakie plany na przyszłość?

Minął rok od egzaminu. Właśnie przygotowuję materiały na przyszły rok, by podejść do egzaminu Diplomate. Moja praktyka implantologiczna po uzyskaniu Fellowship nabrała rozpędu. Ciągłe dokształcanie oraz praktyka sprawiły, że implantacje są już na porządku dziennym każdego miesiąca. Mogę pochwalić się grupą kilkuset pacjentów, którym mogłem w ten sposób służyć pomocą.

ryc. 11


ryc. 13

ryc. 14

Co oznacza właściwego ?

Chodziło o dobór przypadków adekwatm do poziomu Fellowship oraz oczywiście planowanie, planowanie, planowanie...

Co to oznacza konkretnie?

Do egzaminu powinno się przygotować proste przypadki. Takie, jak implantacje trzonowców w przypadku pojedynczych braków w żuchwie (Fot 1-3 oraz 9-13). Implanty w strefie estetycznej (Fot 4-8). Mosty w odcinku bocznym oraz protezy overdenture oparte na implantach.

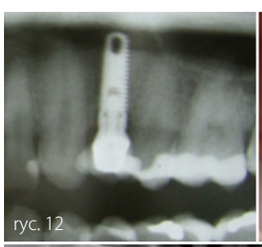
A co jeśli przedstawi się inne przypadki?

Wszystko jest oczywiście dozwolone. Trzeba być jednak gotowym na przyjęcie konstruktywnej krytyki i dyskusji ze strony mentorów

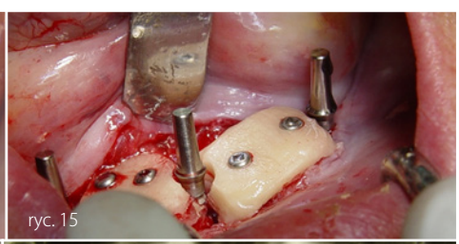
Dodatkowo, doskonała współpraca z innymi gabinetami sprawiła, że mogę przeprowadzać zabiegi oraz konsultować pacjentów nie tylko w mojej klinice, ale także w innych placówkach. Czasem trudno w to uwierzyć, ale zarówno w swojej praktyce położonej w 600-tysięcznym Poznaniu, jak również w Klinice zlokalizowanej w „osadzie", która ma 69 mieszkańców przeprowadzam kilka razy w miesiącu implantacje, augmentacje i kompleksowe rekonstrukcje.

Na tym kończę moją opowieść... Czas zabrać się do przygotowania do Diplomata... o którym mam nadzieję będę mógł już napisać za rok. Po Kongresie PSI, który w maju 2013 odbędzie się w Krakowie.

Ja dziękuję również i życzę powodzenia w Egzaminie na stopień Diplpmate.

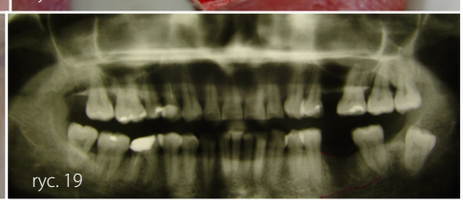

ryc. 12

ryc. 16


ryc. 15

ryc. 18

ryc. 17


ryc. 19

lek. dent. Jarosław Matuszak

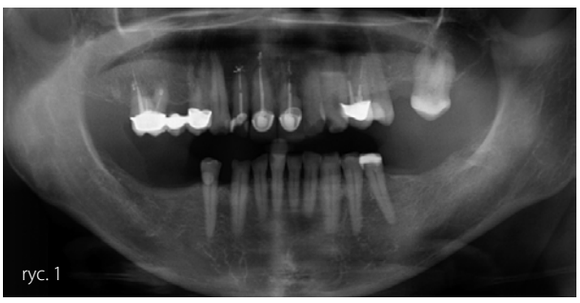
Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

lek. dent. Jarosław Matuszak
Stomatologia Mierzyn
ul. Welecka 38
72-006 Szczecin-Mierzyn
www.stomatologia-mierzyn.pl
www.jaroslawmatuszak.pl
tel. 48 (91) 851 17 17

W czerwcu 2011r. nastąpiło dla mnie kolejne wydarzenie związane z moim rozwojem jako implantologa. Po zebraniu dostatecznej ilości przypadków miałem przystąpić do egzaminu Diplomate ICOI. Nauczony doświadczeniem z egzaminu Fellowship, wiedziałem, że wymagania będą wysokie, a prof. Ady Palty, jak i cała komisja - wymagający.

Nie zmienia to faktu, że właśnie dzięki takim wydarzeniom, takim egzaminom można nieustannie podnosić swoje kompetencje, jak i często otrzymać cenne rady. Któż bowiem, patrząc na swoje prace sprzed kilku lat, powie, że nie zrobiłby czegoś inaczej?Niebagatelne znaczenie ma również możliwość najzwyklejszego na



ryc. 1

świecie porównania się z kolegami, podpatrzenia ich koncepcji, doświadczeń, czy też porażek, które też nas uczą.

Mając za sobą już pewne doświadczenia, spostrzeżenia, uczestnicząc w wykładach, kursach czy szkoleniach, z większą precyzją i przewidywalnością możemy przywracać naszym pacjentom zdrowy uśmiech.

Współcześnie na pierwszy plan wysuwa się dobre planowanie, bez niego bowiem nie ma mowy o sukcesie leczenia. Pozycja implantu powinna zapewniać warunki do optymalnej odbudowy. Istnieje wiele narzędzi, które pozwalają na dobre planowanie (Simplant®, Facilitate®), jednak w codziennej praktyce, z uwagi na koszty planowania, wykonania szablonu etc. pozostają narzędziem mało dostępnym. Przy ograniczonym budżecie można jednak dobrze zaplanować pracę i prawidłowo ją wykonać, co ilustruje poniższy przypadek.

Pacjentka, lat 67, trafiła do gabinetu z powodu problemów z zębem 16. Dodatkowo, nie akceptowała wykonanej wcześniej pro-

ryc. 2

ryc. 3

tezy szkieletowej dolnej.

Analizując potrzeby pacjentki oraz jej wiek i warunki (fot.1), zaplanowano następujące leczenie:

4 implanty w pozycjach 36,37,46,47ekstrakcja 16 i jednoczasowa implantacja w pozycjach 15,17 most 25-27.

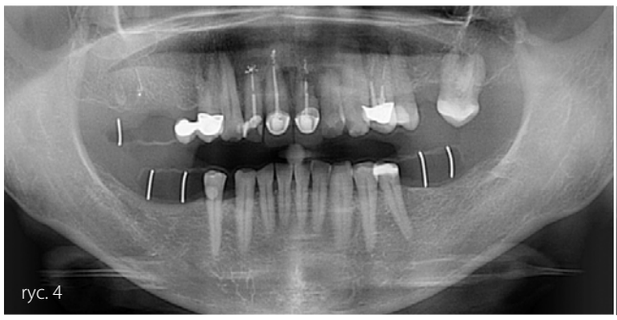
Przy planowaniu zastosowano zasadę minimum interwencji i maksymalnego uproszczenia części chirurgicznej, dlatego zrezygnowano z teoretycznie możliwych zabiegów GBR w okolicy 46,47 na rzecz łączników indywidualnych AtlantisTM (Astra Tech). Zdecydowano również o wykonaniu koron pojedynczych, aby odbudowa maksymalnie zbliżona była do uzębienia naturalnego, co z kolei ułatwia utrzymanie higieny.

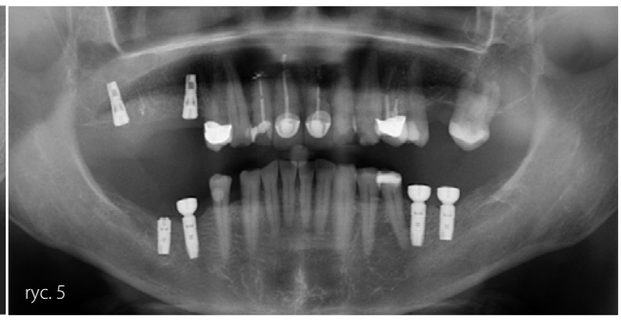
Planowanie pracy rozpoczęto od wykonania modeli roboczych, na których, po rejestracji zwarcia, wykonano woskowy model planowanej odbudowy w żuchwie (fot. 2).

Po uzyskaniu akceptacji pacjentki, wykonano szablon chirurgiczny metodą formowania wgłębnego (fot. 3). Zatapiając w nim np. drut ligaturowy można wykonać dodatkowo kontrolne OPG (fot. 4). Pozwala to na kontrolę planowanego położenia implantów, a jednocześnie, jak w tym wypadku, na zaplanowanie położenia szyjki zęba, którego brak odtwarzamy. Szyjka zębowa, która znajdować się będzie dokładnie 3 mm powyżej brzegu implantu. Do oznaczenia poziomu szyjki zęba można użyć jakiegokolwiek materiału dającego kontrast w RTG (np. kompozytu flow), a w przypadku wykonywania tomografii komputerowej wykonanie jej z szablonem pozwala dodatkowo na określenie położenia planowanej odbudowy względem blaszki wargowej/policzkowej. Taka tania i prosta w wykonaniu analiza minimalizuje ryzyko nieprawidłowego osadzenia implantu.

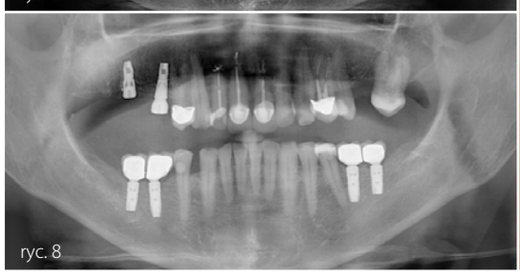
Przygotowanie zabiegu w ten sposób upraszcza jego przebieg, oraz oszczędza operatorowi zbędnego stresu.

Pierwotnie planowana procedura jednoetapowa musiała jednak - z uwagi na niewystarczającą stabilizację implantów w pozycjach 17, 15 oraz 47- zostać zmodyfikowana. W przypadku wymienio-


ryc. 4


ryc. 5

ryc. 6


ryc. 8

ryc. 7

ryc. 9

ryc. 10

ryc. 11

nych implantów zastosowano klasyczną procedurę dwuetapową. Dodatkowo, przy odsłanianiu implantów w szczęce utracono implant w pozycji 17, który zastąpiono implantem w pozycji 16. Fot. 5 przedstawia gojenie otwarte z zastosowaniem śrub gojących założonych w momencie zabiegu.

Z uwagi na zastosowanie implantów Osseospeed TX (Astra Tech) okres integracji wynosił jedynie 12 tygodni. W oczekiwaniu na integrację implantu wprowadzonego jako ostatni, zdecydowano o wykonaniu odbudowy w żuchwie, w której zaplanowano pracę z użyciem łączników indywidualnych AtlantisTM i koron pojedynczych. Łączniki te pozwalają na stworzenie profilu wyłaniania zbliżonego do naturalnego kształtu zęba, a nawet na korektę drobnych niedoskonałości położenia implantu. Dodatkowym atutem jest takie położenie stopnia łącznika, które znacząco ułatwia usuwanie nadmiarów cementu (fot.7-9).

Po uzyskaniu osteointegracji implantu w pozycji 16 wykonano planowaną odbudowę zębów w szczęce (fot. 10-11).

Pierwotnie poświęcony czas na planowanie leczenia zwraca się z nawiązką podczas jego leczenia i summa summarum pozwala na skrócenie czasu terapii.

Dodatkowo, planowanie z użyciem modeli roboczych oraz prostych szablonów nie podnosi całkowitych kosztów terapii.

Należy jednak pamiętać, że zawsze mogą wydarzyć się komplikacje (utrata implantu w pozycji 17), a wtedy należy mieć w zanadrzu plan awaryjny.

Uwzględnić warto także oczekiwania pacjenta, oraz jego wiek.

Takie podejście moim zdaniem jest w stanie zapewnić pacjentom nowy uśmiech, po który tak naprawdę do nas przychodzą, a nam satysfakcję z dobrze wykonanej pracy przy minimalizacji stresu.

The next stage in my development as an implantologist occurred in June 2011. After gathering a sufficient number of cases I was to sit the exam for the ICOI Diplomate. Learning from my experiences from the Fellowship exam, I knew that the requirements would be high and that both Professor Ady Palty, and the committee as a whole, would be very demanding. This does not change the fact that it is precisely through such events and exams that we are able to constantly improve our skills and often gain invaluable advice. After all, who when looking back on their work many years later would never say in hindsight that they would have done things differently? Also of great importance is the opportunity we have to make even the simplest comparisons with our colleagues, to gain an insight into their ideas and experiences, and even their failures, which we can also learn from. Armed with such experiences, observations as well as the knowledge we gain from lectures, courses and training sessions, we learn how to restore a healthy smile to our patients with greater precision and predictability. Nowadays, good planning is of paramount importance, because without it successful treatment is simply out of the question. The position of the implant should ensure the right conditions for an optimal restoration. There are many tools which facilitate good planning (Simplant®, Facilitate®), although in everyday practice, owing to the cost of the planning, making a template etc., they remain a far from accessible option. With a limited budget however, you can plan and execute your work effectively, as the following example illustrates:

A female patient, aged 67, came to our clinic because of the problems she was experiencing with tooth no. 16. In addition, she refused to wear the lower framework denture which had been made earlier for her.

OPG presents the initial state:

After analysing the needs of the patient, her age and conditions, the following course of treatment was planned:

4 implants in positions 36, 37, 46 and 47

extraction of tooth 16 and immediate implant placement in positions 15 and 17

bridge 25-27

During the planning stage, the aim was to ensure minimum intervention and maximum simplification of the surgical stage. Hence, the decision was taken not to perform theoretically possible GBR procedures in the region of teeth 46 and 47, and to use individual AtlantisTM abutments (Astra Tech) instead. We also decided to make individual crowns so that the restoration was as close as possible to the natural dentition, which in turn would make it easier to maintain hygiene.

The first stage in planning the work involved making study models on which, after registration of the occlusion, a wax-up was made of the planned restoration (planning in the mandible, see below).

After obtaining the patient's consent a surgical template was made using the vacuum forming method:

By inserting, for example, a ligature wire into the template, it is also possible to make additional control OPG, see below:

This makes it possible to monitor the planned position of the implants and simultaneously, as in this case, to plan the position of the cervix of the tooth which we are restoring, which will be located exactly 3 mm above the implant margin [1]. The level of the cervix can be determined using any kind of material which gives a contrast in an X-ray (e.g. flowable composite). In addition, a computed tomography together with a template allows us to determine the position of the planned restoration with respect to the labial/buccal lamella. Such a cheap and simple to fabricate tool minimises the risk of incorrect implant placement.

Such preparation for the procedure simplified the course of the operation and saved the operator unnecessary stress (OPG after operation).

First, however, the planned one-stage procedure had to be modified owing to insufficient stabilisation of the implants in positions 17, 15 and 47. A two-stage procedure was thus adopted for these implants. Furthermore, when the maxillary implants were exposed the implant in position 17 was lost, which was then replaced with an implant in position 16 (after the removal of the tooth, the post-extraction socket healed during osseointegration)

Thanks to using Osseospeed TX (Astra Tech) implants the integration period lasted just 12 weeks. In anticipation of the integration of the last placed implant it was decided to make a restoration in the mandible using individual AtlantisTM abutments and individual crowns. Such abutments helped create an emergence profile which approximates as closely as possible the natural shape of the teeth, and even correct minor imperfections in the position of the implant. An additional advantage is the position of the step in the abutment, which makes it much easier to remove excess cement (example below):

Once osseointegration of the implant in position 16 was achieved, the planned restoration of the mandibular teeth could go ahead.

In the first place, the time devoted to planning the treatment more than pays for itself during the actual treatment and in total the treatment time is shorter.

In addition, planning based on study models and simple templates means no additional costs incurred during the treatment stage.

However, we should bear in mind that complications always happen (the loss of the implant in position 17), and in such cases it is important to have an emergency plan B up our sleeves. It is also important to take into account the patient's expectations and age. Such an approach, in my opinion, can both ensure patients a new smile, which after all is what they come to us for, while at the same time giving us the satisfaction of a job well done with minimal stress.

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 wchodzili: 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.

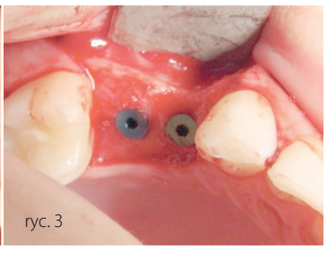
Jerzy Zbożeń (PSI).

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.

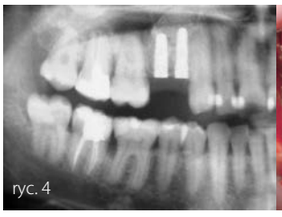
Wśród przypadków prezentowanych przeze mnie na egzaminie był przypadek 26 – letniej pacjentki, która trafiła do mojej praktyki z usuniętymi (dwa lata wcześniej) zębami 14 i 15. Z wywiadu zebranego od pacjentki wynikało, że zęby zostały usunięte z powodów jatrogennych – niewłaściwego leczenia endodontycznego.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

ryc. 1

ryc. 2



ryc. 3

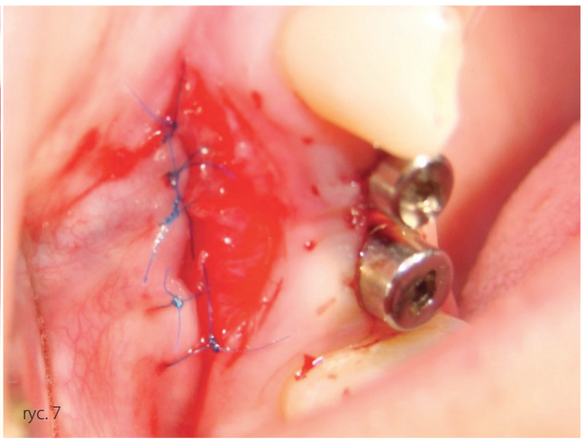

ryc. 4

ryc. 6

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 kościozastępczego może odbywać się przez łoża implantów, a więc jest to zabieg relatywnie mało traumatyczny. Stan przed leczeniem przedstawia rtg pantomograficzne (Ryc.1). Przed zabiegiem wykonałem sanacje 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 wszczepione 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 kościozastępczy.

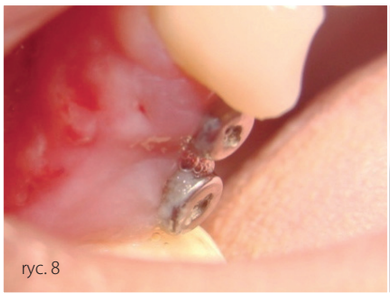
Po wykonaniu zabiegu sinus liftu wszczepiłem dwa implanty systemu Bego Semados typu S o średnicach 3,75 i długościach 11,5 w lokalizacji 14 i 15. Stan po wszczepieniu implantów przedstawia rycina nr 3. Zdjęcie rentgenowskie nr 4 przedstawia stan po zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej i wszczepieniu 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 odwarstwianą okostną i przesunąłem płat niżej, przyszywając go do okostnej. Powstałe miejsce po odwarstwieniu pozostawiłem do wyziarninowania. Przebieg zabiegu pokazują 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.

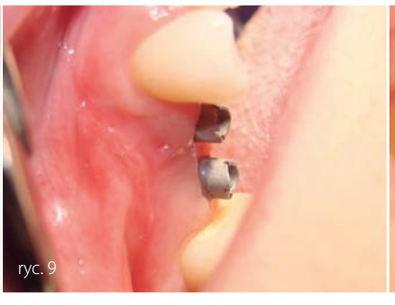
ryc. 5


ryc. 7

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

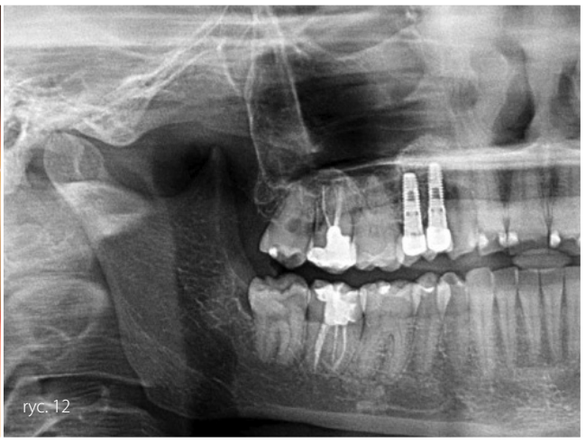
I first became attracted to implantology after I graduated and it has remained an area of particular interest of mine until today. It is not surprising, therefore, that over the course of time it has also evolved into a professional passion and in a certain sense I have come to regard it as the very 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. 8


ryc. 9

ryc. 10

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 Zbożeń (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.

dr n. med. Andrzej Szwarczyński
Specjalistyczne Centrum Stomatologiczno-Implantologiczne
ASKO-Dent w Poznaniu ul.Sieradzka 8 B
as-implanty.pl ; asko-dent.pl,
andrzejszwarczynski@wp.pl

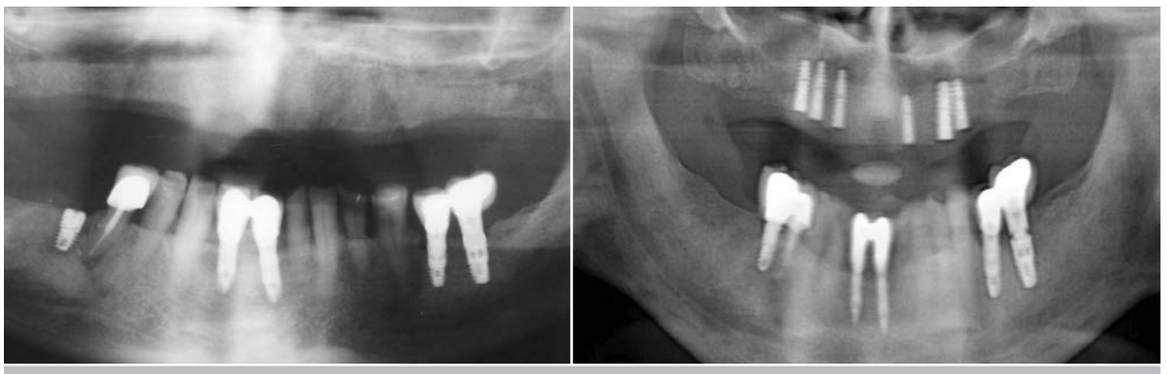
Mój Egzamin Międzynarodowej Umiejętnościl mplantologicznej Diplomate

My International Diplomate Examination in Oral Implantology

Z implantologią stomatologiczną mam styczność już od ponad dziesięciu lat. Początkowe implantacje odbywały się pod okiem starszych kolegów z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ISAM w Poznaniu, gdzie przez kilkanaście lat pracowałem. Po ukończeniu specjalizacji I st. z chirurgii stomatologicznej a następnie II st. z chirurgii szczękowej i obronie doktoratu zdecydowałem się podnieść swoje kwalifikacje z zakresu implantologii. Początkowo rozpocząłem naukę na Uniwersytecie im. J. W. Goethego we Frankfurcie nad Menem, zakończoną ukończeniem Curriculum Implantologicznego. Dalsze doświadczenie zacząłem zdobywać tamże na dwuletnich studiach podyplomowych Master in Oral Implantology. W tym samym czasie zainteresowałem się możliwością certyfikacji zawodowej poprzez zdanie egzaminów międzynarodowych Fellowship i Diplomate in Oral Implantology. Powyższe certyfikaty są sygnowane przez PSI (Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne), DGOI (Deutsche Gesellschaft fur Orale Implantologie) oraz ICOI (International Congress of Oral Implantologists) i gwarantują uzyskanie tytułów Ekspert d/s implantologii stomatologicznej PSI, Expert in Oral Implantology DGOI oraz Diplomate in Oral Implantology. Biorąc pod uwagę zakres działalności towarzystw, ilość ich członków oraz nazwiska znakomitych wykładowców zdecydowałem się spróbować swoich możliwości. Muszę stwierdzić, iż wymagania formalne co do ilości przeprowadzonych zabiegów jak i szczegółowość ich wypełnienia i udokumentowania były porównywalne z tymi stawianymi we Frankfurcie, co umocniło mnie w przekonaniu o słuszności podjętej decyzji. Jedynie wymagana dokumentacja fotograficzna była nieco okrojona na korzyść PSI/DGOI/ICOI, względem „frankfurckiej". Wystarczyło bowiem przedstawić kolejne etapy leczenia od planowania, poprzez sam zabieg, prowizorium do ostatecznego uzupełnienia pod kątem estetyki i potwierdzenia na rtg OPG prawidłowości wykonanej pracy (we Frankfurcie szczegółowość i ilość zdjęć do każdego etapu postępowania powoduje znaczne wydłużeniem czasu zabiegu i jego przedstawienia). Oczywiście nie neguję takiego postawienia sprawy, zasady znane są wszystkim od początku.

Do tegorocznego egzaminu Diplomate podczas Międzynarodowego Kongresu PSI/DGOI/ICOI w Wiśle przystąpiło 9 lekarzy, którzy spełnili wymogi przedegzaminacyjne. Członkowie komisji z prof. (NYU) dr Ady Paltim na czele bardzo wysoko ocenili przygotowanie tegorocznych zdających, stwierdzając, że widoczna jest postępująca i rosnąca z roku na rok jakość przedstawianych prezentacji i prac implantologicznych. Egzamin stanowił również arenę do podzielnia się ze zdającymi koleżankami i kolegami wy-

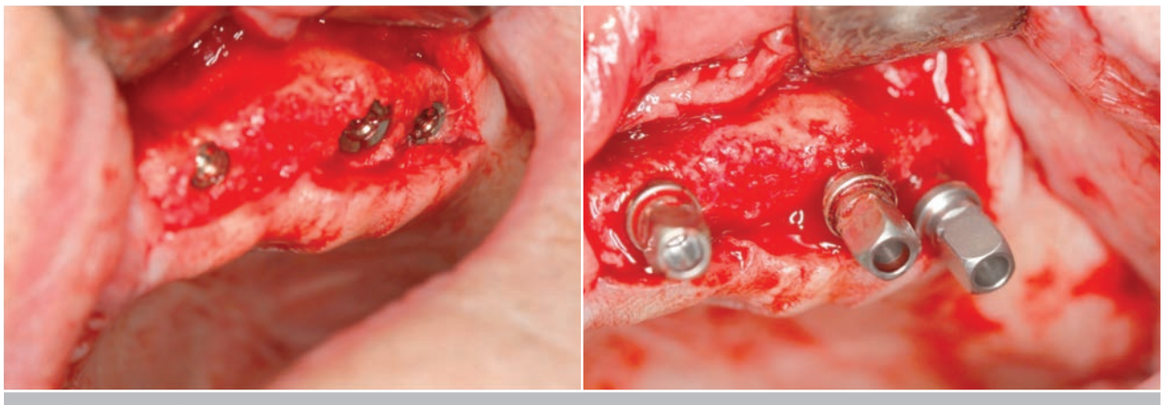
Zdjęcie wewnątrzustne przed leczeniem



Rtg OPG przed leczeniem i po implantacji w szczęce

nikami swojej pracy. Wysokiej komisji kandydaci na Eksperta d/s implantologii musieli przedstawić całą gamę zabiegów, począwszy od implantacji w strefie estetycznej, poprzez liftingi zatok na przeszczepach kości skończywszy. Pomimo przyjaznej atmosfery wprowadzonej przez egzaminatorów odczuwalny był lekki stres, jak to przy egzaminach bywa związany ze szczegółowością pytań

Jak to przy podsumowaniach bywa chciałbym podziękować za dzielenie się ze mną cennymi wskazówkami z zakresu implantologii mojemu starszemu koledze Dr hab.n.med. Krzysztofowi Osmoli, z którym mam przyjemność współpracować w naszym Centrum Stomatologiczno-Implantologicznym ASKO-Dent w Poznaniu przy ul. Sieradzkiej 8b, za możliwość czerpania wiedzy



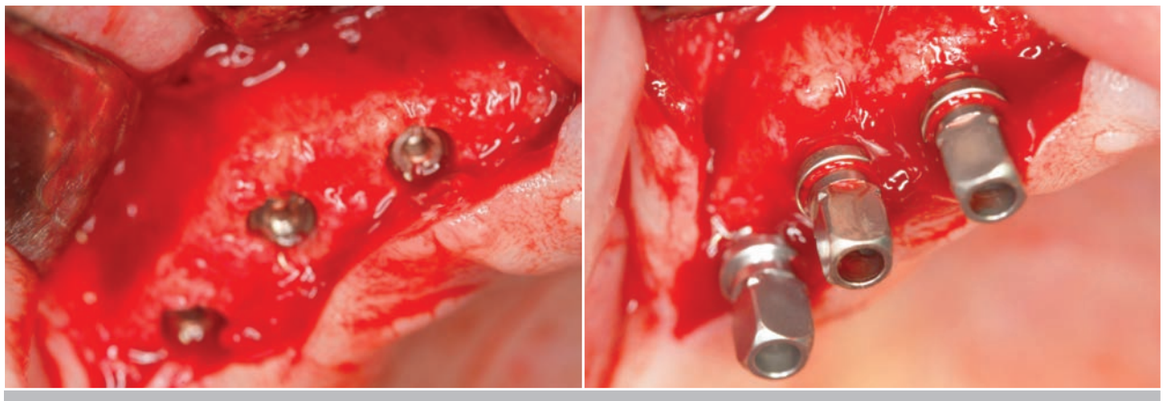
Implantacje strona lewa

zadawanych do każdego przypadku. Jednak, jak mówi starożytna maksyma „Finis coronat opus" nasze „dzieło" ukoronowane zostało przyznaniem certyfikatów i dyplomów, wraz z medalami uprzednio wymienionych towarzystw. Uroczystość odbyła się w podniosłej atmosferze podczas obrad Podium Głównego.

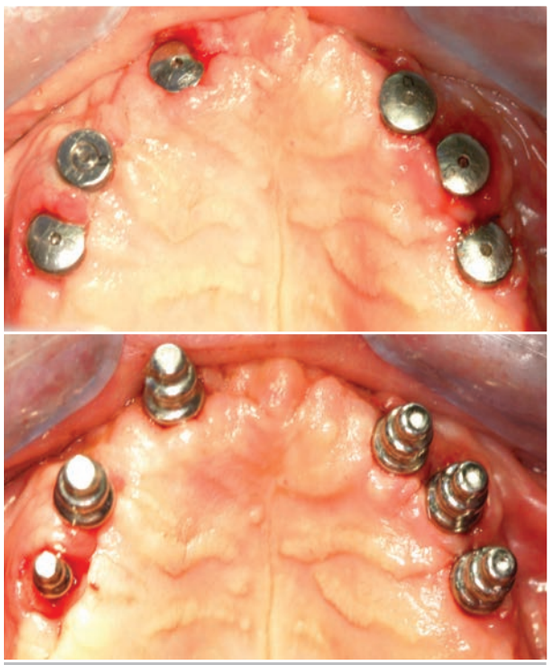
Leczenie implanto protetyczne jest leczeniem interdyscyplinarnym wywodzącym się z chirurgii stomatologicznej i szczękowej.

z zakresu chirurgii szczękowej mojemu wieloletniemu nauczycielowi prof.dr hab.n.med. Leszkowi Lewandowskiemu, któremu bardzo wiele zawdzięczam oraz nieżyjącemu już prof.dr hab.n.med. Stefanowi Fliegerowi. Za współpracę w zakresie protetyki stomatologicznej dziękuję pani Lidce Paluch, Jackowi Michalskiemu i Piotrowi Biegale.

Jednym z przedstawianych przeze mnie podczas egzaminu



Implantacje strona prawa

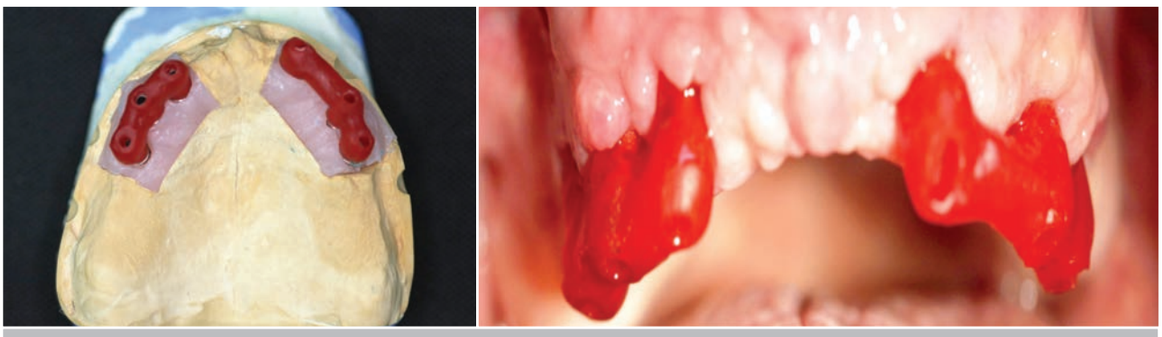


Śruby gojące oraz transfery wyciskowe wewnątrzustnie

przypadków był: pacjent, którego leczenie rozpoczeliśmy w 82 (!) roku życia pacjenta implantacją a następnie koronami opartymi na implantach (Xive) w okolicach 31,41,46,47. Po roku w miejscu usuniętego zęba 45 również wykonałem implantację i koronę na Xive. Miłym zaskoczeniem był dla mnie fakt zgłoszenia się po kolejnych dwóch latach 85-cio letniego już pacjenta, przekonanego co do słuszności i skuteczności leczenia z prośbą o wykonanie uzupełnienia implanto-protetycznego w szczęce. Mimo zaawansowanego wieku warunki anatomiczne okazały się bardzo dobre. Pozwoliło to na wprowadzenie 6 implantów Ankylos (zmiana systemu podyktowana była moim przekonaniem co do zalet połączenia stożkowego między łożem implantu i łącznikiem protetycznym proponowanego w Ankylosach. Odpowiednio w okolicach wprowadziłem implanty 15- A 9,5 (przy N-17N/cm), 14 A11 (N-24N/cm), 12 A11 (N-22 N/cm), 22 B 11 (N-40N/cm), 24 A 9,5 (N- 28N/cm), 25 A 9,5 (N-26 N/cm). Stabilizacja pierwotna jak widać nie budziła zastrzeżeń. O wyborze lokalizacji zdecydowały dobre parametry kostne i chęć uniknięcia przez pacjenta zabiegu liftingu zatoki, ze względu na wiek. Jako tymczasowe uzupełnienie pacjent używał swojej „wieloletniej" odciążonej w miejscach implantacji protezy. Po trzymiesięcznym okresie gojenia wprowadziłem śruby gojące celem kształtowania profili wyłaniania a następnie po 2 tygodniach pobrałem wyciski metodą łyżki zamkniętej. Laboratorium „Best" Piotra Biegały przygotowało strukturę metalową odlewaną, którą po sprawdzeniu pasywacji i po napaleniu porcelany osadziłem na indywidualnie przygotowanych łącznikach. Ze względu na rozległość uzupełnienia konieczna była niewielka korekta okluzyjna. Zadowolenie pacjenta i podziękowanie podczas wizyty kontrolnej za usunięcie kłopotu związanego ze stosowaniem protezy ruchomej osiadającej było dla mnie największą satysfakcją. W chwili obecnej pacjent użytkuje uzupełnienie od 19 miesięcy.

Łączniki po osadzeniu i most porcelanowy przed osadzeniem

I have been practising dental implantology for over ten years. Initially, my implantation procedures were supervised by older colleagues from the Maxillo-Facial Surgery Clinic of the Poznań Medical University Dental Institute, where I worked for several years.
After becoming a consultant first in oral surgery and next in maxillo-facial surgery followed by achieving the PhD title I decided to improve my qualifications in implantology. Initially, I studied at J.W.Goethe University in Frankfurt am Mein, Germany, where I completed the Implantology Curriculum. I continued my education there and entered two-year post-graduate studies of a Master in Oral Implantology.
Simultaneously, I became interested in obtaining a professional certificate by taking international examinations: Fellowship and Diplomate in Oral Implantology. These certificates are signed by PSI (Polish Implantological Association; Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne), DGOI (Deutsche Gesellschaft fur Orale Implantologie) and ICOI (The International Congress of Oral Implantologists) and guarantee the titles of an Expert in



Indywidualnie przygotowane łączniki wraz z kluczami transferowymi na modelu i po osadzeniu wewnątrzustnie

Praca oparta na implantach osadzona w jamie ustnej

Linia uśmiechu wraz z rtg OPG kontrolnym pokazującym prawidłowe osadzenie uzupełnienia

Diplomate Examination during the International PSI/DGOI/ICOI Congress in Wisła. The comission members headed by New York University Professor Ady Palti thought highly

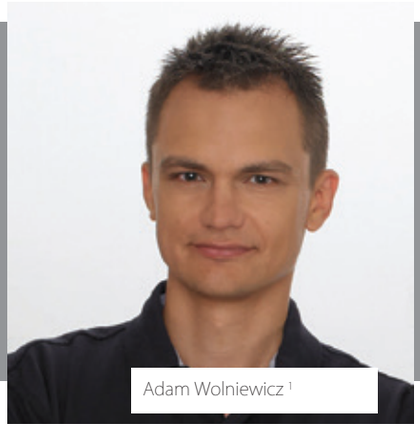
of the candidates' preparation and observed that the quality of presentations is gradually growing year by year.

The examination gave us an opportunity to share professional experience and the achieved results with our colleagues. Candidates for the Expert in Oral Implantology title were expected to show the examination board a wide range of procedures from implantations in the aesthetic zone, through lifting of the sinuses, up to bone grafting procedures. Despite friendly atmosphere introduced by the examiners a slight stress was still felt, as it usually happens with exams, caused by a great detail of questions asked about each case.

Implanto-prosthetic treatment is interdisciplinary by nature and derives from oral and maxillo-facial surgery. As it is usually practised at successful completion of a task I would like to express my sincere thanks to Associate Professor Krzysztof Osmola, MD, DDS, PhD my older colleague and co-worker in the ASKO-Dent Centre for Dental and Implantological Treatment, Poznań, Poland, 8 B Sieradzka st. for sharing his implantological experience with me. I am also grateful to my long-standing maxillo-facial teacher late Professor Leszek Lewandowski , MD, DDS, PhD to whom I owe so much as well as to late Professor Stefan Flieger, MD, DDS, PhD. I would like to thank Lidka Paluch, Jacek Michalski and Piotr Biegała for their cooperation in the field of prosthodontics.

One of the cases I presented during the examination was a patient aged 82 (!) in whom we inserted implants and placed implant (Xive) supported crowns on teeth 31, 41, 46, 47. Tooth 45 was also extracted and after one year I placed there a Xive implant and a crown. A pleasant surprise to me was to see the same patient again following 2 years, now 85-years old, convinced as to the effectiveness of the previous treatment and requesting a similar implanto-prosthetic restoration in his mandible. Despite advanced age his anatomical conditions proved very good, allowing the insertion of 6 Ankylos implants. The change of an implant system was done purposefully as I was convinced about the advantages of the Morse taper connection between the implant bed and a prosthetic connection used in the Ankylos system. I applied the following implants for respective areas: 15 - A 9,5 (with N-17N/cm), 14 - A11 (N-24N/cm), 12 - A11 (N-22 N/cm), 22 - B 11 (N-40N/cm), 24 - A 9,5 (N- 28N/cm), 25 - A 9,5 (N-26 N/cm). Obviously, primary stabilization did not raise any reservations. Implants location was chosen basing on good bone parameters and the patient's wish to avoid sinus lifting because of his age. As a temporary restoration the patient used his old removable denture relieved at the implantation sites. After 3 month's healing period I inserted healing screws to form emergence profiles and after next 2 weeks I took impressions using the closed tray method. The "Best" dental laboratory of Piotr Biegała prepared a cast metalic structure which was placed on custom made connections, following passivation checking and porcelain fusing. Due to the large extent of the restoration a slight occlusion correction was needed. The patient's satisfaction and gratefullness for eliminating the inconvenience of wearing removable gum borne denture was my greatest reward. At the moment the patient has been using the restoration for 19 months.

The pictures with their descriptions can be found in enclosure No.2



Adam Wolniewicz [1]

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

W hołdzie mistrzom i nauczycielom
Homage To Teachers and Masters

[1] ORŁOWSKA Dental Clinic
Ilona Wolniewicz, Adam Wolniewicz S.C.
81-542 Gdynia Orłowska 61/3
tel. 58 699 20 10

Kiedy kończyłem studia na Wydziale Stomatologicznym ówczesnej Akademii Medycznej w Gdańsku w 1997 roku, implantologia nie była popularną dziedziną stomatologii w naszym kraju. Miałem jednak wiele szczęścia trafiając na staż podyplomowy najpierw pod skrzydła kmdra dra n med. Stanisława Chodakowskiego, a następnie kmdr dr n.med. Lidii Jandy-Wasiluk na Odział Chirurgii Szczękowej Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku. Oboje wszczepiali implanty i poza dobrą wojskową szkołą stomatologiczną uchylili przede mną rąbka tajemnicy, pozwalając mi asystować do zabiegów. Za całą wiedzę, którą mi przekazali będę im zawsze wdzięczny. Następny krok ku implantologii możliwy był dzięki firmie Nobel Biocare, która w współpracy z drem n.med. Krzysztofem Awiłło prowadziła kursy z zakresu chirurgii implantologicznej i implantoprotetyki ad modum Branemark System. Było to w 2001 roku. Od tego czasu możliwa już był edukacja w implantologii w naszym kraju. Wiele w tej dziedzinie zawdzięczamy wydawnictwu Kwintesencja, która od wielu lat organizuje konferencje implantologiczne. Ja, osobiście pragnę podziękować mojemu mistrzowi, obecnemu prezydentowi Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej drowi Krzysztofowi Chmielewskiemu. Wielokrotnie operując z drem Chmielewskim nabyłem praktycznej wiedzy, niezbędnej w tej dziedzinie. Cenię Go bardzo za dogłębne poznanie tematu i chęć dzielenia się wiedzą oraz za to, że nigdy nie odmówił mi pomocy, gdy jej potrzebowałem . Na początku mojej drogi implantologicznej możliwość kontaktu z Jego osobą uważam za coś bezcennego. Krzysztofie, bardzo dziękuję. Nie mogę nie wspomnieć o firmie Dentsplay Friadent i jej polskiemu przedstawicielstwu Rawex. To ci ludzie zorganizowali wiele kursów i konferencji implantologicznych w Polsce, a także współorganizowali wyjazdy na konferencje i spotkania za granicą. Kolejnym, bardzo znaczącym elementem mojej edukacji implantologicznej było

PSI

ICOI EUROPE
INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGISTS

ICOI

www.psi-icoi.pl

CZŁONKOSTWO W PSI

- SKŁADKA – 650,00 zł/rok kalendarzowy
- CERTYFIKAT PSI
- CERTYFIKAT ICOI
- CERTYFIKAT ICOI Europe
- DARMOWE MATERIAŁY EDUKACYJNE dla pacjentów – Dental Master*
- WZÓR ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU implantologicznego w trzech wersjach językowych (po polsku, angielsku i niemiecku)
- WPIS PRAKTYKI DO BAZY członków PSI na www.psi-icoi.pl
- PRENUMERATA „Implantologii Stomatologicznej" – 2 numery/rok
- PRENUMERATA International Journal of Oral Implantology ICOI /Quintessence Publishing
- PEŁNE CZŁONKOSTWO w ICOI i ICOI Europe

*roczna licencja

DODATKOWE KORZYŚCI

- PREFERENCYJNE WARUNKI udziału w kongresach organizowanych przez PSI/ICOI/ICOI Europe
- PREFERENCYJNE WARUNKI udziału w konferencjach pod patronatem PSI i „Implantologii Stomatologicznej"
- MOŻLIWOŚĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU Curriculum Implantologii oraz przystąpienia do Egzaminu Umiejętności Fellowship/Diplomate
- PREFERENCYJNE WARUNKI korzystania z konta premium na www.dentalxp.com
- DOSTĘP DO MATERIAŁÓW e-learningowych ICOI

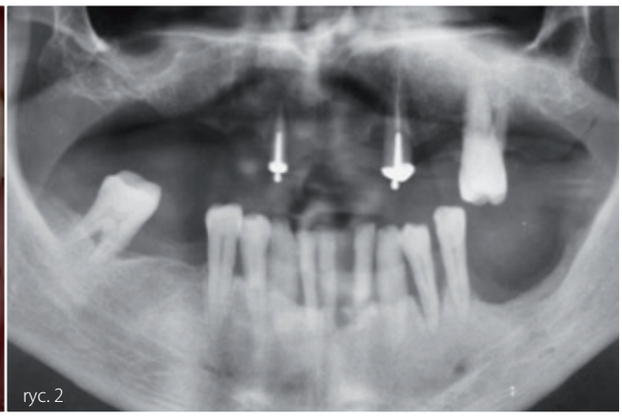
wzięcie udziału w Curriculum Implantologicznym na Uniwersytecie Johanna Wolfganga Goethe we Frankfurcie nad Menem. Przyznam, że wiedza wyniesiona z tych spotkań miała ogromny wpływ na moje postrzeganie implantologii i była motorem dalszego rozwoju, szczególnie w kwestii dokumentowania zabiegów implantologicznych. Certyfikat Curriculum Implantologicznego jest jednocześnie pierwszym dokumentem potwierdzającym posiadanie umiejętności implantologicznych. Następnym krokiem na mojej drodze było wstąpienie do Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego. Szybko okazało się, że jest to miejsce przyjazne i otwarte na ludzi chcących zdobywać wiedzę oraz umożliwiające jej weryfikację poprzez egzaminy Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship i Diplomate.

Przystąpienie do egzaminu wiązało się z przygotowaniem prezentacji przypadków pacjentów leczonych implantologicznie. Bardzo dobrym pomysłem było wzięcie udziału w warsztacie dla kandydatów przed egzaminem, który odbył się w grudniu w 2012 roku. Pozwoliło mi to poddać moją prezentację surowej (w pozytywnym tego słowa znaczeniu) ocenie dra Konstantinosa Valavanisa i dra n med. Dariusza Pitucha. Spotkanie to było pierwszą okazją do skonfrontowania mojej wiedzy i prezentacji z oczekiwaniami egzaminatorów, a także wyciagnięcia wniosków z ewentualnych niedociągnięć lub błędów.

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship odbył się podczas 8. Międzynarodowego Kongresu PSI/ICOI/DGOI w czerwcu 2013 roku. W komisji zasiadali: prof. (NYU) dr Ady Palti, prof. dr hab. Ryszard Koczorowski dr n.med. Mariusz Duda, dr n.med. Dariusz Pituch, dr hab. Krzysztof Osmola. Sam egzamin, choć poddawanie się weryfikacji zawsze wiąże się z dreszczykiem emocji, odbył się w bardzo miłej atmosferze. Wszyscy uczestnicy po jego zakończeniu otrzymali gratulacje od Szanownej Komisji. Szczególnie cieszyły słowa prof. Ady Paltiego o wzrastającym poziomie prezentowanych prac przez polskich lekarzy przystępujących do egzaminu. Jest to ogromną zachętą do kontynuowania swojego rozwoju i przystąpienia do egzaminu Diplomate.

Przedstawię poniżej jeden z moich przypadków, zaprezentowanych podczas egzaminu

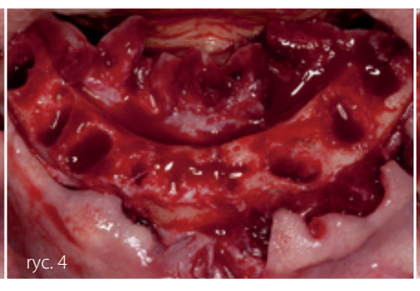
ryc. 1

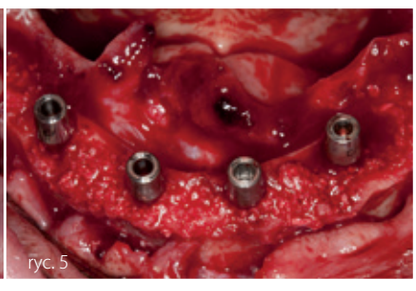

ryc. 2

Pacjent (61 lat) z częściowym uzębieniem w szczęce i żuchwie z zaawansowanym zapaleniem przyzębia (ryc 1-2). Po konsultacji i wykonanej diagnostyce klinicznej zaproponowano Pacjentowi rozwiązanie oparte na koncepcie Syncon, wyjaśniając szczegółowo na czym polega wyżej wymieniona procedura.

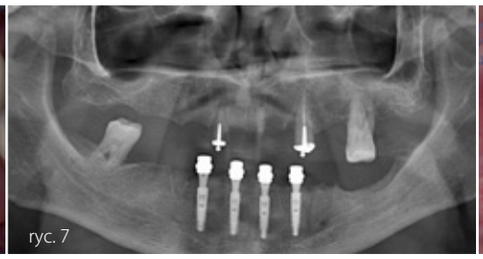
Przed zabiegiem zalecono pacjentowi przyjmowanie osłonowo antybiotyku oraz przygotowano dwa uzupełnienia protetyczne na płytach akrylowych.

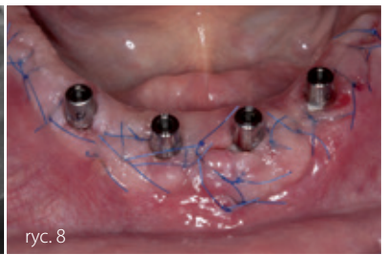
ryc. 3


ryc. 4


ryc. 5

ryc. 6


ryc. 7


ryc. 8

Zabieg chirurgiczny polegał na usunięciu dziewięciu zębów w żuchwie w znieczuleniu przewodowym 4% roztworem artykainy z dodatkiem noradrenaliny (ryc.3)

Po ekstrakcji odpreparowano płat pełnej grubości w odcinku od 35 do 45 i wyrównano wyrostek zębodołowy żuchwy w części międzyotworowej (ryc.4).

Następnie opracowano równolegle względem siebie łoża pod implanty Ankylos A14 i osadzono je. Implanty dokręcono z momentem obrotowym 40 N/cm^2. Po usunięciu przenośników i śrub zamykających założono łączniki systemu Syncon o nachyleniu czterostopniowym. Do augmentacji pozostałych zębodołów użyto kości własnej pacjenta pozyskanej w czasie planowania? żuchwy, po zmieleniu jej w młynku kostnym i zmieszaniu z preparatem ksenograficznym oraz krwią pacjenta (ryc.5).

Przeszczep pokryto błoną kolagenową. Ranę zaopatrzono szwami polipropylenowymi o grubości 5.0. Po ukończeniu części chirurgicznej zamontowano na łącznikach złote tuleje systemu synkon, a na nich przy pomocy szybkopolimeryzującego akrylu osadzono dolną protezę (ryc. 6)

Wykonano kontrolne zdjęcie pantomograficzne (ryc.7).

Po zabiegu przekazano Pacjentowi ustną i pisemną informację o zaleceniach. Poproszono o niezdejmowanie samodzielnie protezy przez sześć tygodni, spożywanie tylko miękkich pokarmów Zażywanie amoksycyliny 1.0 co 12 h przez kolejne pięć dni. Przepłukiwanie jamy ustnej komercyjnym roztworem chlorheksydyny oraz okład chłodzący w pierwszej dobie. Zalecono kontrolę po dwóch i siedmiu dniach po zabiegu. W drugiej dobie po zabiegu wystąpił niewielki obrzęk, co wiązało się z rozległością rany chirurgicznej, jednak w żadnym stopniu nie wpłynęło to na proces gojenia. W siódmej dobie po zabiegu usunięto szwy (ryc.8)

Po sześciu tygodniach po zabiegu umożliwiono Pacjentowi samodzielne zdejmowanie protezy dla potrzeb higienizacji oraz zezwolono na spożywanie twardych pokarmów.

Szczególne podziękowania kieruję do dr Ilony Wolniewicz za protetyczne przygotowanie Pacjenta i czynne asystowanie przy zabiegu chirurgicznym oraz dla Pani Joanny Sielewicz z Laboratorium Dental Lab Wiesław Stefaniak za wykonanie protez akrylowych.

reklama

06-08 marca 2014 Kraków

krokdent®

22. Międzynarodowe Targi Stomatologiczne w Krakowie

Spotkajmy się w Krakowie!

W programie:

- XIII Międzynarodowa Konferencja Stomatologiczna „Dental Spaghetti”
- Kursy medyczne doskonalące dla lekarzy dentystów, techników dentystycznych oraz higienistek i asystentek dentystycznych
- Warsztaty, szkolenia praktyczne
- Prezentacje firm
- Konkursy (o Medal Targów i Najładniejsze Stoisko)
- Dentopomoc

www.krakdent.pl

targi

Targi w Krakowie

ufi Approved Event

Członek Polskiej Izby Przemysłu Targowego

Targi w Krakowie Sp. z o.o., Kraków

ul. Centralna 41a , tel./fax 12 644 12 03, e-mail: simon@targi.krakow.pl, www.targi.krakow.pl

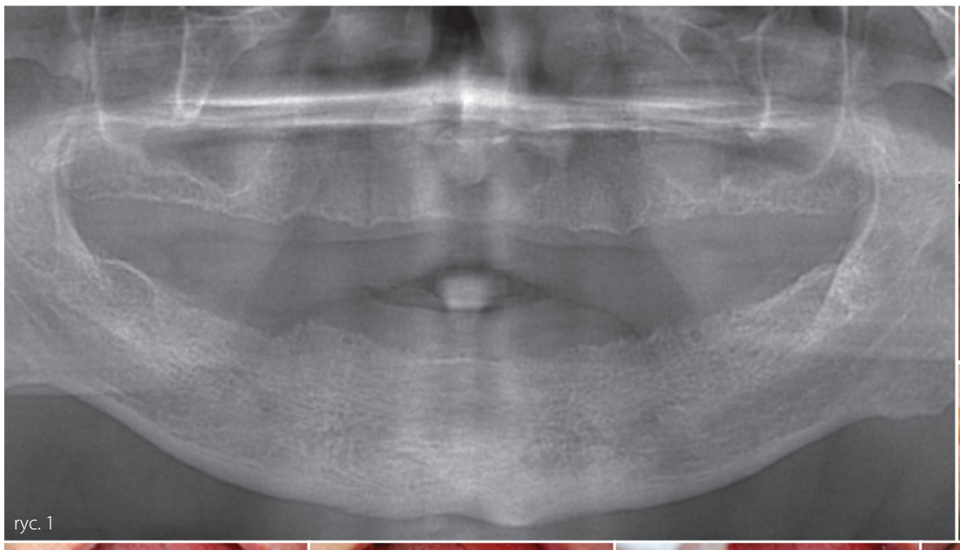
Maciej Ciesielski[1]

Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

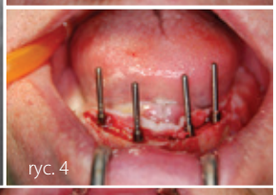
[1]Stomatologia Maciej Ciesielski
ul.Barwinek 28
25-150 Kielce, tel. 413621363,
e-mail: maciekciesielski@interia.eu

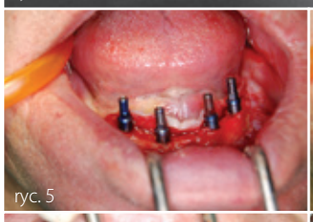
Moją przygodę z implantologią rozpocząłem w 2005 roku. Początkowo uczestniczyłem w zabiegach implantologicznych jako asysta, później, pod okiem doświadczonego kolegi, wykonywałem proste implantacje i odbudowy protetyczne.Niemal od początku w zdobywaniu wiedzy i doświadczenia implantologicznego pomagały mi kursy i kongresy organizowane przez PSI.Curriculum Implantologii pozwoliło usystematyzować zdobyte na innych kursach wiadomości,poznać doświadczenie kilku rożnych liczących się w Polsce ośrodków implantologicznych, różne systemy implantologiczne, a co najważniejsze, spotkać ludzi dla których implantologia to nie tylko dziedzina nauki lecz także pasja i wymienić z nimi swoje doświadczenia.Kolejnym krokiem było uzyskanie w trakcie kongresu w 2011 roku w Wiśle umiejętności.
Po zgromadzeniu odpowiedniej liczby dobrze udokumentowanych przypadków, mając za sobą doświadczenie z poprzedniego egzaminu, naturalną konsekwencją była próba zdobycia umiejętności Diplomate. Egzaminoceniała komisja w składzie: prof. (NYU) dr Ady Palti,prof. dr hab. Ryszard Koczorowski,dr n.med.Mariusz Duda, dr n.med Dariusz Pituch, dr hab. Krzysztof Osmola przeprowadzony został w sposób umożliwiający obiektywną ocenę przedstawionych przypadków i każdy z nich został przedyskutowany szczególnie pod kątem planowania leczenia - fundamen-


ryc. 1

ryc. 2

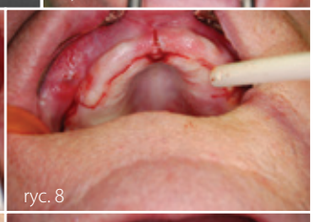
ryc. 3

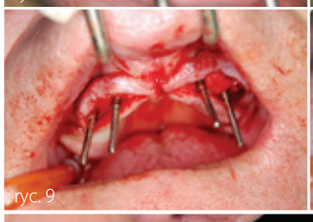

ryc. 4

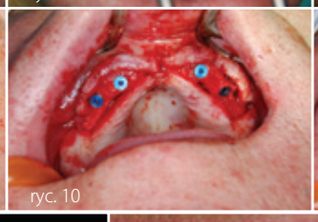

ryc. 5

ryc. 6

ryc. 7


ryc. 8


ryc. 9

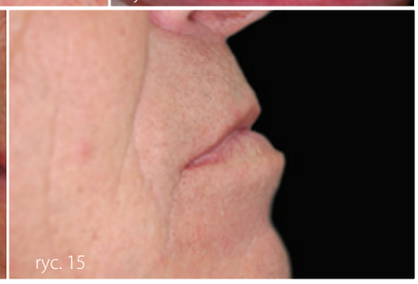

ryc. 10

ryc. 11

ryc. 12

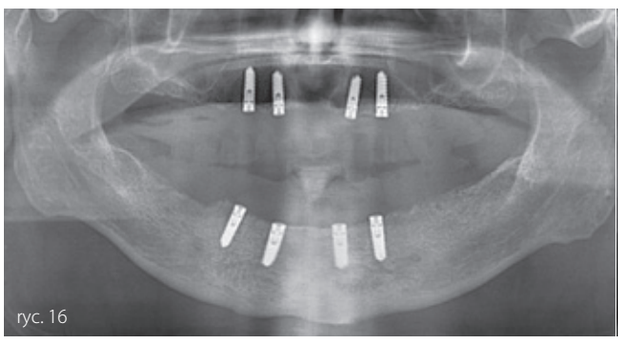
ryc. 13

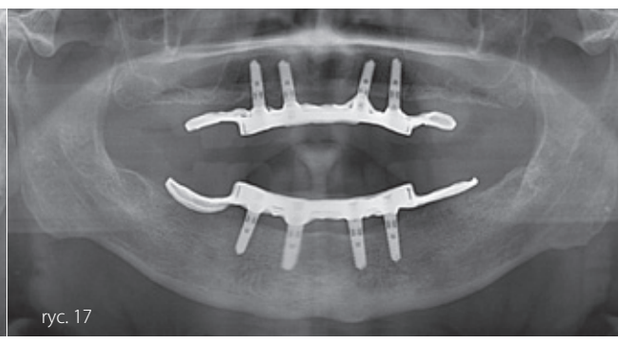
ryc. 14

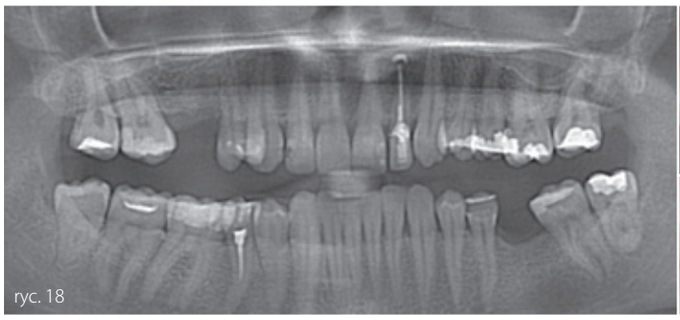

ryc. 15

tu poprawnej pracy implantoprotetycznej. Zwracano uwagę na różnorodność przedstawianych prac oraz ich prostotę, a jeżeli to możliwe, na ograniczenie zabiegów okołoimplantacyjnych, co znacząco zwiększa przewidywalność, dając w konsekwencji zadowolenie naszych pacjentów, a nam satysfakcjęz wykonywanej pracy. Było to spotkanie, które poza sprawdzeniem wiedzy aplikantów, równocześnie bardzo dużo nas nauczyło.

Pierwszym z prezentowanych przeze mnie przypadków była kompleksowa rehabilitacja bezzębnej szczeki i żuchwy. Pacjent lat 63, ogólnie zdrowy,niepalący zgłosił się do gabinetu ponieważ dotychczasowe uzupełnienia protetyczne nie spełniały jego oczekiwań. Na podstawie analizy CT, modeli gipsowych i po przedstawieniu rożnych rozwiązań implantoprotetycznych (od pracy stałej po uzupełnienie ruchome wsparte na implantach), zaplanowałem leczenie polegające na wszczepieniu 4 implantów 3,75 x 13 mm w szczęce i 4 implantów 3.75 x 13 mm w żuchwie. O liczbie implantów i wyborze uzupełnienia w znacznej mierze decydowały względy finansowe. Zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym (citocartin 200), odwarstwiono płat, wszczepiono 8 implantów z momentem obrotowym przekraczającym


ryc. 16


ryc. 17


ryc. 18

ryc. 19

ryc. 20

ryc. 21

ryc.22

30 Ncm. Przez okres wgajania pacjent użytkował dotychczasowe uzupełnienia. Po półrocznym okresie obserwacji wykonano protezy szkieletowe w szczęce i żuchwie mocowane na belkach i zasuwach (CEKAPRECILINE).Zęby przednie ustawiono w protruzji na życzenie pacjenta. (ryc.1-17)

Kolejny przypadek to pacjentka lat 34,ogólnie zdrowa, niepaląca, która zgłosiła się ze złamaniem korony zęba 22. Po analizie CT i modeli gipsowych zdecydowaliśmy o ekstrakcji zęba i natychmiastowej implantacji. Ząb usunięto za pomocą periotomu ultradźwiękowego (Acteon),pozostałe resztki materiału wypełniającego kanał korzeniowy usunięto, wykonując nacięcie śluzówki okolicy wierzchołkowej zębodołu i łyżeczkując materiał spod okostnej. Powstały ubytek uzupełniono materiałem kościozastępczym pochodzenia wołowego (Bego oss) i membraną osierdziową (Jason).Wszczepiono implant 3,5 x 13 mm OsstemGsII zgodnie z obowiązującymi standardami.Po 6-miesięcznym okresie wygajania wykonano koronę protetyczną na implancie. Pracę zacementowano(ryc.18-30).

ryc. 23

ryc. 24

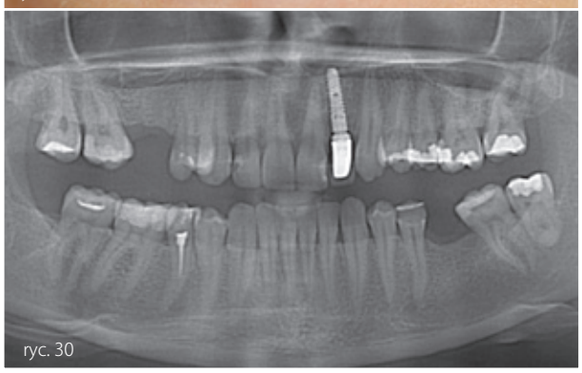
ryc. 25

ryc. 26

ryc. 27

ryc. 28

ryc. 29


ryc. 30

Tomasz Szyczewski[1]

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

[1]Klinika Rehabilitacji Narządu Żucia, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
[2]Implantica Stomatologia, Poznań - Baranowo
[2] lek. dent. Tomasz Szyczewski
tel. 61 814 20 36
62-081 Baranowo, Szamotulska 31

Moja przygoda z implantologią zaczęła się podczas 3-go roku studiów, w momencie powstania na poznańskiej Akademii Medycznej studenckiego koła naukowego implantologii stomatologicznej. Zdobywałem tam pierwsze doświadczenia kliniczne z systemem Osteoplant i prezentowałem z sukcesami swoje dokonania naukowe na polskich i międzynarodowych konferencjach studenckich. Zrozumiałem wtedy, że rehabilitacja implantoprotetyczna stanowi nową jakość leczenia i przyszłość stomatologii. Wiedzę z zakresu implantoprotetyki zdobywałem uczestnicząc w wielu polskich i międzynarodowych stażach, kursach i konferencjach. Do najważniejszych zaliczam dwuletni staż wolontaryjny w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM w Poznaniu, staże kliniczne w protetycznych oraz chirurgicznych klinikach uniwersyteckich w Kilonii i Kassel oraz w centrum edukacji implantologicznej IFZI w Norymberdze.

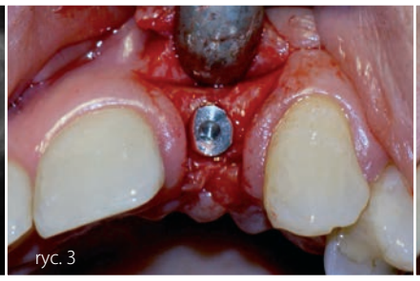
Własną praktykę implantoprotetyczną rozpocząłem w 2005 roku. Z czasem udało mi się poszerzyć zakres umiejętności o metody augmentacyjne i plastyczne w obrębie kości, zatok szczękowych i tkanek miękkich. Postępowanie chirurgiczne pod kątem docelowego uzupełnienia protetycznego planuję zawsze na podstawie dokładnej diagnostyki. Jestem zwolennikiem postępowania minimalnie inwazyjnego, dlatego bardzo chętnie wykonuję, jeśli to tylko możliwe, zabiegi implantacji natychmiastowej czy podniesienia dna zatoki szczękowej techniką wewnętrzną. W części protetycznej zwracam szczególną uwagę na profil wyłaniania oraz osiowe obciążenie wszczepów z zachowaniem prawidłowej okluzji i artykulacji. Mimo, że od rozpoczęcia mojej przygody z implantologią upłynęło relatywnie niewiele czasu, to w tym okresie można było zaobserwować zmianę po-

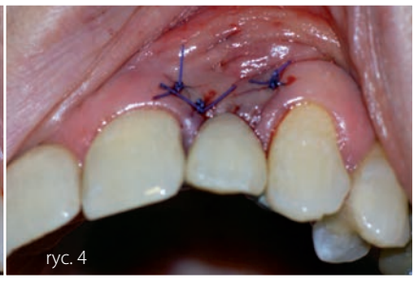
ryc. 1

glądów dotyczących różnych aspektów tej metody leczenia. Jak się okazuje, wierność sprawdzonym klinicznie oraz dobrze udokumentowanym naukowo metodom odpłaca się zdecydowanie większym i przewidywalnym sukcesem leczenia. Rehabilitacja implantoprotetyczna stała głównym nurtem moich zainteresowań zawodowych i nieodłącznym elementem praktyki klinicznej.

Decyzja o przystąpieniu do egzaminu umiejętności implantologicznych wynikała z chęci poddania ocenie swojego dorobku klinicznego gronu doświadczonych praktyków. Dlatego wspólnie z moimi serdecznymi kolegami: dr Krzysztofem Makuchem oraz dr Piotrem Dombkiem postanowiliśmy skorzystać z oferty Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego. Bardzo pomocny

ryc. 2


ryc. 3


ryc. 4

w odpowiednim przygotowaniu się do egzaminu był warsztat zorganizowany w grudniu 2012r. w Krakowie. Zaprezentowane tam - na forum komisji i pozostałych kandydatów - prezentacje były poddawane wnikliwej ocenie. Uzyskane od szanownej komisji spostrzeżenia pozwoliły mi się lepiej przygotować do egzaminu.

Dnia 14 czerwca 2013 r. podczas 8.Kongresu PSI/ICOI/DGOI w Krakowie miałem przyjemność wraz z pozostałymi 14 osobami zaprezentować swoje przypadki Komisji Egzaminacyjnej w składzie: prof.(NYU) dr Ady Palti, prof. dr hab. n. med. Ryszard Koczorowski, dr hab. n. med. Krzysztof Osmola, dr n. med. Mariusz Duda, dr med. Dariusz Pituch. Każdy kandydat po prezentacji swoich przypadków był proszony o uzasadnienie przyjętej metody leczenia oraz otrzymywał pytania sprawdzające jego wiedzę z zakresu implantoprotetyki. Egzamin przebiegł w miłej atmosferze, z pozytywnym zakończeniem i miłym komentarzem prof. Ady Paltiego, który podkreślił wysoki poziom prezentowanych prac. Następnego dnia, podczas uroczystej ceremonii otrzymałem z rąk władz PSI, ICOI oraz DGOI certyfikat Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Fellowship. Uzyskany tytuł lekarza implantologa sprawia mi ogromną satysfakcję i radość oraz motywuje do dalszego rozwoju. Mam nadzieję, że następnym etapem mojej edukacji implantologicznej będzie podejście do egzaminu Diplomate podczas następnego kongresu, który według wszelkich prognoz odbędzie się w moim rodzinnym Poznaniu w 2015 roku.

Przypadek kliniczny prezentowany podczas egzaminu Fellowship PSI

55-letnia pacjentka z brakiem zębowym w okolicy 22 została na podstawie badania klinicznego i radiologicznego oraz braku przeciwwskazań zakwalifikowana do zabiegu implantacji (ryc.1,2). Zabieg przeprowadzono w osłonie antybiotykowej (Amoksiklav) oraz przeciwbólowej (Ketonal). W znieczuleniu nasiękowym wykonano preparację płata śluzówkowo-okostnowego z zachowaniem brodawek dziąsłowych i preparację łoża kostnego. Wszczep śródkostny Legacy 3 (Sybron Implant Direct) o wymiarach 3,7 mm x 13 mm osadzono w kości wyrostka zębodołowego w pozycji subcrestale, uzyskując stabilizację pierwotną na poziomie 40 Ncm (ryc.3). Mimo optymalnych warunków dla obciążenia natychmiastowego wszczepu, zastosowano gojenie zamknięte, zaopatrując ranę szwami monofilamentowymi. Zastosowano uzupełnienie braku mostem adhezyjnym (ryc.4). Gojenie przebiegło bez powikłań miejscowych i ogólnych. Badanie kontrolne po 12 tygodniach od zabiegu wykazało całkowite wygojenie tkanek miękkich oraz integrację wszczepu z kością (ryc.5,6). W związku z tym przeprowadzono odsłonięcie implantu z zastosowaniem natychmiastowego obciążenia w celu odpowiedniego wymodelowania profilu dziąsłowego. Zastosowano łącznik tymczasowy oraz cementowaną czasowo koronę kompozytową (ryc.7,8), której okolicę szyjkową co około 2 tygodnie modelowano z użyciem kompozytu, uzyskując około 20. tygodnia od zabiegu ostateczny kształt profilu wyłaniania (ryc.9). W celu jego przeniesienia z jamy ustnej pacjenta na model roboczy pobrano wycisk dwuwarstwowy jednoczasowy metodą łyżki otwartej z zastosowaniem żywicy kompozytowej pokrywającej część przedziąsłową transferu.

Ze względów estetycznych zastosowano indywidualny łącznik z tlenku cyrkonu na stopce tytanowej (ryc.10) oraz koronę z tlen-

ryc. 5

ryc. 6

ryc. 7

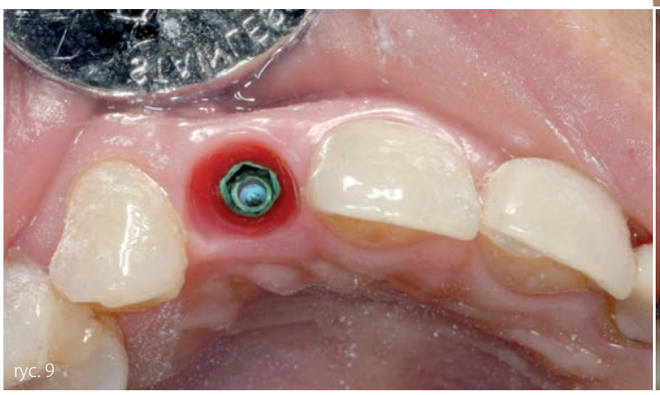
ryc. 8

ku cyrkonu licowaną ceramiką uzyskując satysfakcjonujący efekt funkcjonalny i estetyczny (ryc.11).

Podziękowanie:

Pragnę podziękować laboratorium techniki dentystycznej LTD Biegała w Poznaniu, a w szczególności Panom Piotrowi Biegale i Wojciechowi Żołądkowskiemu za wkład pracy w część laboratoryjną prezentowanego przypadku.

ryc. 11


ryc. 9

ryc. 10

reklama

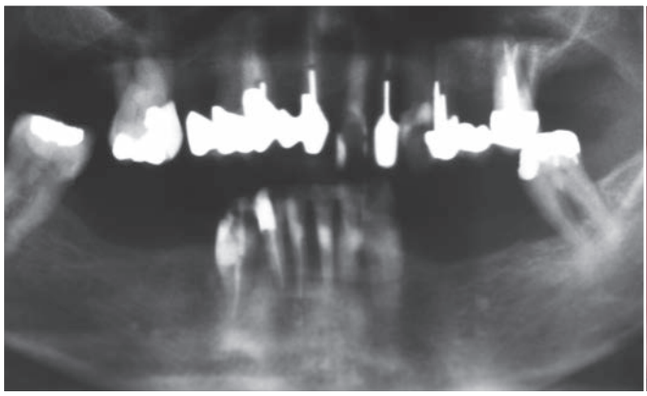
lek. dent. Marek Mrukwa [1]

Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

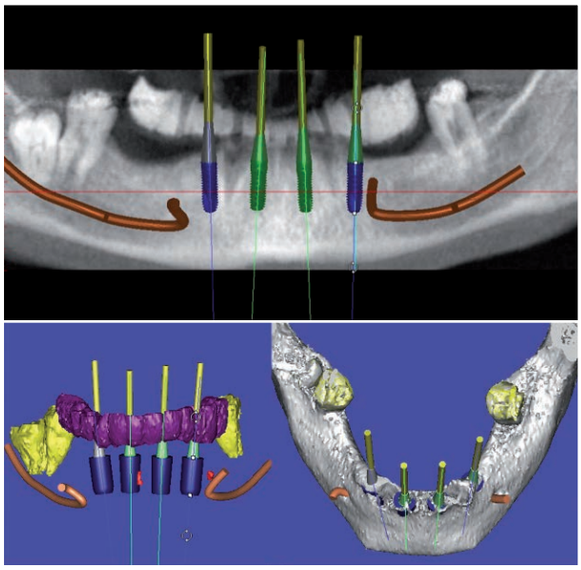
[1] Duo Dent Clinic
ul. Nowy Świat 16a
41-706 Ruda Śląska
tel: 32 243 48 58
e-mail: duo@duodentclinic.pl

Moja przygoda ze stomatologią rozpoczęła się wraz z podjęciem studiów na Wydziale Lekarskim Oddziału Stomatologicznego Śląskiej Akademii Medycznej. Już podczas trwania studiów odkryłem w sobie dużą pasję do chirurgii stomatologicznej, co zaowocowało aktywnym udziałem w pracach Studenckiego Koła Naukowego, które działało w ramach i Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Zabrzu. Po ukończeniu studiów w 1992r. podjąłem pracę w w/w klinice, co umożliwiło mi dalsze pogłębianie swojej wiedzy i ciągłe zdobywanie cennego doświadczenia z dziedziny chirurgii stomatologicznej. I stopień specjalizacji ze stomatologii ogólnej otrzymałem pięć lat później. Następnie przyszedł czas na podniesienie kwalifikacji z zakresu implantologii stomatologicznej. Pogłębianie mojej wiedzy w tej dziedzinie, rozpoczęło się od przygotowań do egzaminu Fellowship ICOI/DGOI/PSI. Egzamin ten umożliwia otrzymanie bardzo ważnego certyfikatu zawodowego i mobilizuje do pokuszenia się o uzyskanie tytułu Diplomate ICOI, Ekspert ds. implantologii stomatologicznej PSI. Wszystkie egzaminy są wieloetapowe i wymagają solidnej wiedzy i pracy na długo przed przystąpieniem do samego egzaminu. Należy zebrać dostateczną ilość przypadków, a tym samym udowodnić swoje umiejętności i doświadczenie. Egzamin Fellowship, jako jeden z pierwszych dentystów w Polsce, zdałem w roku 2004, a trzy lata później przystąpiłem do egzaminu Diplomate. Kontynuowałem swoją naukę na Uniwersytecie im. J. W. Goethego we Frankfurcie nad Menem co zaowocowało ukończeniem Curriculum Implantologicznego w 2012 r. Leczenie implantologiczne wymaga dużej wiedzy i umiejętności, których potwierdzeniem są certyfikaty



i odbyte szkolenia. Medycyna jest dyscypliną, w której niemal każdego roku pojawiają się nowe zjawiska czy też techniki, dlatego uważam, że ciągłe podnoszenie swoich kwalifikacji jest czymś niezbędnym do osiągnięcia sukcesu i satysfakcji z wykonanej przez nas pracy.

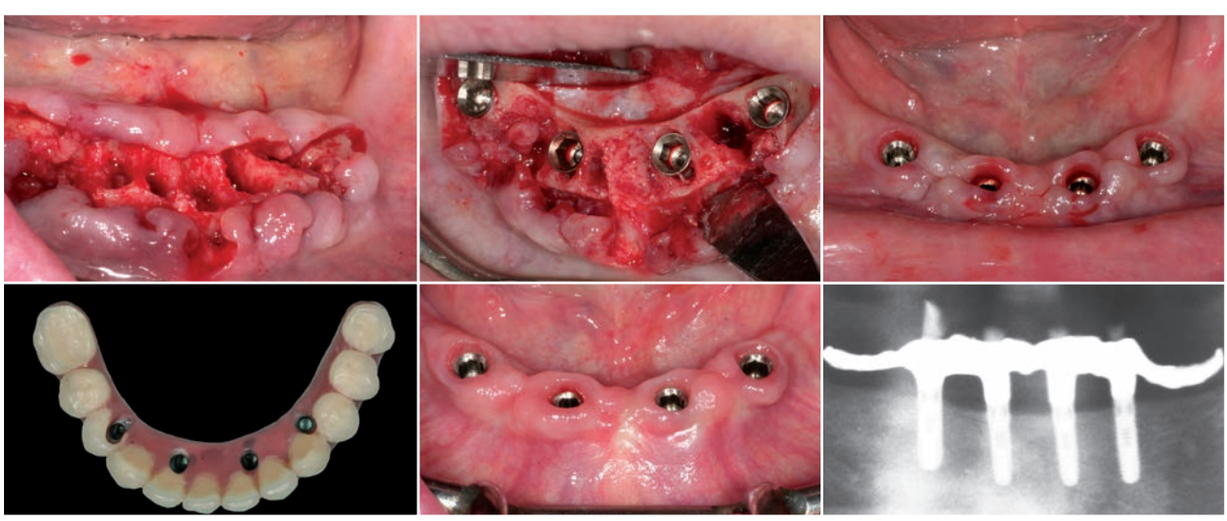
Do egzaminu Diplomate przystąpiłem podczas Konferencji Pulp Fiction, 6 grudnia 2007 roku w Jachrance. Wraz ze mną zdawało jeszcze 5 lekarzy, którzy spełniając wymogi przedegzaminacyjne zostali zakwalifikowani do egzaminu. W komisji zasiadał dr Scott Ganz jako przedstawiciel ICOI oraz dr Mariusz Steigmann z ramienia DGOI i dr Mariusz Duda, jako prezydent PSI.

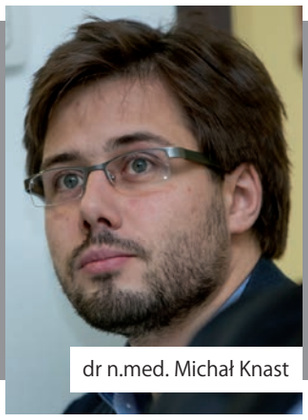


Jednym z wybranych przeze mnie przypadków prezentowanych podczas egzaminu Diplomate była pacjentka w wieku 60 lat, która zgłosiła się do konsultacji w celu uzupełnienia braków zębowych w żuchwie. Podczas badania klinicznego, uzębienia własnego nie zakwalifikowano do odbudowy protetycznej, ze względu na zmiany okołowierzchołkowe i stany zapalne oraz rozchwianie II/III stopnia. Zaproponowano leczenie implantoprotetyczne. Po dokładnej diagnostyce RTG, na podstawie badania CBCT zaplanowano usunięcie zębów 33 – 43. Na podstawie planowania w programie SimPlant zaplanowano wprowadzenie 4 implantów i odtworzenie funkcji narządu żucia za pomocą protezy przykręcanej do 4 wszczepów, zgodnie z protokołem Ledermana.

Zabieg przebiegł bez żadnych komplikacji, po usunięciu zębów odczekano 2 tygodnie i następnie, z cięcia na szczycie wyrostka odpreparowano płat śluzówkowo-okostnowy i wprowadzono 4 implanty BEGO Semados o platformie 3,75 i długości 11 mm w pozycjach 34,32,42,44. Wszystkie implanty zostały osadzone z siłą dynamiczną przekraczającą 35 Ncm. Założono szwy nieresorbowalne i pobrano wycisk masą Impregum metodą łyżki otwartej. Tydzień po zabiegu osadzono protezę przykręcaną. Po 3 miesiącach protezę zdjęto w celach higienizacyjnych. Stwierdzono prawidłowe dziąsło brzeżne wokół implantów i brak zalegania pokarmu pod płytą protezy.

Pacjentka w trakcie wizyt kontrolnych nie podawała żadnych dolegliwości bólowych i była usatysfakcjonowana z zaproponowanego rozwiązania protetycznego.





dr n.med. Michał Knast

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

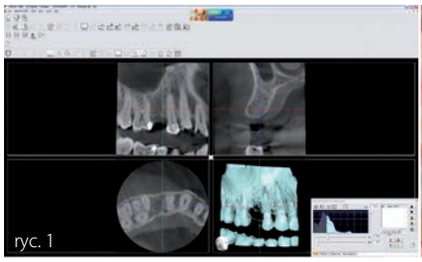
dr n.med. Michał Knast, Fellowship ICOI
Indywidualna Praktyka Lekarska
ul.Osikowa 39, 40-181 Katowice
Tel. 783642425

Stomatologia jest jedną z najprężniej rozwijających się gałęzi medycyny. Co chwilę wprowadzane są nowe technologie, metody czy materiały. Było tak od zawsze i należy przypuszczać, że tempo wdrażania innowacji w tej specjalności zostanie zachowane. Dzisiejszy postęp technologiczny pozwala na coraz szybszy dostęp do technik, które wcześniej wydawały się nieosiągalne. Można założyć, że profesor Branemark uważał podobnie, stąd jego zaangażowanie w badania nad rozwojem implantologii pozwoliły na podniesienie komfortu pacjentów, którzy wcześniej skazani byli na używanie klasycznych uzupełnień.

Choć dzisiaj leczenie implantologiczne nie należy już do nowatorskich sposobów rekonstrukcji brakujących zębów, to jednak wciąż jest najlepszym z możliwych rozwiązań. W tym kontekście nie powinien nikogo dziwić fakt, że implanty stają się coraz popularniejszym środkiem rekonstrukcji układu stomatognatycznego. Mimo tak oczywistych faktów, wciąż jednak niewiele miejsca w procesie kształcenia akademickiego poświęca się na zagadnienia dotyczące implantologii. Kończąc studia młodzi dentyści posiadają niewielki zakres wiedzy na temat tej gałęzi stomatologii i swoje braki muszą uzupełniać na różnego rodzaju kursach i szkoleniach, po których nie zawsze czują się na siłach by samodzielnie przeprowadzić zabiegi, dające pacjentom gwarancję poprawnie wykonanych procedur zabiegowych.

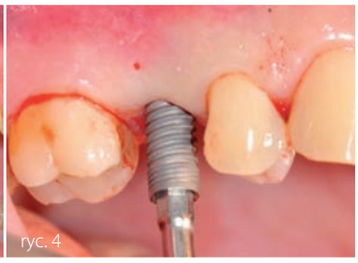
Podobnie było w moim przypadku. Po odebraniu dyplomu wiedziałem tylko, że powinienem szkolić się i rozwijać w zakresie procedur wykorzystujących wszczepy dentystyczne, więc zgłosiłem się na staż do Specjalistycznego Centrum Stomatologii dra Mariusza Dudy, ośrodka, który od dłuższego już czasu uchodził w opinii większości śląskich dentystów za wiodący w dziedzinie implantologii i implantoprotetyki. Dzięki uprzejmości i odpowiedniemu podejściu Doktora do kwestii kształcenia adeptów, mogłem poznawać tajniki implantologii od podstaw, a co najważniejsze, nigdy nie spotkałem się z odmową czy zniechęceniem w odpowiedziach na nurtujące mnie pytania, także tych dotyczących powikłań. Zdobyte na stażu i w późniejszej pracy doświadczenie pozwoliło mi spokojnie zajmować się implantologią we własnej praktyce. Jednak przy wykonywaniu coraz większej ilości zabiegów, z czasem też coraz bardziej skomplikowanych, potrzebne jest posiadanie dokumentu potwierdzającego nabyte umiejętności.

Dlatego bardzo dobrym pomysłem jest możliwość zdobycia


ryc. 1

ryc. 2

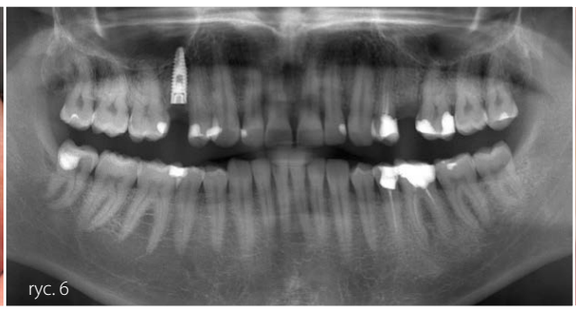
ryc. 3


ryc. 4

Certyfikatu Umiejętności Implantologicznej ICOI Fellowship. Konieczność przygotowania dokumentacji fotograficznej przypadków sprawia, że do każdej procedury podchodzi się ze szczególną troską. Wykonane zabiegi wymagają akceptacji i oceny międzynarodowej Komisji Egzaminacyjnej, a wymóg zaprezentowania efektów własnej pracy i zdania egzaminu przed światowej klasy autorytetami sprawia, że nie można pozostawić żadnego miejsca na pomyłkę. Dzięki temu, przygotowując się do egzaminu jednocześnie utrwalamy prawidłowe zasady postępowania, stając się przez to coraz lepsi klinicznie.

Do egzaminu przystąpiłem 12 czerwca 2013 r. podczas 8. Kongresu PSI/ICOI/DGOI w Krakowie. Prezentowanie swoich dokonań na koleżeńskim forum zawsze wiąże się ze stresem, a na egzaminie emocji dodaje fakt bycia obserwowanym przez znakomitych ekspertów, którzy wchodzą w skład Komisji Egzaminacyjnej. W minionym roku byli to: prof. Ady Palti, prof. dr hab. n. med. Ryszard Koczorowski, dr n. med. Mariusz Duda, dr n.med. Dariusz Pituch, dr hab. n.med. Krzysztof Osmola. Każdemu zdającemu, egzaminatorzy zadawali pytania dotyczące prezentowanych przypadków, zwracając uwagę na problemy, które w ich ocenie mogły zostać nieco inaczej rozwiązane. Krzepiące były końcowe słowa profesora Paltiego, który zapewniał o rosnącym z roku na rok poziomie prezentowanych prac. Poniżej chciałem przedstawić jeden z zaprezentowanych podczas egzaminu przypadków.

ryc. 5


ryc. 6

ryc. 7

Opis przypadku

Pacjent (41 lat) zgłosił się w celu uzupełnienia braku zęba 15. Podczas wizyty konsultacyjnej wykonano badanie TK, które wykazało doskonałe warunki kostne w miejscu planowanej implantacji (ryc.1). Z powodu szerokości wyrostka wynoszącej około 8mm zdecydowano się na wykonanie zabiegu metodą bezpłatową. Przed implantacją opracowano ubytki próchnicowe w zębach 14 i 13 oraz zabezpieczono opatrunkiem Coltosol. W znieczuleniu nasiękowym 4% roztworem artykainy z noradrenaliną wykonano nacięcie błony śluzowej za pomocą okrągłego trepana zamontowanego na kątnicy chirurgicznej (ryc.2). Następnie opracowano łoże pod implant Paltop o średnicy 3,75 mm i długości 13 mm, mając na uwadze grubość błony śluzowej, wynoszącej ok 2 mm. Za pomocą wskaźnika kierunku sprawdzono poprawność wykonanego nawiertu (ryc.3). Implant wprowadzany był w pierwszym etapie maszynowo (ryc.4), natomiast podczas ostatnich 3mm osadzania użyto ręcznego klucza dynamometrycznego, na którym odczytano uzyskaną stabilizację pierwotną wynoszącą 45 Ncm. Na koniec zabezpieczono implant śrubą zamykającą (ryc.5). Zlecono przyjmowanie amoksycyliny 1g co 12h przez pięć dni oraz przeciwbólowo Ketonalu 0,1g. W celu ograniczenia obrzęku zalecono zimne okłady. Kontrolne zdjęcie pantomograficzne wykazało prawidłowe osadzenie implantu (ryc.6). Po sześciu miesiącach od implantacji, osadzono śrubę gojącą na okres 3 tygodni, po czym pobrano wycisk na łyżce indywidualnej otwartej. Próba klucza pozycyjnego potwierdziła prawidłową pozycję transferu wyciskowego (ryc.7). Na kolejnej wizycie przymierzono łącznik i podbudowę metalową (ryc.8). W końcowym etapie osadzono gotowa koronę na tymczasowym cemencie na bazie żywic Premier Implant Cement (ryc.9).

ryc. 8

ryc. 9

dr n. med. Maciej Marcinowski

Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

dr n. med. Maciej Marcinowski
Dentista.pl – Stomatologia, Poznań
os. Władysława Jagiełły 23 pawilon 1a
60-694 Poznań
tel. 61 828 16 10

Diplomate – czyli ciąg dalszy przygody z implantologią
Z drem Maciejem Marcinowskim rozmawia red. Monika Zmuda

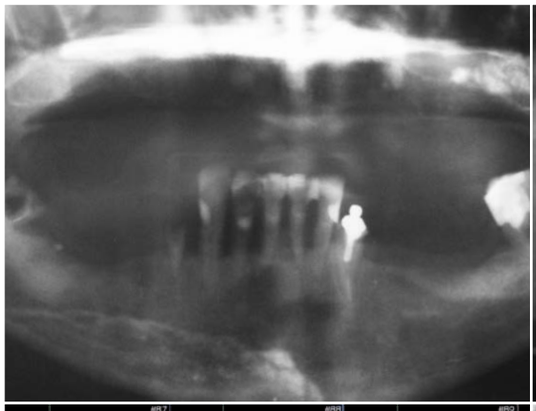
Monika Zmuda: Kiedy postanowił Pan przystąpić do egzaminu Diplomate?

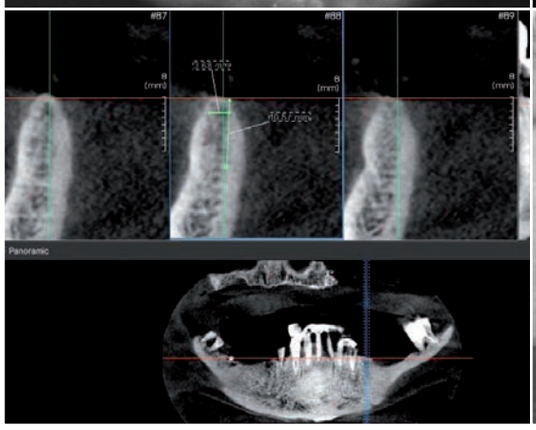
Maciej Marcinowski: Alberta Einstain twierdził, że życie jest jak jazda na rowerze – trzeba ciągle przeć do przodu. Czy nie jest tak samo z implantologią? Jeśli chce się być na czasie z aktulanym stanem wiedzy, trzeba ciągle się dokształcać. Jeśli chcemy rozwiązywać coraz to trudniejsze problemy zdrowotne naszych pacjentów musimy rozwijać swoje umiejętności.

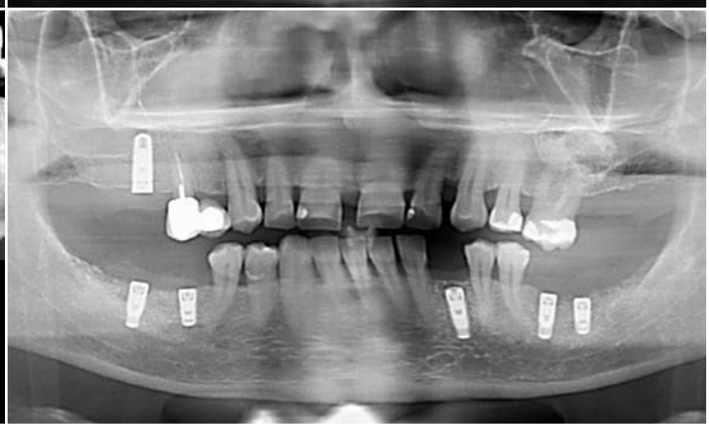
Gdy spełniliśmy się już na polu podstawowej implantologii, do której można zaliczyć rekonstrukcje oparte na implantach poza strefą estetyczną przy zachowanych, dobrych warunkach kostnych – czas na kolejny krok. Na początek wyznaczmy sobie cel – tak jak jak to zrobiłem: Egzamin Diplomate za kilka lat.

Monika Zmuda: Ja to wiem, ale proszę przypomnieć innym kandydatom, jakie trzeba spełnić kryteria, żeby zacząć myśleć o przystąpieniu do egzaminu?

Maciej Marcinowski: Rzeczywiście, na samym wstępie warto zapoznać się z zasadami jakie obowiązują na egzaminie. Jesteśmy zobligowani do: udokumentowania kursów odbytych z zakresu implantologii i protetyki na implantach i udokumentowania co najmniej 200 wszczepionych implantów oraz 70 zakończonych







przypadków. Do tego dochodzi przygotowania prezentacji multimedialnej zawierającej 10 skończonych przypadków z naszej praktyki. Każdy musi zawierać szczegółowy opis i dokumentację fotograficzną poszczególnych etapów leczenia.

Monika Zmuda: Ile czasu trzeba było na to poświęcić?

Maciej Marcinowski: 10 minut.

Monika Zmuda: Ja to pamiętam, jako przysłanie materiałów 10 minut przed egzaminem.. Czyli..

MM. 10 min zajęło wysłanie wszystkich dokumentów na poczcie. Była mała kolejka (śmiech).Tak poważnie - kilka lat, krok po kroku. Stosy papierów, kilka długopisów, kilka komputerów, 2 aparaty fotograficzne. Do tego kilkanaście nieprzespanych nocy tuż przed deadlinem zgłoszeń na egzamin i kilkadziesiąt wypitych kaw. To wszystko było potrzebne, by zebrać dorobek kilku lat oraz przygotować prezentację.

Monika Zmuda: Czy można było to zrobić szybciej?

Maciej Marcinowski: Pewnie tak, jeśli zajmujemy się tylko pracą naukową. Jeśli na co dzień pracujemy w prywatnych gabinetach czy klinikach, jest to bardzo trudne.

Monika Zmuda: Czy można było to zrobić lepiej ?

Maciej Marcinowski: Zamysł, przynajmniej w moim przypadku, budzi się zawsze w nieoczekiwanym momencie, z reguły kilka lat przed planowanym działaniem. Dzięki temu, układanka z dnia na dzień staje się coraz bardziej kompletna. Takie podejście do tematu, według mnie , daje czas na samokrytyczne spojrzenie na siebie oraz pozwala nabrać dystansu do tego co robimy.

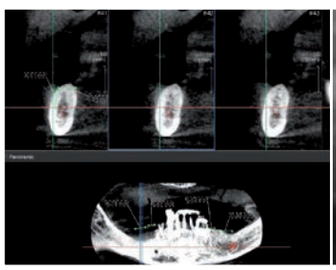
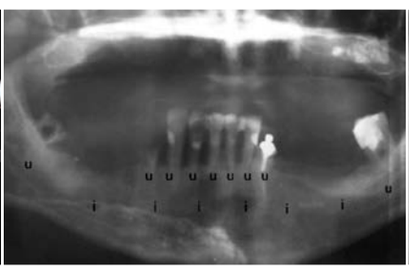
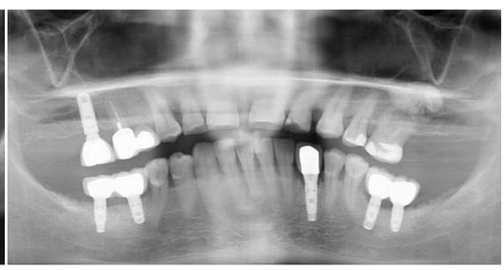
Gdy Fellowship jest za nami, mamy już pewne doświadczenie. Gdy i Fellowship i Diplomate wciąż przed nami – jesteśmy górą, gdyż jeszcze precyzyjniej możemy zaplanować ścieżkę naszego rozwoju zawodowego. Warto spisać sobie przewodnik, według którego będziemy prowadzić naszych pacjentów implantologicznych, zwłaszcza tych pacjentów, którzy w przyszłości będą zaprezentowani na egzaminach.

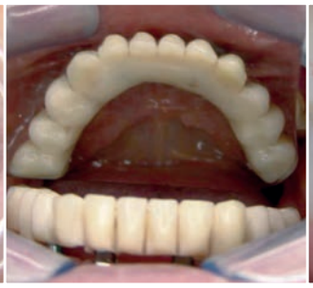
Monika Zmuda: Co możemy poradzić kolejnym kandydatom do egzaminów, który odbędzie się w przyszłym roku?

Maciej Marcinowski: Zacznijmy od dobrej ankiety dotyczącej stanu zdrowia. Pozwoli to nam na wstępną selekcję pacjentów oraz zwiększy nasze bezpieczeństwo oraz pozwoli lepiej zaplanować leczenie. Fotografia, fotografia, fotografia – to podstawa. Warto już na początku zainwestować w dobry aparat. Liczne kursy fotograficzne dla stomatologów, pozwalają nabyć podstawową wiedzę i umiejętności z zakresu w fotografii oraz pomagają w dokonaniu właściwego, rozsądnego wyboru sprzętu. Podczas warsztatów poznamy także zestaw ujęć, które będą nam niezbędne do prowadzenia profesjonalnej dokumentacji.

Monika Zmuda: Dobre zdjęcia to podstawa, ale jednak to nie wszystko, co jest potrzebne na co dzień w gabinecie, a potem jest przydatne do egzaminu.

Maciej Marcinowski: Modele, modele, modele. To kolejny etap. A dokładniej mam na myśli pobranie podwójnych wycisków szczęki i żuchwy, rejestrację pozycji szczęki łukiem twarzowym oraz zarejestrowanie centralnej relacji. W ten sposób uzyskujemy



jeden komplet modeli, który trafia do archiwum i obrazuje naszą sytuację wyjściową oraz drugi komplet – modele robocze. Na tych drugich technik dentystycznych, posiadający odpowiednią wiedzę i umiejętności, przygotuje nam wax – up – czyli symulację z wosku przyszłej rekonstrukcji protetycznej, do której będziemy dążyć.

Monika Zmuda: Czy teraz możemy już wkręcać?

Maciej Marcinowski: Czy możemy? (śmiech). Nie bardzo lubię to sformułowanie – znacznie bardziej profesjonalnie brzmi implantacja lub wszczepianie. Ale to i tak jeszcze za wcześnie na ten etap.

Monika Zmuda: Co zatem będzie kolejnym etapem?

Maciej Marcinowski: Gdy mamy już gotową symulację, a pacjent dostarczył nam tomografię, możemy przystąpić do najważniejszego etapu – przygotowania planu leczenia. Musi to być efekt stanowiący proporcjonalne połączenie: naszych umiejętności, warunków klinicznych, stanu zdrowia pacjenta oraz jego oczekiwań i możliwości finansowych. Musimy także wiedzieć, że gdy postanowimy już złożyć dokumenty aplikacyjne i poddać swoje przypadki krytycznej ocenie komisji- można się ciekawych rzeczy na temat własnych metod leczenia dowiedzieć.

Zaplanujmy zatem wykonanie sprawdzonych procedur i rozwiązań, które dają jak najmniejsze ryzyko powikłań. Przedstawienie czegoś, co nam się udało, a powszechnie uznawane jest jako kazus, czy też zabieg podwyższonego ryzyka, nie przysporzy nam przychylności wśród członków komisji egzaminacyjnej. Pamiętajmy zatem o zaplanowaniu implantacji najlepiej w programie do obróbki tomografii, zlećmy laboratorium wykonanie szablonów chirurgicznych oraz dokumentujmy za pomocą fotografii każdy etap leczenia.

Monika Zmuda: Teraz możemy już się przygotowywać go zabiegu?

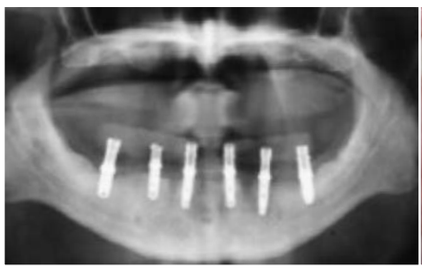
Maciej Marcinowski: Oczywiście, jeśli pacjent jest po wizycie u profesjonalnej higienistki implantologicznej.

Pacjent otrzyma wszelkie niezbędne informacje o aktualnym stanie zdrowia jamy ustnej. Higienistka przeprowadza instruktaż: nauczy, jak zachować perfekcyjną higienę, zarówno przed, jak i po zabiegu oraz wykona badanie periodontologiczne. Jak przecież wiadomo, pacjenci z grupy zagrożenia paradontozą, będą wymagali szczególnej opieki po otrzymaniu rekonstrukcji implantoprotetycznych. Higienistka powinna przekazać wyniki badania lekarzowi prowadzącemu, który określi potrzebę dalszych zabiegów takich jak debridgment, resekcje czy rekonstrukcje tkanek miękkich. Oceni także, czy ilość dziąsła zrogowaciałego jest wystarczająca do przeprowadzenia zabiegu implantacji, czy też potrzebne są dalsze procedury przedimplantacyjne. Wszystkie te informacje warto zawrzeć w opisie leczenia przedstawianym potem na egzaminie.

Monika Zmuda: Jakie zabiegi najlepiej przedstawiać?

Maciej Marcinowski: Komisja oczekuje przedstawienia szerokiego i zaawansowanego dorobku klinicznego. Warto przedstawić zabiegi augmentacji, sinus liftu, zarówno metodą otwartą, jak i zamkniętą oraz rekonstrukcji w strefie estetycznej. Należy przygotować także rozwiązania typu overdenture na implatach oraz całkowite, stałe rekonstrukcje implantoprotetyczne, zastosowane zarówno w żuchwie jak i szczęce. Mosty w odcinku estetycznym oraz bocznym także warte są przedstawienia. Należy przy tej okazji zaprezentować swoje umiejętności zarówno w wykonaniu prac przykręcanych jak i cementowanych. Warto także zaznaczyć swoją wiedzę z zakresu materiałoznawstwa poprzez zastosowanie zarówno prac na metalu jak i na cerkonie. Pokazanie wszelkich tymczasowych rozwiązać, także zawsze budzi u komisji przeświadczenie, że mają do czynienia z doświadczonym implantologiem.

Monika Zmuda: Koniec teorii. Przechodzimy do praktyki. Zatem co Pan pokazał podczas egzaminu?



Maciej Marcinowski: U pierwszego pacjenta, którego przedstawiłem został zaplanowany most na sześciu implantach w żuchwie. Pacjent zgłosił się z bezzębiem w szczęce. W przednim odcinku żuchwy znajdowały się zęby, które po badaniu periodontologicznym nie rokowały, aby pozostać i dlatego zaplanowano ich usunięcie. W bocznych odcinkach znajdowały się korzenie zębów trzonowych, również zakwalifikowane do usunięcia. Pacjent poprosił o zaplanowanie i wykonanie natychmiastowych tymczasowych stałych uzupełnień. Z tego powodu po zabiegu otrzymał natychmiastowy, tymczasowy most na 6 implantach, wykonany na podstawie wax-upu przygotowanego wcześniej przez technika. Po okresie 3 miesięcy przystąpiono do wykonania mostu ostatecznego, cementowanego na metalu , licowanego ceramiką. Most zacementowano na cement tymczasowy do implantów – implant cem.

U drugiej pacjentki zaplanowałem zabieg sinus lift w celu stworzenia warunków do implantacji w bocznym odcinku szczęki .

Ponadto pacjentka oczekiwała rekonstrukcji braków skrzydłowych w żuchwie oraz odbudowy na implancie pojedynczego braku w przednim odcinku. Ze względu na fakt, że pacjentka mieszka na stałe w Nowym Jorku, leczenie trwało nieco dłużej niż standardowo. Dzięki współpracy z lekarzem dentystą, który na miejscu opiekuje się pacjentką, wszystkie etapy leczenia były monitorowana. Zastosowano korony i mosty na podbudowie cerkonowej, które zostały zacementowane na cement stały.

Monika Zmuda: A teraz co dalej? Jakie plany na przyszłość?

Maciej Marcinowski: Minął rok od egzaminu. Właśnie kończę przygotowanie materiałów szkoleniowych, które pozwolą na rozpoczęcie działalności Dentista..pl – Training Center. Moja praktyka implantologiczna cały czas się rozrasta. Niedawno została uruchomiona sala chirurgiczna wyposażona w profesjonalne lampy zabiegowe. Teraz Dentista.pl – Stomatologia to już przestronna klinka z dużą poczekalnią oraz 3 salami zabiegowymi. Współpracuję i kształcę innych lekarzy dentystów w ramach indywidualnych programów oraz wspólnie z innymi wykładowcami, ośrodkami czy też firmami.

Ciągłe dokształcanie oraz praktyka zawodowa sprawiły, że implantacje są już w moim gabinecie na porządku dziennym i wykonujemy je niemal w każdym tygodniu. Największą satysfakcję sprawia mi przeprowadzanie kompleksowych zabiegów. Dodatkowo doskonała współpraca z innymi gabinetami w całej Polsce sprawiła, że mogę przeprowadzać zabiegi oraz konsultować pacjentów nie tylko w mojej klinice, ale także w innych placówkach. Zawsze ta współpraca oparta jest o wzajemny szacunek, partnerstwo oraz lojalność. Na tym kończę moją opowieść... Czas zabrać się do przygotowania do przygotowania wykładów, szkoleń i kolejnych artykułów w ramach projektu Dentista.pl – Training Center. Pozdrawiam i zapraszam do współpracy lekarzy, którzy stawiają swoje pierwsze kroki w implantologii oraz osoby, które chcą wprowadzić implantologię do zakresu oferowanych usług przez swój gabinet poprzez współpracę z innymi specjalistami

Polska dołączyła do World Federation for Laser Dentistry

3 lipca 2014 w Paryżu, podczas 14. Międzynarodowego Kongresu Stomatologii Laserowej zorganizowanego przez World Federation for Laser Dentistry, wybrano i oficjalnie zatwierdzono polskiego przedstawiciela stomatologii laserowej – została nim dr n.med. Kinga Grzech-Leśniak z Krakowa.

Stomatologia laserowa jest dziedziną, która bardzo szybko się rozwija, a niezwykły postęp techniczny sprawił, że lasery zyskały

już status skutecznych narzędzi przeznaczonych do codziennej pracy. Jednak, aby móc w pełni wykorzystywać ich potencjał, niezbędne jest zdobycie wiedzy i umiejętności z zakresu automatycznej diagnostyki oraz terapii laserowej. Edukacja i rozwój tej dziedziny stanowi cel dla WFLD i jej przedstawicieli, realizowany poprzez organizację kursów teoretyczno-praktycznych, wymianę doświadczeń podczas kongresów oraz tworzenie rzetelnych materiałów dydaktycznych, opisujących krok po kroku jak bezpiecznie i skutecznie pracować z tymi narzędziami.

Polski reprezentant, dr n.med. Kinga Grzech-Leśniak jest cenionym szkoleniowcem w dziedzinie profesjonalnej higienizacji i periodontologii oraz kierownikiem naukowym najnowszego przedsięwzięcia PSI, Curriculum Higienistki i Asystentki Implantologicznej.

lek. dent., lek. Tomasz Bigas

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

lek. dent., lek. Tomasz Bigas
Specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej
Astra Dent Śląskie Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej
www. astra-dent.pl
kontakt: kontakt@astra-dent.pl

Decyzję o przystąpieniu do egzaminu potwierdzającego umiejętności implantologiczne podjąłem na długo przed egzaminem. Świadomość ta towarzyszyła mi i motywowała do pogłębiania wiedzy implantologicznej, jak i jej systematyzacji.

Zdobywanie wiedzy o implantach i możliwości wdrożenia zdobytej wiedzy już podczas specjalizacji z chirurgii szczękowo-twarzowej pozwoliły mi szybko rozwinąć skrzydła. Niemalże od początku pracy zawodowej mogłem pomagać pacjentom, wykorzystując możliwości jakie dają implanty. Najpierw pod okiem doświadczonych mentorów i kolegów z Klinik Chirurgii Szczękowo-Twarzowych w Zabrzu i Katowicach, za co do dzisiaj jestem im wdzięczny. Później już wszczepiałem implanty samodzielnie w praktykach, w których pracowałem jako chirurg czy implantolog.

Sam egzamin był poprzedzony warsztatami w Katowicach, na które każdy z uczestników przygotował i przedstawił 10 przykładów pro-

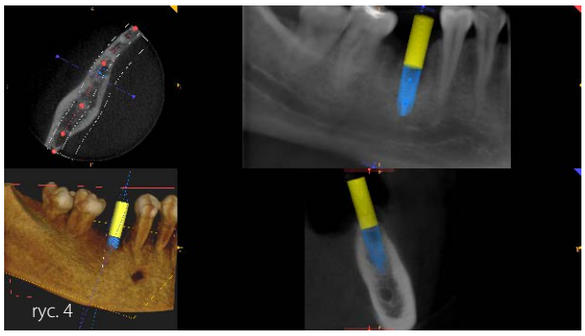
ryc. 1

ryc. 2

ryc. 3

stych implantacji ze swoich praktyk. Była okazja do dyskusji jeszcze bez stresu, który zwykle towarzyszy egzaminom.

12 czerwca 2015 roku podczas 9-go Międzynarodowego Kongresu PSI/ICOI/DGOI w Poznaniu odbył się egzamin umiejętności implan-


ryc. 4

tologicznych Fellowship i Diplomate. Przewodniczącym komisji egzaminacyjnej był prof. NYU dr Ady. Palti, W skład Komisji Egzaminacyjnej weszli dr Konstantinos Valavanis, prof. dr hab. n. med. Ryszard Koczorowski, dr hab. n. med. Krzysztof Osmola, dr n. med. Mariusz Duda. Egzamin był okazją do przedstawienia swojego sposobu postępowania, dyskusji, a czasem przyjęcia konstruktywnej krytyki.

Jednym z przypadków prezentowanych przeze mnie podczas egzaminu była klasyczna implantacja w okolicy 46. Pacjentka została skierowana z innego gabinetu stomatologicznego już po usunięciu zęba 46. Cechowała się dobrą higieną jamy ustnej, nie była obciążona schorzeniami przewlekłymi. Zdjęcie pierwsze i drugie przedstawia sytuację wyjściową podczas pierwszej wizyty. Należy podkreślić, że pacjentka miała naturalny szeroki uśmiech, w którym odsłaniała nawet dolne szóstki. Na zdjęciu trzecim widoczny jest pantomogram wykonany w tym samym dniu.

Gojenie zębodołu przebiegało bez powikłań. Po upływie trzech miesięcy od ekstrakcji wykonano tomografię komputerową wolumetryczną. Pod wygojoną śluzówką widoczna była tworząca się nowa kość w zębodołach poekstrakcyjnych. Wykonane badanie pozwoliło na ustalenie optymalnych wymiarów implantu w tej okolicy. Symulację implantacji przedstawia zdjęcie czwarte. Przeprowadzono rozmowę wyjaśniającą i ustalono termin zabiegu.

Cięcie błony śluzowej przeprowadzono na szczycie wyrostka w okolicy 46, po czym odwarstwiono płat błony śluzowej z okostną. Odwarstwienie wykonano w stopniu minimalnym by zachować jak najlepsze ukrwienie tej okolicy. Było jednak wystarczające, by utrzymać pełną kontrolę wzrokową podczas preparacji łoża kostnego pod implant. Wszczepiono implant MozoGrau 4,25x10 mm. Efekt

ryc. 5

ryc. 6

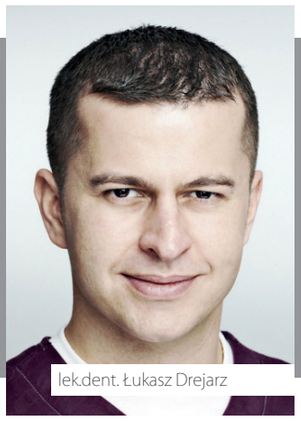
ryc. 7

implantacji jest widoczny na zdjęciu piątym.
Po trzymiesięcznym okresie osteointegracji założono śruby gojące. Pracę protetyczną wykonała technik protetyk Agnieszka Łużak w Pracowni Protetycznej InCeram w Katowicach. Jest to korona porcelanowa na metalu zamocowana na standardowym łączniku tytanowym. Praca widoczna jest na zdjęciach szóstym i siódmym.
Koronę zacementowano na łączniku i dostosowano w zgryzie. Ostateczny efekt widoczny jest na zdjęciach od ósmego do dziesiątego.
Wizyty kontrolne wykonano po 1, 3, 6 miesiącach. Następne wizyty kontrolne przeprowadzono w odstępach 6 - miesięcznych. Monitorowano stan higieny jamy ustnej, głębokość kieszeni dziąsłowych oraz przeprowadzono rentgenodiagnostykę. Stan miejscowy błony śluzowej, efekt funkcjonalny i estetyczny wykonanej pracy przy każdej wizycie były satysfakcjonujące i stabilne. Pacjentka użytkuje obecnie pracę 48-miesięcy.

ryc. 8

ryc. 9

ryc. 10



lek.dent. Łukasz Drejarz

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

lek.dent. Łukasz Drejarz, Fellowship PSI/ICOI
Centrum Stomatologii Estetycznej i Implantologii - Stomatologia Mierzyn
ul. Welecka 38, 72-006 Szczecin-Mierzyn
drejarz@stomatologia-mierzyn.pl
www.stomatologia-mierzyn.pl
tel. +48 91 851 17 17

Kiedy po skończeniu studiów w 2006 roku, zacząłem interesować się implantoprotetyką, byłem w dosyć komfortowej sytuacji. Wprowadzono na rynek implanty 6 milimetrowe, udoskonalono i wielokrotnie przebadano powierzchnie wszczepów, znane było połączenie z łącznikiem typu stożek Morse'a i platform switching, oferowano szeroki wachlarz rozwiązań protetycznych również w technologii CAD-CAM. Wszystko to zmieniało sposób planowania leczenia i przewidywalność procedur. Leczenie implantoprotetyczne stawało się bardziej dostępne i mniej ryzykowne dla stomatologów i co najważniejsze, dla pacjentów. Po wielu godzinach odbytych szkoleń i kursów z zakresu implantologii, w czerwcu 2013 roku, przystępując do egzaminu Fellowship miałem już tego świadomość. Egzamin był kolejnym krokiem w zdobywaniu i sprawdzaniu swojej wiedzy implantologicznej.

Przystąpienie do egzaminu uwarunkowane było przygotowaniem dziesięciu przypadków z zastosowaniem leczenia implantoprotetycznego, wraz z dokładną dokumentacją radiologiczną i fotograficzną, obrazującą prawidłowe planowanie, przebieg i efekt leczenia. Nie ukrywam, że egzamin Fellowship, jako sprawdzian jakości i skuteczności zastosowanych procedur, wiązał się z dużą dawką emocji.

9. Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI, znakomita komisja w składzie: prof. dr Ady Palti, prof. dr hab. Ryszard Koczorowski

ryc. 1

ryc. 2

ryc. 3

ryc. 4

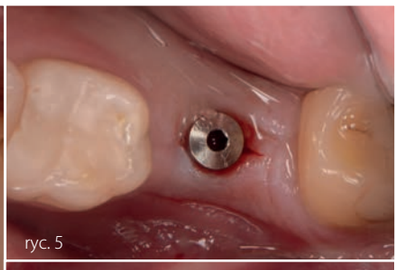
Ryc. 1 Zdjęcie OPG wykonane na wizycie konsultacyjnej
Ryc. 2 Cięcie i preparacja płata - reg. 36
Ryc. 3 Znacznik równoległości wprowadzony w łoże implantu - reg. 47
Ryc. 4 Szycie rany - reg. 47

dr n. med. Mariusz Duda, dr n. med. Dariusz Pituch, dr hab. Krzysztof Osmola. Komisja duży nacisk kładła na kwestię prawidłowego zaplanowania leczenia, nie skupiła się jednak na krytykowania błędów; egzamin był również czasem do wspólnej nauki i wymiany doświadczeń na podstawie pokazywanych przez uczestników prezentacji. Jeden z przedstawianych przeze mnie przypadków opisuję poniżej.

Pacjent lat 42, brak zębów 36 i 47. Na podstawie wywiadu, diagnostyki rtg i badania wewnątrzustnego (Ryc.1) jako leczenie z wyboru zaproponowano odbudowę protetyczną opartą na implantach. Takie rozwiązanie było spójne z oczekiwaniami pacjenta. W znieczuleniu nasiękowym wykonano zabieg implantacji, wprowadzono dwa implanty o rozmiarze 4.5/11 mm (Ryc. 2, 3, 4). Pacjent przez 7 dni przyjmował Amoksycylinę w dawce 1,0 g co 12 h, środki przeciwbólowe nie były konieczne. Pouczony został na temat utrzymania prawidłowej higieny, po tygodniu zdjęto szwy. Etap protetyczny rozpoczęto po okresie 3 miesięcy. Stan i wygląd wygojonych tkanek był zadowalający. W znieczuleniu nasiękowym, wykonując niewielkie cięcia, odsłonięto implanty i założono standardowe śruby gojące (Ryc. 5, 6). Po tygodniu można było zaobserwować dobre gojenie tkanek miękkich (Ryc. 7). Dwa tygodnie po odsłonięciu implantów, pobrano wyciski metodą łyżki otwartej (Ryc. 8, 9). Zlecono wykonanie tytanowych łączników indywidualnych, których kształt konsultowany był w trakcie projektowania (Ryc. 10, 11). Zaopatrzone zostały koronami na podbudowie cerkonowej (Ryc. 12). Łączniki indywidualne przykręcono z siłą 25 Ncm (Ryc. 13), korony zamocowano przy użyciu cementu tymczasowego.

Po dwóch tygodniach skontrolowano moment obrotowy dokręcenia łączników, natomiast korony zacementowano na stałe. Łączniki indywidualne zapewniły dobre podparcie tkanek miękkich, odbudowa funkcjonalnie i estetycznie jest bardzo zbliżona do naturalnych zębów, co potwierdzają zdjęcia wykonywane na wizytach kontrolnych, jak i subiektywne odczucia pacjenta (Ryc. 14, 15, 16). Obraz rtg rok po zakończeniu leczenia świadczy o dobrej integracji wszczepów (Ryc. 17).

ryc. 6


ryc. 5

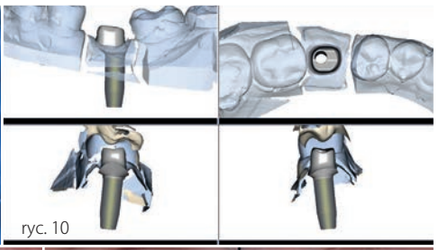
ryc. 7

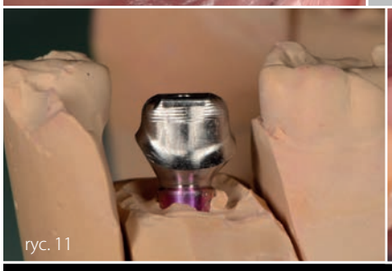
Ryc. 5 Śruba zamykająca implant wyprowadzana przez cięcie w dziąśle
Ryc. 6 Śruba gojąca szer. 5.5, wys. 4.0
Ryc. 7 Gojenie tkanek tydzień po odsłonięciu implantów

Odbudowa pojedynczych braków zębowych poprzez uzupełnienie implantoprotetyczne, w większości przypadków jest złotym standardem leczenia i powinno być powszechnie stosowane w codziennej praktyce stomatologicznej.

ryc. 8

ryc. 9


ryc. 10


ryc. 11

ryc. 13

ryc. 14

ryc. 15

ryc. 12

ryc. 16

ryc. 17

Ryc. 8 Transfer wyciskowy przykręcony do implantu poz. 47
Ryc. 9 Wycisk transferowy
Ryc. 10 Projekt łączników indywidualnych ustalony z laboratorium protetycznym
Ryc. 11 Indywidualny łącznik tytanowy osadzony na modelu
Ryc. 12 Korony cerkonowe przed zacementowaniem
Ryc. 13 Łącznik indywidualny in situ
Ryc. 14 Stan przed i rok po odbudowie implantoprotetycznej - reg 36
Ryc. 15 Przed i rok po odbudowie implantoprotetyczne - reg 47
Ryc. 16 Utrzymanie szerokości biologicznej i dobra integracja tkanek reg. 36
Ryc. 18 Kontrolne zdjęcie OPG wykonane 2 lata po zabiegu implantacji

dr n.med. Piotr Kaczmarek

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

dr n.med. Piotr Kaczmarek, Fellowship PSI/ICOI/DGOI
Perimplant, ul. Kopernika 21/3a,
Tarnobrzeg
biuro@perimplant.pl

Kiedy kończyłem studia w 1997 roku implantologia była dziedziną dostępną w nielicznych ośrodkach w Polsce, a szkolenia w tym kierunku organizowało jedynie kilka firm. Dodatkowo dalsza edukacja w stomatologii była ograniczona z racji blokad specjalizacji. Moja nieustępliwość w dążeniu do podwyższania swych kwalifikacji zawodowych zaowocowała w 2000 roku szkoleniami implantologicznymi w Poznaniu i w Warszawie. Dużym wsparciem, poza szkoleniami stricte implantologicznymi w Polsce i za granicą, była dla mnie specjalizacja z chirurgii stomatologicznej.

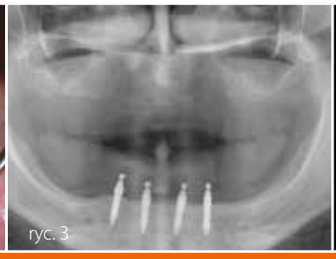
Po ponad 10 latach pracy z implantami dowiedziałem się o PSI i egzaminach doskonalących.

Egzamin PSI w czerwcu 2013 roku był dla mnie pewnego rodzaju testem, a równocześnie pozwolił na uporządkowanie posiadanej wiedzy. Świetnym pomysłem okazały się warsztaty dla kandydatów zorganizowane pół roku wcześniej podczas konferencji Pulp Fiction w Krakowie. Z jednej strony uczestnicy mieli okazję porównać prezentacje kolegów ze swoimi, a dodatkowo wsparciem były cenne uwagi przedstawicieli późniejszej Komisji Egzaminacyjnej dra Dariusza Pitucha i dra Konstantinosa Valavanisa.

Spośród prezentowanych przypadków wybrałem dwie prace z pozoru proste, ale faktycznie wymagające nie tylko wiedzy chirurgiczno-implantologicznej, ale również protetycznej. Pragnę też tu zaznaczyć, że po kilkunastu latach pracy stwierdzam, że podział pracy między lekarzy na część chirurgiczną i tylko protetyczną rzadko się sprawdza, bowiem planowanie pozycjonowania implantów wymaga już na tym etapie oceny pacjenta pod kątem docelowego uzupełnienia protetycznego.

ryc. 1

ryc. 2


ryc. 3

ryc. 4

Ryc.1.Warunki w jamie ustnej przed zabiegiem.
Ryc.2. Stan bezpośrednio po zabiegu.
Ryc.3. Zdjęcie kontrolne po zabiegu.
Ryc.4 .Wygląd protezy od strony dośluzówkowej

ryc. 5

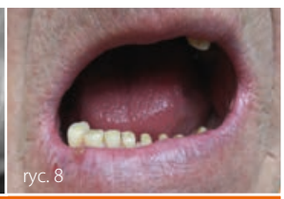
ryc. 6

Ryc. 5 i 6 Przymiarka protezy i kontrola okluzji.

Przypadek 1

Pierwszy przypadek przedstawia uzupełnienie bezzębnej żuchwy protezą całkowitą wspartą na monolitycznych implantach z zatrzaskami kulowymi. Implanty w takim przypadku najczęściej zlokalizowane są w miejscach dwójek i czwórek. Minimalną ilością implantów pod protezę overdenture w żuchwie są dwa implanty. Cztery implanty pozwalają jednak na zdecydowanie bardziej komfortową stabilizację protezy. Ponieważ przy jednoczęściowych implantach nie trzeba dokręcać łączników, można je obciążać stosunkowo szybko. W mojej praktyce implanty te pełnią już pewną funkcję utrzymującą po podścieleniu starej protezy silikonem, bezpośrednio po zabiegu. Docelowe matryce montowane są po ok 4 tygodniach po zabiegu.

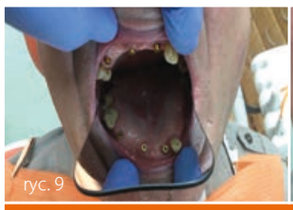
ryc. 7


ryc. 8

Ryc. 7 i 8 Stan przed leczeniem wraz ze zdjęciem RTG.

Przypadek 2

Drugi przypadek przedstawia uzupełnienie braku częściowego w szczęce protezą overdenture wspartą na trzech implantach. Minimalną ilością implantów utrzymujących protezę w szczęce są cztery, ale w prezentowanym przypadku dodatkowymi elementami utrzymującymi protezę były klamry na zębach własnych. W tym przypadku prawidłowa funkcja i estetyka uzupełnienia w szczęce uzależniona była od równoczesnego uzupełnienia braku w żuchwie.
Z racji ograniczonego budżetu pacjenta, podjęto decyzję o uzupełnieniu braków protezami ruchomymi; uwzględniono jednak możliwość zastosowania w przyszłości uzupełnień stałych. Istotne było pozycjonowanie implantów w okolicy 15,11,22 z szablonem oraz właściwy dobór implantów (dwuczęściowe z przykręcanymi zatrzaskami).


ryc. 9

ryc. 10

Ryc. 9 i 10 Implanty z przykręconymi zatrzaskami i gotowe protezy.

Jak w wielu innych dziedzinach, implantologia ewoluuje i wymaga stałego dokształcania się. Zmieniają się kryteria oceny powodzenia leczenia, techniki zabiegowe i konstrukcje implantów oraz uzupełnień protetycznych. Twierdzenie, że wiem wszystko w swojej dziedzinie może jedynie świadczyć o niedojrzałości, dlatego tak cenna jest pomoc w dokształcaniu oferowana przez takie organizacje jak PSI.

ryc. 11

ryc. 12

Ryc. 11 i 12 Kontrola okluzji i RTG po leczeniu.

lek.dent. Rafał Radzewski

Mój egzamin Fellowship

My Fellowship examination

lek. lek.dent. Rafał Radzewski, Fellowship PSI/ICOI
[1]Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM w Poznaniu
[2]ETHICA Dental Clinic
60-359 Poznań, ul.Zbąszyńska 32
61 671 10 40
ethica@ethica.pl

Moja droga zawodowa oraz przygoda z implantologią są dłuższe i bardziej kręte niż większości moich kolegów, ale przez to nie mniej, a może nawet bardziej interesująca. W 1998 roku uzyskałem dyplom lekarza na poznańskiej Akademii Medycznej, ale zawsze marzyłem o wykonywaniu specjalności zabiegowej. Przez kilka lat poszukiwałem swojego miejsca na oddziałach chirurgicznym i onkologicznym w Poznaniu. Po czterech latach postanowiłem jednak nawiązać do rodzinnej tradycji (moja mama jest stomatologiem) i powróciłem na uczelnię, aby kontynuować naukę. Po ukończeniu drugiego kierunku studiów, szczęśliwie trafiłem wprost do wiodącej prywatnej placówki implantologicznej. Tam miałem okazję od samego początku obserwować i wdrażać się do wykonywania samodzielnych zabiegów pod opieką bardzo doświadczonego implantologa pani doktor Beaty Lipko. Pomocne w zdobywaniu kolejnych etapów „wtajemniczenia" były z pewnością umiejętności manualne zdobyte podczas pracy w charakterze chirurga. Wiedziałem jednak, że najistotniejsze jest zaangażowanie sił

i środków w jak największą liczbę specjalistycznych szkoleń oraz poszukiwanie doświadczonych kolegów, od których będę mógł się uczyć najwyższych standardów pracy. Już podczas pierwszego zagranicznego kongresu implantologicznego w Salzburgu miałem okazję poznać bliżej i zaprzyjaźnić się z panem doktorem Andrzejem Szwarczyńskim, który z resztą wcześniej był moim nauczycielem akademickim. Od tego momentu wielokrotnie ko-

rzystałem z jego porad oraz pomocy w trakcie wspólnie wykonywanych zabiegów. To również dzięki jego pomocy udało mi się zainteresować kierownika Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej pana dra hab. n. med. Krzysztofa Osmolę tematyką, która stała się obiektem badań w ramach moich studiów doktoranckich. Pod jego opieką realizuję eksperyment medyczny: „Ocena osseointegracji u pacjentów po przeszczepach narządów." Ma on charakter nowatorski w skali światowej i może przyczynić się do zmiany wskazań do stosowania wszczepów u dużej grupy chorych.
Po kilku latach stwierdziłem, że najlepszym sposobem na usys-

tematyzowanie zdobywanej w Polsce oraz za granicą wiedzy, będzie ukończenie Curriculum Implantologii. Tego typu szkolenia prowadzone są przez różne instytucje i organizacje, ale za namową moich mistrzów wybrałem jednak właśnie to, które jest prowadzone przez PSI i tak związałem się ze Stowarzyszeniem. Licencję na prowadzenie Praktyki Implantologicznej otrzymałem po zdaniu egzaminu praktycznego i teoretycznego w 2011 roku.

Liczne grono koleżanek i kolegów decyduje się na podejście do egzaminu Fellowship zaraz po ukończeniu tego szkolenia. Pomimo, iż posiadałem już wtedy wystarczający dorobek implantologiczny wymagany do podejścia do egzaminu (tj. minimum 2 lata doświadczenia w implantologii oraz co najmniej 50 wszczepionych implantów) postanowiłem odczekać i nabrać większej praktyki. Zależało mi przede wszystkim z jednej strony na udoskonaleniu metod diagnostycznych i planowania, a z drugiej - na podniesieniu umiejętności z zakresu zabiegów regeneracyjnych kości. Szczególnie ten drugi obszar jawi się jako podstawowy i kluczowy kierunek rozwoju współczesnej implantologii.

W tym roku, po 10 latach pracy z implantami i wszczepieniu ich blisko 500, uznałem, że jest to właściwy moment, aby zweryfikować swoje dokonania.

Dnia 12 czerwca 2015 r. podczas 9 Międzynarodowego Kongresu PSI/ICOI/DGOI w moim rodzinnym Poznaniu wraz z jedną koleżanką i 17 kolegami miałem zaszczyt zaprezentować moje przypadki kliniczne Komisji Egzaminacyjnej. W jej skład tradycyjnie weszli znakomici specjaliści: prof. (NYU) dr Ady Palti, prof. dr hab. n. med. Ryszard Koczorowski, dr hab. n. med. Krzysztof Osmola, dr n. med. Mariusz duda oraz dr n. med. Dariusz Pituch.

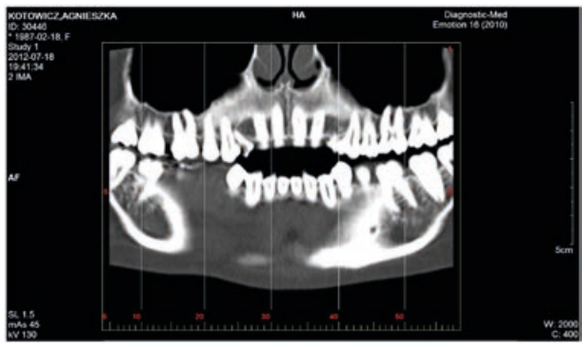
Po prezentacji 3 przypadków z własnej praktyki, każdy egzaminowany otrzymał od Komisji pytania dotyczące zastosowanych metod diagnostycznych, planowania oraz koncepcji terapeutycznej. Trzeba było również odpowiedzieć na pytania weryfikujące ogólną wiedzę z zakresu implantoprotetyki. Egzaminatorzy przedstawili swoje krytyczne i konstruktywne oceny, które dla każdego z nas były jednocześnie najlepszą metodą weryfikacji, jak i bezcenną lekcją udzieloną przez znacznie bardziej doświadczonych kolegów. Podobnie jak w poprzednich latach, pan prof. Ady Palti podkreślił, że dla niego największą satysfakcją jest stale rosnący poziom egzaminów Fellowship w Polsce, który wyróżnia się na tle innych państw. Warto nadmienić, że Pan Profesor jest członkiem Komisji Egzaminacyjnej nieprzerwanie od pierwszego egzaminu, który odbył się w naszym kraju.

Następnego dnia, podczas uroczystej ceremonii wszyscy otrzymaliśmy certyfikat Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship. Uzyskany tytuł lekarza implantologa jest nie tylko źródłem własnej satysfakcji zawodowej. To również bardzo ważny dowód dla pacjentów, bo świadczy o tym, że lekarz, pod którego opieką będzie się znajdował, przeszedł wnikliwy system szkolenia i weryfikacji posiadanych umiejętności. Z pewnością będzie pomocny przy dokonywaniu przez pacjenta decyzji o wyborze konkretnego implantologa; jest zatem istotnym narzędziem marketingowym. Najprawdopodobniej w przyszłości po zmianie regulacji legislacyjnych, będzie również dokumentem nieodzownym do wykonywania jakichkolwiek zabiegów z zakresu implantologii.

Kolejnym etapem na mojej drodze będzie Egzamin Diplomate, który pragnę zdać za dwa lata, gdyż z taką częstotliwością są one organizowane przez PSI i ICOI. Przygotowania do tego wydarzenia rozpocząłem zaraz po zdaniu Egzaminu Fellowship. Jest to konieczne, gdyż poziom, który jest wymagany od kandydatów na kolejny stopień jest o wiele wyższy. Z pewnością wiadomości zdobyte w tym roku będą cenna wskazówką i pomocą na drodze do kolejnego celu.

Poniżej jeden z przypadków klinicznych zaprezentowanych przed Komisja w trakcie egzaminu.

Pacjentka (lat 27) zgłosiła się z powodu hipodoncji (12,22) oraz przetrwałych zębów mlecznych (53,63). Dodatkowo u pacjentki doszło do przemieszczenia górnych kłów (13,23) w pozycji bocznych siekaczy. Interesujący jest fakt, że u matki pacjentki występuje zaburzenie wielkości bocznych siekaczy w postaci mikrodoncji. Jednoznacznie wskazuje to na dziedziczenie tej cechy oraz jej nasilenie w kolejnym pokoleniu.



Pacjentka nie wyraziła zgody na leczenie ortodontyczne, w związku z tym zaproponowano leczenie implantoprotetyczne. Wykonano badanie TK w celu dokładnej oceny wyrostka w miejscu planowanej implantacji, istniała bowiem obawa o deficyt tkanki kostnej ze względu na brak zawiązków zębów stałych. Okazało się jednak, że warunki kostne są bardzo dobre. Warunki okluzyjne zostały zarejestrowane przy użyciu łuku twarzowego. Z uwzględnieniem reguł okluzji centralnej wykonano wax-up i zaprezentowano pacjentce do akceptacji planu leczenia.

W pierwszym etapie oszlifowano zęby 13 i 23 w celu modyfikacji ich kształtu i finalnie uzyskania (przy wykorzystaniu koron) zębów o wymiarach i wyglądzie bocznych siekaczy. Na kikuty zamontowano korony tymczasowe wykonane z materiału Protemp w oparciu o wax-up.

Następnie po kliku dniach przystąpiono do zabiegu chirurgicznego. W znieczuleniu nasiękowym (artykaina+noradrenalina) obustronnie usunięto przetrwałe zęby mleczne (53,63). Natychmiastowo wszczepiono implanty Naturall o średnicy 3,5 mm i długości 10 mm. Uzyskano stabilizację pierwotną wynosząca 50 Ncm. Pomiar Osstellem wykazał wartości odpowiednio 65/67 oraz 60/69 (prawa/lewa). Zastosowano gojenie zamknięte. Zmodyfikowano pracę tymczasową, wykonując mosty 13-12 oraz 22-23. Pacjentka przyjmowała antybiotykoterapię (Doxycyklina 0,2 g przed zabiegiem i 1 x 0,1 g przez 5 dni po zabiegu) oraz standardowe leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne (Ketonal 0,1 g co 4 godziny przez 2 dni).

Po zaplanowanym okresie osseointegracji trwającym 3 miesiące odsłonięto implanty. Pomiar Osstell wykazał bardzo dobrą stabilizację wszczepów (lewa 65/65; prawa 65/70) umożliwiającą bezpieczne obciążenie. Zamontowano śruby gojące, które formowały dziąsło przez kolejne 2 tygodnie. Po tym czasie pobrano wyciski metodą łyżki otwartej z całego pola protetycznego obejmujące również oszlifowane zęby 13 i 23. W laboratorium przygotowano łączniki oraz pełnoceramiczne korny na podbudowie z tlenku cyrkonii.

Ostateczne korony na zębach własnych pacjentki zacementowa-

no wykorzystując cement Panavia natomiast na łącznikach implantologicznych przy użyciu dedykowanego do takich wskazań cementu ImplantLink semi. Uzyskano efekt funkcjonalny i estetyczny, w pełni satysfakcjonujący pacjentkę.

Na zdjęciach RVG wykonanych zarówno po roku, jak i dwóch od momentu implantacji nie jest widoczny zanik kostny wokół wszczepów, a jedynie remodeling wyrostka. Świadczy to o prawidłowej integracji oraz właściwym obciążeniu czynnościowym implantu.

Szczególne podziękowania dla pana Dariusza Zybera z Pracowni Protetycznej CERLab/BerDent, z którym od wielu lat współpracuję, a który wspiera mnie swoim doświadczeniem oraz odpowiada za wykonanie najwyższej jakości prac protetycznych.

lek. dent. Łukasz Drejarz

Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

lek.dent. Łukasz Drejarz, Diplomate PSI/ICOI
Centrum Stomatologii Estetycznej i Implantologii - Stomatologia Mierzyn
ul. Welecka 38, 72-006 Szczecin-Mierzyn
www.stomatologia-mierzyn.pl
drejarz@stomatologia-mierzyn.pl
tel. +48 91 851 17 17

Implantoprotetyka jest moją pasją. Stały rozwój tej dziedziny stomatologii i wsparcie przez nowe technologie sprawia, że nie jest w stanie być dla mnie nudna. Jednak najwspanialszą rzeczą jest to, że daje możliwość zaoferowania pacjentom trzecich zębów, najlepszej dostępnej odbudowy funkcjonalno-estetycznej.

12 czerwca 2015 roku miałem zaszczyt zdawać egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate. Egzamin był dla mnie głównie sprawdzianem samego siebie, oceny doświadczenia i rozwoju, a także krytycznej oceny niektórych decyzji. Jednak okazja do konfrontacji w gronie kolegów daje również wspaniałą możliwość do wymiany doświadczeń i współdzielenia się wiedzą. Sam egzamin jest w formie prezentacji przypadków, podobnie jak na egzaminie Fellowship, który zdawałem dwa lata wcześniej.

9. Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI po raz pierwszy w Poznaniu, hotel Mercury, gorące czerwcowe popołudnie zabierało przyjemność z ubrania oficjalnego stroju. Komisji Egzaminacyjnej przewodzili: prof. dr Ady Palti, prof. dr hab. Ryszard Koczorowski, dr n. med. Mariusz Duda, dr n.med. dr hab. Krzysztof Osmola. Nie ukrywam, że prezentacja przed takim forum dostarczyła mi dużą dawkę emocji przyprawioną stresem. Egzamin w dużej mierze ma postać dyskusji, jednak nie jest to luźna pogawędka, szczególnie na poziomie Diplomate, bo członkowie Komisji umieją w dosadny sposób wytykać błędy. Oprócz prawidłowego planowania i przebiegu leczenia uwagę zwrócono również na jakość dokumentacji fotograficznej, zachęcając zdających do większej staranności. Jeden z prezentowanych przypadków opisuję poniżej.

ryc. 1

ryc. 2

Ryc. 1 Zdjęcie OPG wykonane na wizycie konsultacyjnej.
Ryc. 2 Sytuacja wewnątrzustna - górny łuk zębowy

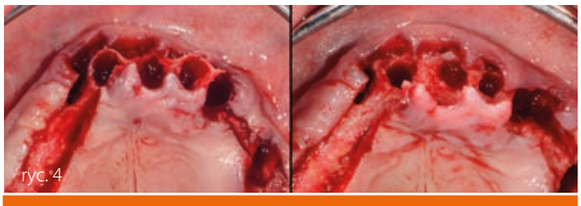
Pacjentka lat 62, generalnie zdrowa, brak schorzeń układowych, nie przyjmująca leków na stałe. W szczęce rozległe braki zębowe, duże zniszczenie zębów przednich, pozostałe zęby trzonowe w silnej ekstruzji (Ryc. 1, 2). Obustronne braki skrzydłowe w żuchwie. Pacjentka nosiła częściową protezę górną, która nie spełniała ani wymogów okluzyjnych, ani estetycznych (Ryc 3.). Braki w żuchwie

ryc. 3

Ryc. 3 Sytuacja wewnątrzustna.

również zaopatrzone były protezą częściową, której pacjentka nie używała, gdyż nie mogła jej zaakceptować. Po rozmowach z pacjentką zaproponowałem uzupełnienie stałe: w szczęce - przykręcany most z różową ceramiką oparty na 6 implantach, w żuchwie - 2 pojedyncze implanty w pozycjach 36 i 46. Planowana pozycja implantów w szczęce to: 15, 14, 12, 22, 24 i 25. Zęby od 11-25 miały zostać usunięte w trakcie zabiegu, trzonowce górne pozostawione dla lepszej stabilizacji częściowej protezy natychmiastowej, wykonanej jako uzupełnienie tymczasowe.

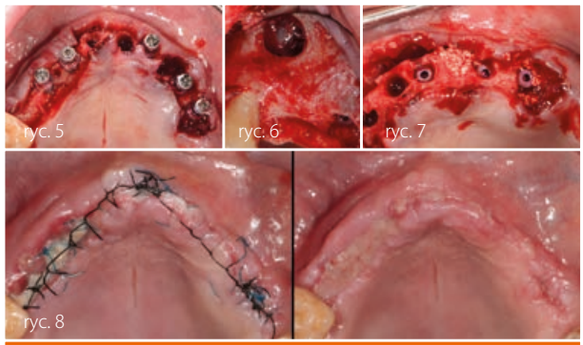
Podczas zabiegu po usunięciu zębów w odcinku przednim szczęki wykonano alweoplastykę, w celu wyrównania poziomu kości


ryc. 4

Ryc. 4 Alweoplastyka wyrostka szczęki po ekstrakcji zębów.

wyrostka (Ryc. 4). W regionie 15-16 wykonano zabieg podniesienia dna zatoki metodą otwartą z zastosowaniem biomateriału typu ksenograft zmieszanym z w pełni syntetycznym materiałem kościozastępczym oraz błoną kolagenową (Ryc. 5). W szczęce wprowadzono 6 implantów Biogenesis Kisses 4.0/10 mm (Ryc. 6, 7), w żuchwie 4.0/10 mm w pozycji 36 i 4.0/8.5 mm w pozycji 46. Cały zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym.

Proces gojenia przebiegł prawidłowo (Ryc. 8). Po 12 tygodniach rozpoczęto etap odbudowy protetycznej. Po odsłonięciu, implanty zostały zaopatrzone łącznikami typu multi-unit. Po szynowaniu transferów dla minimalizacji skurczu masy wykonano wycisk transferowy z pozycji łączników (Ryc. 9,10). Pacjentka była zadowolona z kształtu i pozycji zębów w protezie tymczasowej, dlatego została ona skopiowana (Ryc. 11). Miała posłużyć jako model, na którym dokonywane zostały ostateczne zmiany, a w dalszej kolejności jako baza informacji dla laboratorium protetycznego (Ryc. 12). Na podstawie dokumentacji fotograficznej wykonano


ryc. 5

ryc. 6

ryc. 7

ryc. 8

Ryc. 4 Implanty Biogenesis Kisses wraz z przenośnikami.
Ryc. 6 Sinus lift strona lewa - okno w przedniej ścianie zatoki.
Ryc. 7 Augmentacja reg. 23-26 biomateriałem typu ksenograft.
Ryc. 8 Proces gojenia. Wygląd tkanek dzień po zabiegu i 10 dni później.

cyfrową analizę estetyczną wspartą projektowaniem odbudowy (Ryc. 13, 14). Wyciski wraz z wszystkimi danymi wysłano do laboratorium protetycznego. Wykonano modele gipsowe z osadzonymi analogami implantów, które zeskanowano, tak jak kopię protezy tymczasowej. Podbudowę konstrukcji zaprojektowano i wyfrezowano w technologi CAD/CAM, następnie licowana została ceramiką (Ryc.15,16). Przed osadzeniem pracy usunięto pozostałe zęby w szczęce. Gotową konstrukcję przykręcono do łączników z

ryc. 9

Ryc. 9 Wycisk transferowy z poziomu łącznika. Etapy łączenia kompozytem.

siłą 15 Ncm (Ryc.17,18). Implanty 36 i 46 wsparto łącznikami indywidualnymi z cementowanymi koronami.

Zdjęcia rtg potwierdzają bardzo dobre przyleganie i pasywność odbudowy protetycznej, a także prawidłową integrację wszczepów (Ryc. 19, 20).

Tego typu odbudowa implantoprotetyczna jest niezastąpiona u pacjentów mających problem z akceptacją uzupełnień ruchomych. Pacjentka jest bardzo zadowolona z efektu leczenia, a jej zadowolenie i nowy uśmiech dostarczyły mi dużo satysfakcji (Ryc. 21).

ryc. 10

ryc. 11

Ryc. 10 Wycisk transferowy masą sylikonową.
Ryc. 11 Kopia protezy tymczas. mocowana do transferu i pozostałych zębów.

ryc. 12

ryc. 13

ryc. 14

Ryc. 12 Wykorzystanie kopii protezy jako mock-up korygowany kompozytem.
Ryc. 13 Projektowanie odbudowy wsparte cyfrową analizą estetyczną.
Ryc. 14 Cyfrowa analiza pozycji zębów w stosunku do sytuacji wyjściowej.

ryc. 15

ryc. 16

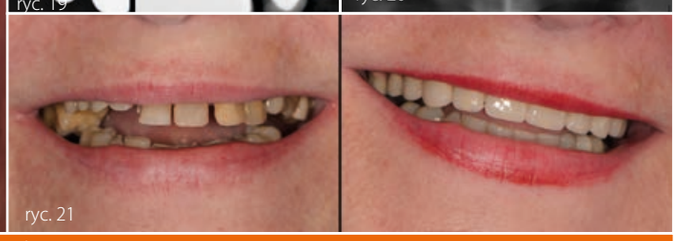
ryc. 17

Ryc. 15 Projektowanie CAD/CAM.
Ryc. 16 Wyfrezowana podbudowa z chromo-kobaltu na modelu roboczym.
Ryc. 17 Gotowa odbudowa implantoprotetyczna.

ryc. 18

ryc. 19

ryc. 20


ryc. 21

Ryc. 18 Most 16-26 in situ. Otwory śrub mocujących zasklepione kompozytem.
Ryc. 19 Szczelność i osadzenie odbudowy na łącznikach typu mult-unit.
Ryc. 20 Kontrolne zdjęcie OPG rok po zakończeniu leczenia.
Ryc. 21 Sytuacja wyjściowa i finalny uśmiech pacjentki.

Lek. dent. Cezary Kabaciński

Mój egzamin Diplomate

My Diplomate examination

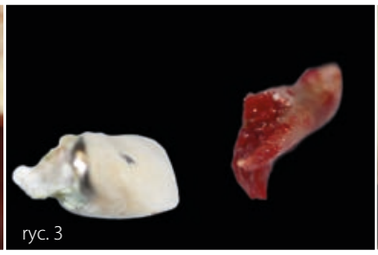
Lek. dent. Cezary Kabaciński
72-600 Świnoujście
Ul.Boh.Września 83/1
cezardent@uznam.net.pl

W 1987 roku ukończyłem studia na II Wydziale Lekarskim na Oddziale Stomatologii Pomorskiej Akademii Medycznej. Początkowo podjąłem prace w ZOZ „Świnoujście", a następnie rozpocząłem równocześnie pracę w Przychodni Rejonowej w Międzyzdrojach i w Przychodni Rejonowej w Świnoujściu. Po zakończeniu studiów kontynuowałem naukę i w 1991 roku przystąpiłem do Egzaminu Specjalistycznego I-go stopnia z zakresu Stomatologii Ogólnej, otrzymując ocenę bardzo dobrą. W 1993 roku otworzyłem prywatną praktykę stomatologiczną, co nie powstrzymywało mnie od dalszego rozwoju i uczestniczenia w licznych kursach oraz szkoleniach zarówno w Polsce jak i za granicą. Uzyskaną wiedzę i poznane nowoczesne technologie wprowadzałem systematycznie do swojej praktyki. Szczególnie zainteresowała mnie endodoncja i chirurgia stomatologiczna. Dzięki napotkaniu na swojej drodze zawodowej osób będących w równym stopniu pasjonatami tych dziedzin, wspólnie utworzyliśmy w 2004 roku Polskie Towarzystwo Endodontyczne (PTE), stałem się Członkiem Założycielem PTE i Pionierem Polskiej Stomatologii Mikroskopowej. W trakcie pogłębiania wiedzy natknąłem się na różne sytuacje w praktyce wymagające dodatkowych możliwości terapeutycznych i podjąłem się kolejnego wyzwania, jakim stała się implantologia. Implantologia pozwala nam na uzupełnienie utraconego uzębienia implantami, które pozwalają nam na utrzymanie estetyki, zachowują kość i odbudowują cały układ stomatognatyczny. Wachlarz korzyści, jakim charakteryzują się prace na implantach, powodują, że coraz więcej pacjentów decyduje się na zabieg z ich użyciem. Implanty mogą posłużyć jako alternatywa uzupełnień ruchomych, a ich szczególnym atutem jest brak potrzeby szlifowania zębów filarowych, co jest nieuniknione w przypadku protez stałych (tzw. mostów).

W 2008 roku wstąpiłem w szeregi Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego na Kongresie PSI w Wiśle. Rozpocząłem karierę jako Implantolog, nie porzucając przy tym endodoncji. Na Kongresie zainteresowałem się „Forum Aktywnego Implantologa", na

ryc. 1

ryc. 2


ryc. 3

ryc. 4

którym lekarze Implantolodzy dzielą się swoimi doświadczeniami, opisując napotkane trudności czy ciekawe przypadki. Forum takie umożliwia nie tylko odkrywanie ciekawych rozwiązań, ale również pozwala na wymianę wiedzy.

Implantologia stała się moją pasją. Mimo, że już od dłuższego czasu zajmowałem się implantologią, w 2010 roku przystąpiłem do cyklu szkoleń Curiculum Implantologicznego PSI. Curiculum Implantologiczne PSI było niesamowitym przeżyciem, pozwoliło

ryc. 5

ryc. 6

mi poznać kulisy pracy innych wiodących Ośrodków Implantologicznych, usystematyzować wiedzę i poznać interesujących ludzi. W grudniu 2010 roku zdałem egzamin Curiculum Implantologicznego, a przez następne dwa lata przygotowywałem się do egzaminu Fellowship, szkoląc się na kursach oraz dokumentując ciekawe przypadki ze swojej pracy. Po egzaminie w 2012 roku otrzymałem tytuł Implantologa, a już w czerwcu 2015 roku podczas zjazdu PSI w Poznaniu, zdałem kolejny egzamin Diplomate i otrzymałem tytuł Implantologa PSI, ICOI Eksperta ds. Implantologii stomatologicznej DGOI.

Uczestnictwo w cyklu kursów od Curriculum poprzez egzaminy Fellowship aż do Diplomate było bez wątpienia najlepszą obraną

ryc. 7

ryc. 8

przeze mnie drogą, gdyż doprowadziła mnie do ugruntowania i rozwinięcia posiadanych umiejętności i pozwoliła na poznawanie coraz to bardziej zaawansowanych nowoczesnych technologii.

Dlatego zainwestowałem w najnowocześniejszy sprzęt RTG w postaci CBCT Mority , przygotowałem specjalistyczną salę zabiegową wzorując się na wiodących Ośrodkach Implantologicznych , które miałem możliwość zobaczyć i aktualnie wykonuje specjalistyczne zabiegi z zakresu zarówno endodoncji jak i implantologii.

Opis przypadku

Największym osiągnięciem w implantologii jest możliwość wykonywania implantacji natychmiastowych z obciążeniem szczególnie w strefie estetycznej.

Pacjentka lat 55 zgłosiła problem ruszającej się korony zęba 12. Usunąłem ząb atraumatycznie przy pomocy luksatorów. Po dokładnej analizie okazało się, że korzeń zęba miał złamanie podłużne (VRF).

Wykonałem opracowanie łoża pod implant zgodnie z protokołem natychmiastowej implantacji w zębach siecznych (1/3 długości zębodołu w kierunku podniebiennym). Ze względu na silne zniszczenie blaszki kostnej od strony przedsionkowej założyłem błonę kolagenową po wprowadzeniu implantu uzyskałem stabilizację pierwotna 40 Ncm2.

Po przymiarce łącznika czasowego {technicznego} UCLA wykonałem kołnierz dziąsłowy z kompozytu flow, a następnie dopełniłem kompozytem flow resztę łącznika, by wykonać kołnierz przezdziąsłowy. Łącznik UCLA został wypełniony taśmą teflonową i wykonałem koronę czasową przy użyciu standardowej kształtki celuloidowej.

Kontrolne zdjęcie RTG potwierdziło prawidłowe wykonanie implantacji.

Po 3 miesiącach ponownie skontrolowałem stan implantu zdjęciem RTG. Na zdjęciu wykazało zregenerowaną kość wokół szyjki implantu. Usunąłem czasową koronę odkręcając łącznik czasowy UCLA i pobrałem wyciski protetyczne masą Impregum.

Po tygodniu została wykonana przez Pracownię Protetyczną Sudnik & Cholewa ze Szczecina metaloceramiczna korona protetyczna na łączniku standardowym.

Po zacementowaniu wykonałem zdjęcie kontrolne RTG.

Dla porównania prezentuję zestaw zdjęć kontrolnych , które dokumentują możliwość odbudowy blaszki kostnej nawet podczas implantacji natychmiastowej.

Chciałbym bardzo podziękować moim mentorom, przyjaciołom, kolegom dr Jerzemu Zbożniowi i dr Michałowi Jóźwiakowi za wskazanie mi kierunku w nowoczesnej stomatologii i zaszczepienie pasji do endodoncji i implantologii.

ryc. 9

ryc. 10

ryc. 11

ryc. 12

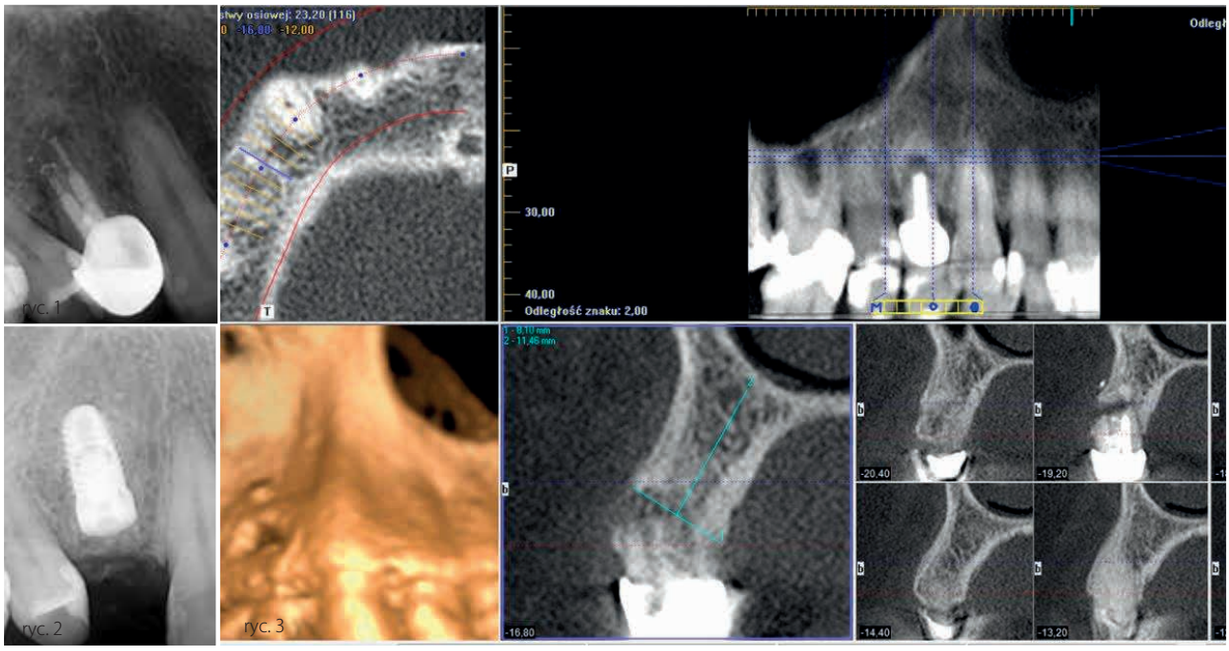
Joanna Podobińska

Mój Egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

My International Fellowship Examination in Oral Implantology

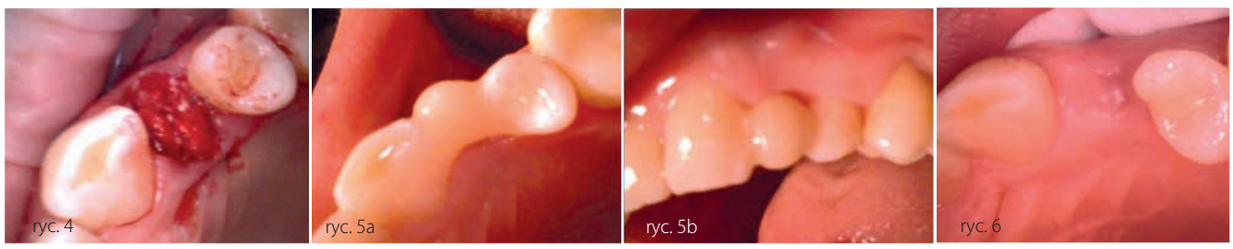
lek. dent. Joanna Podobińska, Fellowship ICOI
Laser-Dent Gabinet Stomatologiczny Joanna Podobińska
ul. Szkolna 5A, Kraków
laser.dent.joanna@gmail.com

Kończąc studia w 1992 r. nie przypuszczałam, że implantologia stanie się kiedyś moją pasją. Ta dziedzina nauki w Polsce dopiero zaczęła stawiać pierwsze kroki. Nie była w programie studiów stomatologicznych, a jej dynamiczny rozwój rozpoczął się dopiero pod koniec lat 90. idąc w parze z tak bardzo pomocnym rozwojem internetu. Pierwszy kurs z dziedziny implantologii odbyłam w 1999r. Miałam już za sobą ukończoną specjalizację I stopnia ze stomatologii ogólnej. W tym czasie czułam jednak duży respekt



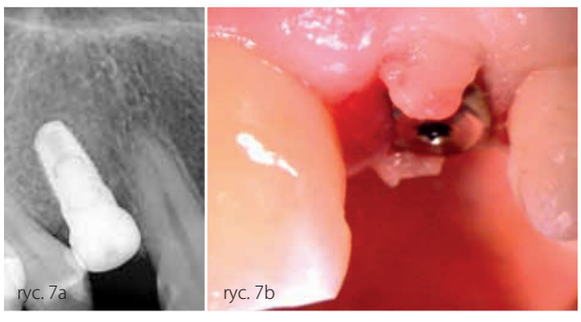
i dystans przed zbyt wczesnym wprowadzeniem do swojej praktyki rehabilitacji pacjentów metodami implantologicznymi. Świadomość potrzeby ogromnego przygotowania praktycznego, nie tylko z dziedziny tak ważnej chirurgii stomatologicznej czy protetyki ale i psychologii, stomatologii ogólnej, diagnostyki radiologicznej (CTCB było jeszcze nieosiągalne) czy periodontologii, zmusiła mnie do zdobycia takiego interdyscyplinarnego doświadczenia, a to wymagało czasu i pokory.

wanie mnie do jeszcze większej pracy w dziedzinie implantologii. Patrząc z perspektywy czasu, zachęcam wszystkich lekarzy, którzy zaczynają pracę z implantologią, do uczestniczenia w Curriculum, które daje możliwość kształcenia w wielu niezależnych ośrodkach w Polsce, spojrzenie z różnych perspektyw na metody leczenia, co w znaczący sposób podnosi nasze kwalifikacje i umiejętność analitycznego myślenia. W celu zweryfikowania swoich umiejetności postanowiłam przystąpić do Międzynarodowego Egzaminu



Fundamenty praktycznej implantologii i niezbędne, cenne wskazówki, w sposób klarowny, krok po kroku, przekazał mi dr n. med. Maciej Stupka, któremu chcę bardzo podziękować. Jestem wdzięczna nie tylko za dzielenie się ze mną swoją wiedzą, ale doceniam fakt, że zawsze mogę liczyć na jego pomoc.

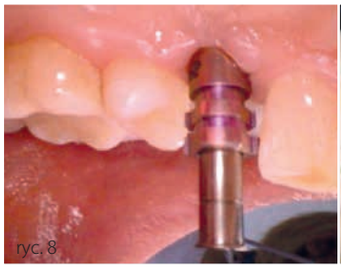
Duże doświadczenie zdobyłam pod skrzydłami Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego, gdzie spotkałam wielu lekarzy, którzy w sposób fachowy pomogli mi usystematyzować moją wiedzę. W 2013r. pomyślnie zdałam egzamin w ramach Curriculum Implantologii, podsumowując ten etapu kształcenia. W tym miejscu muszę podziękować Pani dr Elżbiecie Krężlik i Panu dr. Arkadiuszowi Krężlikowi za wyjątkową życzliwość i zainspiro-



Umiejętności Implantologicznej Fellowship. Powyższy certyfikat jest sygnowany przez PSI (Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne), DGOI (Deutsche Gesellschaft fur Orale Implantologie) oraz ICOI (International Congress of Implantologists). Przed egzaminem wszyscy kandydaci musieli przedstawić dokumenty potwierdzające odpowiednią ilość odbytych szkoleń oraz pełną dokumentację wymaganych przypadków implantologicznych. Po przejściu weryfikacji wstępnej, uczestniczyliśmy w przygotowującym nas warsztacie, zorganizowanym w grudniu 2016 r w Krakowie. Zaprezentowane na forum prezentacje były poddawane wnikliwej ocenie. Mieliśmy również okazję do wspólnej nauki. Ta forma spotkania pomogła mi lepiej przygotować się do egzaminu.

Mój egzamin Fellowship odbył się 9 czerwca 2017r. podczas X Międzynarodowego Kongresu Implantologicznego PSI w Krakowie. (Ryc.a)

Wspólna Komisja Egzaminacyjna Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego PSI oraz DGOI i ICOI obradująca pod przewodnictwem prof. (NYU) dr Ady'ego Palti, prof. dr hab. Ryszarda Koczorowskiego, dra n. med. Mariusza Dudy oraz dr hdb. n.med. Krzysztofa Osmoli przeprowadziła Egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship/Diplomate zgodnie z zaawansowanymi programami uznawania kwalifikacji w zakresie


ryc. 8

ryc. 9

ryc. 10

ryc. 11

implantologii stomatologicznej według kryteriów ICOI.
Na sali egzaminacyjnej było zgromadzonych 19 lekarzy zdających na poziomie Fellowship. Pytania egzaminatorów wymagały od nas obrony wybranej metody leczenia w przypadkach, które omawialiśmy. Należało przedstawić prawidłowe planowanie, przygotowanie do zabiegu, omówić rzetelnie udokumentowany zabieg, jak i obserwację efektów leczenia implantoprotetycznego.
Członkowie Komisji byli niejednokrotnie bardzo dociekliwi i domagali się precyzyjnej argumentacji wybranej metody leczenia, jak również zwracali uwagę na kompleksowość leczenia i prawidłową dokumentację medyczną. Mimo życzliwości ze strony Komisji, egza-

ryc. 12

ryc. 13

min wzbudził we mnie wiele emocji. Pewien lęk przed wystąpieniem był dodatkowo potęgowany świadomością prezentowania własnej pracy przed lekarzami z olbrzymim zapleczem naukowo-dydaktycznym i w obecności wielkich międzynarodowych autorytetów. Stanąć przed takim gremium było wielkim zaszczytem, ale wzmocnionym dużą dawką stresu i niepewności. Wszyscy egzaminowani po obronach otrzymali gratulacje od Szanownej Komisji. Bardzo miłe i mobilizujące na przyszłość były słowa o wzrastającym z roku na rok poziomie prac lekarzy, przystępujących do egzaminu. Uroczystość przyznania certyfikatów odbyła się w wyjątkowo podniosłej atmosferze podczas Gali Dinner.
Żywię nadzieję, że nie było to moje ostatnie spotkanie w tym gronie. Chciałabym kolejny etap swojej edukacji zweryfikować na egzaminie Diplomate. (Ryc. b)
Egzmin Fellowship rozpoczęłam od prezentacji implatacji natychmiastowej zęba 14 u 43 letniej kobiety. Pacjentka zgłosiła się z periodontitis apicalis chronica (ryc.1). Po badaniu klinicznym i CTCB (ryc.2) zaplanowałam implantację w systemie Camlog o długości implant 9 mm i średnicy 4,3mm. Po wstępnym przygotowaniu farmakologicznym pacjentki usunęłam ząb 14 przy użyciu periotomów i piezosurgery. Stabilizację pierwotną implantu uzyskałam na poziomie 30 Ncm. Zamontowałam śrubę zamykającą (ryc.3). Zastosowałam augmentację Bio-Oss i membranę z pericardium Jason. Dodatkowo zabezpieczyłam Antemą i szwami stabilizującymi 5,0 (ryc.4). Jako uzupełnienie tymczasowe wykonałam most kompozytowy adhezyjny na włóknie szklanym bezpośrednio w jamie ustnej pacjentki(ryc.5) 3 tygodnie od zabiegu usunęłam szwy stabilizujące. (Ryc. 5b). Jedynym powikłaniem w omawianym przypadku było odcementownie się mostu tymczasowego już po 3 miesiącach od zabiegu (ryc.6). Ponieważ stabilizacja pierwotna była na dobrym poziomie, a aktualne zdjęcie rtg nie wykazywało odchyleń od normy, zdecydowałam o wcześniejszym odsłonięciu implantu. Po zbadaniu Ostellem stabilizacja wtórna wynosiła 69 ISQ. Można było skrócić procedurę i rozpocząć odbudowę protetyczną. Po zastosowaniu cięcia w kształcie litery H zamontowałam śrubę gojącą szeroką bez konieczności zakładania szwów (ryc.7) (Ryc. 7a) (Ryc. 7b). Po 2 tygodniach pobrałam wycisk na łyżce otwartej(ryc.8). Kolejnym etapem była kontrola łącznika hybrydowego, na modelu i w ustach pacjentki, wykonanego z tlenku cyrkonu w systemie CAD/CAM na bazie tytanowej. (ryc.9, ryc.10). Pracą docelową była korona licowaną porcelaną na tlenku cyrkonu, którą osadziłam na cemencie implantologicznym (ryc 11 - 12) Pacjentka użytkuje uzupełnienie implantoprotetyczne powyżej 4 lat, które nie budzi zastrzeżeń (ryc.13- 15)

Graduating in 1992 I never had fought that implantology will someday become my passion. This area of expertise had just begun to crawl in Poland. It hadn't been included in curriculum of stomatology and its dynamic development hasn't begun until the late 90's going hand in hand with the hands-on Internet. I took my first course in implantology in 1999. I had back then first-degree specialization in general stomatology. At the time, however, I felt a lot of respect and distance to the early introduction to my practice, rehabilitation of patients with implantological methods. Awareness of the need for great practical preparation not only in a field of such important dental surgery or prosthetics but also psychology, general stomatology, interventional radiology (CBCT was yet unreachable) or periodontology, forced me to acquire such interdisciplinary experience and it took time and humility.
Foundations of practical implantology and necessary, valuable tips, in clear manner, and step by step, gave me MD Maciej Stupka, whom I want to thank very much. I'm grateful not only for sharing his knowledge with me but I appreciate the fact that I can always count on his help.
I gained a lot of experience under the wings of the Polish Polish Society of Implantology (PSI), where I met many doctors who professionally helped me to systematize my knowledge. In the year of 2013 I successfully passed Curriculum to sum up this stage of education. At this point, I must thank Dr. Elżbieta Krężlik and Mr. Arkadiusz Krężlik for exceptional kindness and inspiring me to work even more in the field of implantology.
Looking back in time, I encourage all doctors who are starting to work with implantology to attend Curriculum, which gives the opportunity to study at many independent centers in Poland, looking from different perspectives on treatment methods, which significantly enhances our qualifications and analytical thinking.
In order to verify my skills I decided to join the Fellowship Examination in Oral Implantology. The above certificate is signed by PSI (Polish Society of Implantology), DGOI (Deutsche Gesselshaft für Orale Implantologie) and ICOI (International Congress of Implantologists). Prior to the exam, all applicants were required to provide evidence of adequate training and complete documentation of the required implant procedures.
After passing the verification, we participated in preparation workshop, which was organized in Cracow in December 2016. Presentations presented at the forum where thoroughly evaluated. We also had the opportunity to learn together. This form of meeting helped me prepare myself better for the exam.
My Fellowship exam was held on June 9th 2017 During the 10th International Congress

ryc. 14

ryc. 15

of Implantology PSI in Cracow.
Joint Examination Board of PSI, DGOI and ICOI under the guidance of prof.(NYU) Dr. Ady'eg Palti, prof. Dr hab. Ryszarda Koczorowski, MD Mariusz Duda and. Dr hab. Krzysztof Osmoli conducted the Fellowship/Diplomate International Fellowship Examination in accordance with the ICOI's advanced dental implant recognition programs.
There were 19 doctors at Fellowship level in examination room. The examiners' questions required us to defend chosen method of treatment of cases we have discussed. It was necessary to present proper planning, preparation for the procedure, discuss the well documented treatment as well as observe the effects of implantoprosthetic treatment. The Examination Board was often very inquisitive and demanded precise argumentation of the chosen treatment method, as well as the complexity of the treatment and the correct medical documentation.
Despite of the kindness of the Commission, the exam raised a lot of emotions in me. The fear of performing powered by consciousness of presenting one's own work to doctors with enormous scientific and didactic backgrounds and in the presence of great international authorities. Standing in front of such a board was a great honor but reinforced with high
doses of stress and uncertainty.
All participants after the defence received congratulations from the Honourable Commission. Very nice and mobilizing for the future were the words about the increasing level of work of doctors, entering the exam year by year. The certificate ceremony took place in an exceptionally elevated atmosphere during the Gala Dinner
I hope it wasn't my last meeting in this circle. I'd like to verify the next stage of my education on the Diploma exam.
I the Fellowship examination begun with the immediate implantation of tooth 14 on a 43 year old woman. The Patient reported from periodontitis apicalis chronica (ryc.1)
After clinical study and CTCB (ryc.2) I proposed the implantation with a Camlog 9mm length and 4.3mm in diameter. After initial pharmacological preparation I removed tooth 14 using periotomy and piezosurgery.
Primary implant stabilization was achieved at 30Ncm. I installed the closing screw. (ryc. 3) I applied the Bio-Oss augmentation and a pericardium Jason membrane. In addition, I secured with Antema and stabilizing stitches 5,0 (ryc. 4)
As a temporary filling I created I made a fiberglass adhesive composite bridge directly in the patient's mouth.(ryc. 5) Three weeks after the treatment I removed the stabilizing stitches. The only complication in the discussed case was the remodelling of the temporary bridge 3 month after surgery (ryc.6) Because the primary stabilization was good and the current scans showed no deviation from normal, I decided to unveil the implant earlier. After investigating with the Ostell the primary stabilization was 69 ISQ. You could shorten the procedure and begun protetical restoration. After H-shaped cutting, I installed a broad healing screw without the need for snitches. (ryc. 7) After two weeks I took the impression on the open spoon (ryc 8.) The next step was to control the hybrid connector on the model and in the patients mouth, made of zirconium oxide in a titanium-based CAD/CAM system. (ryc. 9, ryc .10) The goal was a porcelain crown on zirconium oxide, which I placed on implantation cement. (ryc. 11, ryc.12) The patient uses an implant prosthetic supplement over 4 years which does not raise any objections (ryc. 13, ryc.14, ryc.15)

reklama

C.WITT DENTAL

Bionnovation
biomedical

SPRAWDZONA
REGENERACJA TKANEK
MIĘKKICH I TWARDYCH
W KAŻDYCH WARUNKACH

Zapraszamy do kontaktu i zapoznania się z pełnym asortymentem na naszej stronie internetowej.

tel. +48 56 623 61 23 | www.facebook.com/Cwittdental | www.cwittdental.pl

PSI
Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne

ICOI EUROPE
INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGISTS

ICOI

www.psi-icoi.pl

MIĘDZYNARODOWY EGZAMIN UMIEJĘTNOŚCI IMPLANTOLOGICZNEJ FELLOWSHIP/DIPLOMATE ICOI

THE INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGISTS

ICOI

June 9, 2017

Hereby certifies that

dr Jan Kowalski

has satisfactorily completed the requirements for Diplomate as set forth by the Board of Directors, and has demonstrated an exceptional interest in the advancement of Implant Dentistry, and is thereby recognized with the title of

BOARD CERTIFIED ~ DIPLOMATE

of The International Congress of Oral Implantologists.

DR. GERARD SCORTECCI
ICOI PRESIDENT

DR. MICHAEL PIKOS
ICOI PRESIDENT - ELECT

DR. KENNETH JUDY
ICOI CHAIRMAN

BETTY LUKACS
ICOI EXECUTIVE DIRECTOR

Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne,
Katowice 40-013 ul. Dyrekcyjna 10/1a
www.psi-icoi.pl, e-mail: psi@icoi.pl, tel. 32 203 27 85

PSI
Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne

Dariusz Wilisowski

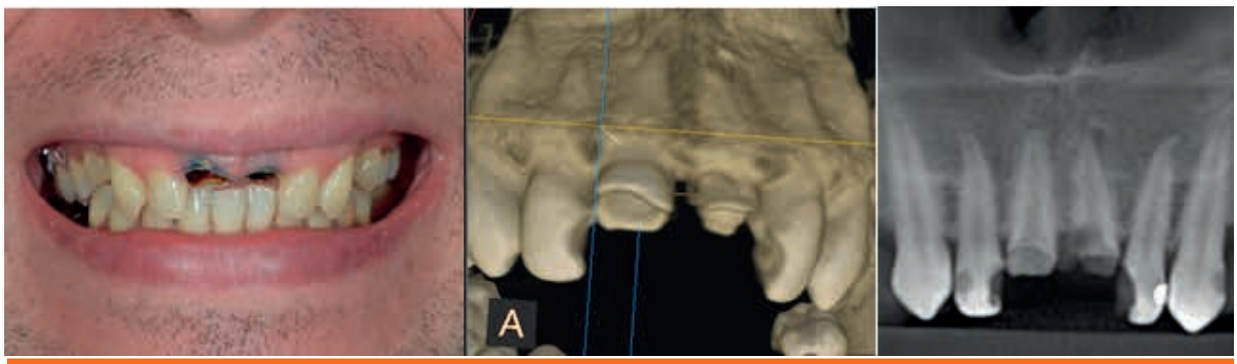
Mój Egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate

My International Diplomate Examination in Oral Implantology

lek. dent. Dariusz Wilisowski
Centrum Stomatologii Luxdentica
www.luxdentica.pl
Lubostroń 22G/lok.7 30-383 Kraków
e-mail: dariusz.wilisowski@luxdentica.pl

Moja przygoda z implantologią stomatologiczną rozpoczęła się 8 lat temu. Pierwsze umiejętności zdobywałem, uczestnicząc w krajowych wykładach i konferencjach implantologicznych. Następnie dla poszerzenia umiejętności praktycznych w 2010 i 2012 odbyłem praktyczne szkolenia dotyczące regeneracji tkanek kostnych w zatokach szczękowych oraz regeneracji tkanek kostnych przy pomocy bloków kostnych. Dalsze doświadczenie odebrałem na Uniwersytecie im. J.W. Goethego we Frankfurcie nad Menem, gdzie w 2014 ukończyłem Curriculum Implantologiczne. Stale poszerzałem swoje zainteresowania implantologiczne, uczestnicząc w międzynarodowych konferencjach EAO (European Association of Osseointegration) oraz zagranicznych kursach

praktycznych (Frankfurt nad Menem). Kiedy zdecydowałem się na certyfikowanie swoich umiejętności implantologicznych wybór był oczywisty, gdzie to zrobię. Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne, które poprzez umożliwienie przystąpienia do egzaminów międzynarodowych Fellowship i Diplomate in Oral Implantology daje możliwość sygnowania swoich umiejętności, także w międzynarodowych organizacjach DGOI (Deutsche Gesellschaft fur orale Implantologie) oraz ICOI(International Congress of Oral implantologists) i gwarantuje uzyskanie tytułu Eksperta ds. Implantologii stomatologicznej PSI, Expert in Oral Implantology DGOI oraz Diplomate in Oral Implantology. Biorąc pod uwagę wielkość towarzystwa,



Ryc. 1 Zdjęcie wewnątrzustne wraz z dokumentacją RTG przed leczeniem.

ilość członków oraz nazwiska założycieli i wykładowców, bycie czynnym członkiem PSI/DGOI/ICOI daje zaszczytną pozycję bycia częścią wyjątkowej społeczności implantologów.

Wymagana dokumentacja zabiegów, którą musiałem przygotować nie utrudniała procedur zabiegowych, natomiast pozwoliła rejestrować wykonywane zabiegi w sposób usystematyzowany. Dzisiaj dokumentację taką wykonuję rutynowo w każdej procedurze.

Tegoroczny egzamin Diplomate podczas Międzynarodowego Kongresu PSI/DGOI/ICOI w Krakowie oceniony był przez egzaminatorów jako bardzo ambitny, a prezentowane przypadki były na wysokim poziomie. Sami zdający z wielką ciekawością obserwowali prace swoich kolegów i stosowane rozwiązania, bowiem spojrzenie na poszczególne przypadki, zwłaszcza w po długim okresie obserwacji z punktu widzenia innego specjalisty, wnosi bardzo dużo do posiadanego już zasobu wiedzy. Tę możliwość rozwoju zawodowego, podczas warsztatów i samego egzaminu, można traktować, jako wartość dodaną do całego procesu egzaminacyjnego.

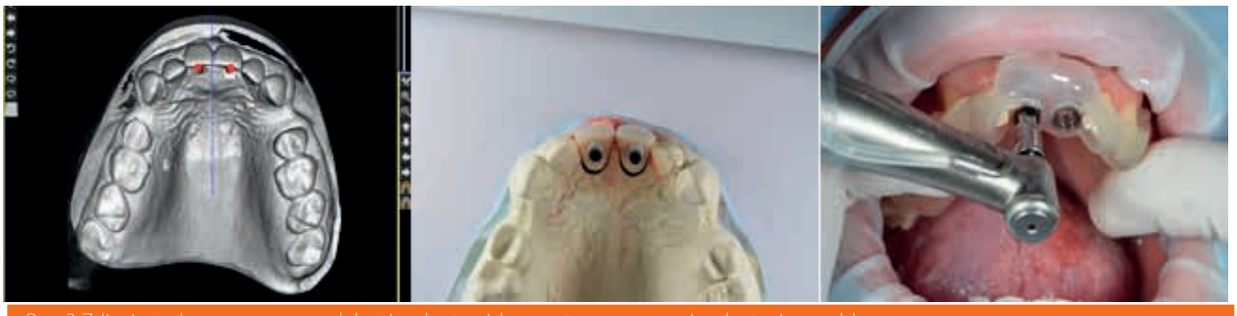
Podczas uroczystości wręczenia certyfikatów i dyplomów nie odczuwano już panującego wcześniej delikatnego zdenerwowania. Uroczystość odbyła się w wyjątkowej atmosferze podczas Gali Diner w sali bankietowej hotelu Double Tree by Hilton Kraków. Poniżej przedstawię jeden z przypadków prezentowanych podczas egzaminu Diplomate.

Pacjent w wieku 35 lat zgłosił się z rozległą próchnicą zębów 11 i 21. Zmianom próchnicowym towarzyszyły zmiany zapalne okolicy wierzchołków korzeni zębów przyczynowych. Po konsultacji i rozpoznaniu oczekiwań leczniczych względem funkcji, czasu

Ryc. 2 Zdjęcie przed leczeniem widok okluzyjny , waxup,mockup.

i estetyki zdecydowałem wykonaniu zabiegu polegającego na ekstrakcji zębów 11 i 21 wraz z natychmiastową implantacją i obciążeniem.

Praca, z uwagi na wysokie oczekiwania estetyczne pacjenta, została zaplanowana w oparciu o planowanie DSD, na bazie którego został przygotowany waxup i mockup. Po zaprezentowaniu pacjentowi możliwości estetycznych planowanego leczenia i jego akceptacji, przystąpiłem do wykonania szablonu chirurgicznego w wersji pełnej nawigacji przy użyciu programu ICX Magellan. Na bazie otrzymanego szablonu chirurgicznego technik dentystyczny perfekcyjnie spozycjonował analogi implantów oraz wykonał natych-



Ryc. 3 Zdjęcie zeskanowanego modelu z implantami, korony tymczasowe , implantacja z szablonem

miastowe korony tymczasowe. Tak przygotowany do zabiegu, mogłem rozpocząć procedurę chirurgiczną. Zabieg przebiegł bez niespodziewanych komplikacji i po około 30 minutach bezpłatowego zabiegu mogłem przystąpić do przykręcenia koron natychmiastowych na implantach ICX 3.75 x 10.0. Moment obrotowy podczas implantacji wynosił 35 N/cm.

Korony tymczasowe stworzyły szczelną barierę, zamykając wejście do zębodołów poekstrakcyjnych, co skutecznie ochroniło skrzep, umożliwiając szybki proces indukcji kostnej i osteogenezy. Po 4 miesiącach gojenia, korony tymczasowe zostały wymienione na korony ostateczne na bazie materiału Vita Enamic Multicolor CAD/CAM. Wykonanie koron ostatecznych uwzględniało wytyczne otrzymane od pacjenta względem zmian wprowadzonych do już funkcjonującego uzupełnienia tymczasowego. Obserwacja roczna daje pełną satysfakcję z podjętej decyzji terapeutycznej, a estetyczny i trwały w czasie rezultat powala optymistycznie spoglądać na metody leczenia implantoprotetycznego z natychmiastowym obciążeniem koronami tymczasowymi. Za współpracę przy opisanym leczeniu pragnę podziękować Mirosławowi Kapuście z Laboratorium Kapdent z Krakowa, firmie Trzeci Ząb za udostepnienie programu Magellan ICX oraz całemu zespołowi Centrum Stomatologicznego Luxdentica z Krakowa za przygotowanie pacjenta do leczenia implantoprotetycznego.

Ryc. 4 Zdjęcie w dniu oddania koron tymczasowych vs zdjęcie kontrolne po 12 mies. użytkowania.

reklama

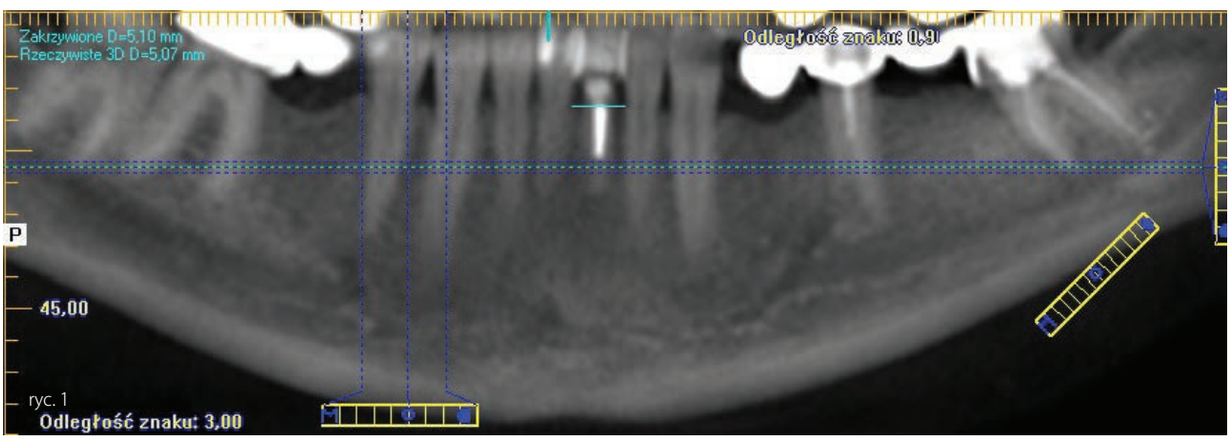
Arkadiusz Makowiecki

Mój Egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

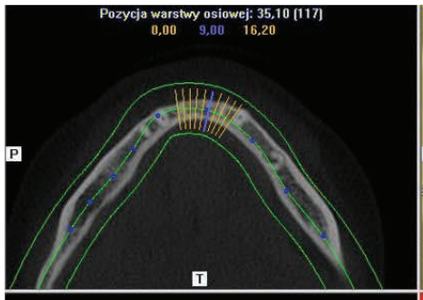
My International Fellowship Examination in Oral Implantology

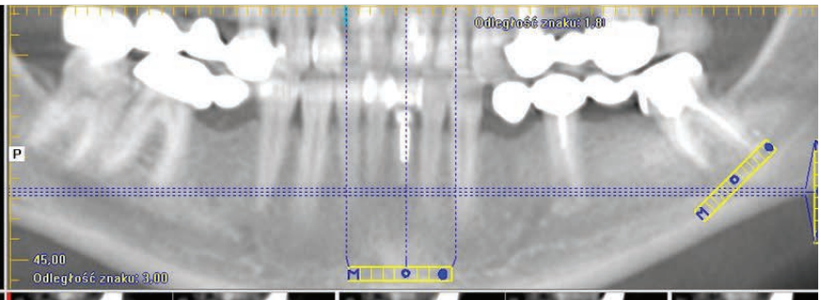
lek. dent. Arkadiusz Makowiecki
ARMADENT, Plac Matejki 2/4, 31-157 Kraków
e-mail: biuro@cybernet.com.pl

W dniach 8-10 czerwca 2017 r. w Krakowie miał miejsce 10. Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI, podczas którego odbyły się egzaminy Międzynarodowych Umiejętności Implantologicznych Fellowship I Diplomate. Będąc wieloletnim członkiem PSI i lekarzem, który zajmuje się chirurgią stomatologiczną i implantologią od ponad 20 lat stwierdziłem, że cennym doświadczeniem będzie poddanie swoich umiejętności ocenie przez grono uznanych specjalistów. Oprócz tego, forma egzaminu pozwala na zapoznanie się z pracami innych kolegów. Warunkiem przystąpienia do egzaminu Fellowship jest posiadanie minimum dwuletniego doświadczenia w dziedzinie implantologii stomatologicznej oraz przedstawienie wykazu 50 wszczepionych implantów oraz 10 przypadków, w których zastosowano leczenie implantoprotetyczne z minimalnym 12 miesięcznym okresem obserwacji. Każdy z przystępujących do egzaminu kandydatów musiał przygotować prezentację swoich przypadków, a następnie przedstawić ją w trakcie egzaminu przed komisją oraz w obecności innych zdających. W trakcie wystąpienia członkowie Komisji zadawali zdającemu pytanie związane z prezentowanymi przypadkami, jak również dotyczące różnych aspektów leczenia impantoprotetycznego. Lekarz prezentujący swoje przypadki oprócz omówienia procesu leczenia musiał również uzasadnić i obronić wybraną przez siebie metodę rozwiązania problemu pacjenta. Mimo przyjaznej, koleżeńskiej atmosfery nie było mowy o taryfie ulgowej, a zadawane pytania nie zawsze były wygodne dla zdającego. Stąd mimo wszystko egzaminowi towarzyszył lekki stres i związane z nim emocje. Na pewnym etapie rozwoju zawodowego nie można już sobie pozwolić na „przyłapanie" na braku wiedzy. Wiedzy, która w przypadku lekarza operatora oprócz doświadczenia i zdolności manualnych jest podstawowym narzędziem pracy. Uważam, że przystąpienie do egzaminu Umiejętności Implantolo-

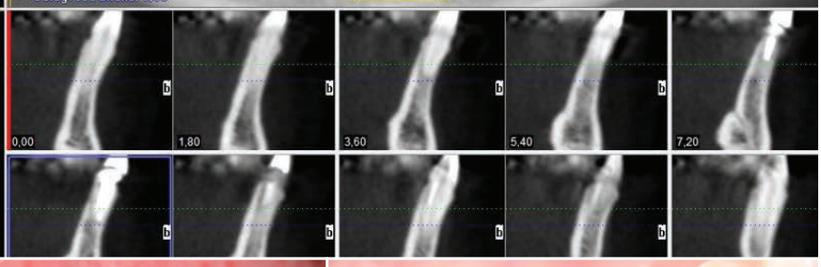


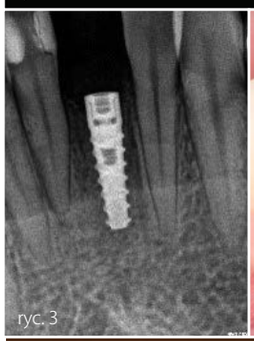
ryc. 1





ryc. 2




ryc. 3

ryc. 4

ryc. 5

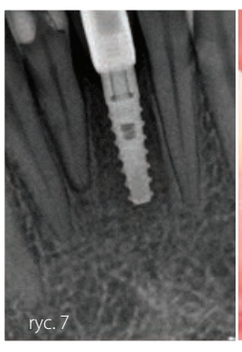
ryc. 6

gicznych oraz jego zdanie jest cennym doświadczeniem, zarówno dla poczatkujących jak i doświadczonych implantologów, gdyż daje możliwość obiektywnego zweryfikowania swoich umiejętności oraz nowy bodziec by doskonalić i rozwijać swoją praktykę implantologiczną.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 35, ząb 31 został zakwalifikowany do usunięcia ze względu na niekorzystne załamanie korony zęba, ocena CBCT (Ryc.1, Ryc.2) wykonano zabieg ekstrakcji z natychmiastową implantacją (Rcs.3) wprowadzono implant o śr. 3mm i długości 10mm, a po 6 miesiącach odsłonięto implant techniką roll-up (Ryc.4) , założono śrubę gojącą uzyskując po 4 tygodniach prawidłowy profil wyłaniania (Ryc.5). Pobrano wyciski i wykonano pracę protetyczną – korona metal-ceramika na łączniku standardowym (Ryc.6). Po osadzeniu pracy wykonano RTG kontrolne oraz zdjęcia efektu estetycznego (Ryc.7). Pacjentka nie zgłaszała się na regularne kontrole - praca po 5 latach (Rys.8)

ryc. 8


ryc. 7

Grzegorz Kot

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Diplomate

My Diplomate Exam

Słowa kluczowe:
doskonalenie zawodowe, implantologia, podnoszenie kwalifikacji, egzamin Diplomate
Key words:
professional improvement, implantology, improving qualifications, Diplomate exam

Grzegorz Kot
Centrum Stomatologii Avidental Kot
ul. Barcza 48/6 L
10-685 Olsztyn
e-mail: grzegorz.kot@avidental.pl

Podczas tegorocznego kongresu ICOI/ICOI Europe/PSI, który odbył się w dniach 23-25 maja w Baden Baden miałem przyjemność znaleźć się w grupie lekarzy przystępujących do egzaminu Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate. Do egzaminu przystąpiło 6 lekarzy z Polski. Egzamin składał się z części testowej obejmującej 65 pytań z zakresu implantologii, protetyki, periodontologii oraz części ustnej połączonej z prezentacją wybranych 10 przypadków, potwierdzających leczenie zgodnie z obowiązującymi standardami. Aby przystąpić do egzaminu trzeba wykazać się minimum 4 letnim doświadczeniem w leczeniu implantologicznym oraz wszczepieniem co najmniej 200 implantów.

Przewodniczącym komisji egzaminacyjnej był dr John Olsen, a pozostałymi członkami byli prof. Ady Palti, dr n.med. Mariusz Duda, prof. dr hab. n.med. Ryszard Koczorowski. Komisja potwierdziła wysoki poziom przygotowania lekarzy przystępujących do egzaminu.

Podczas mojej prezentacji postanowiłem opisać leczenie 45 letniej pacjentki wymagającej kompleksowego, interdyscyplinarnego leczenia z powodu wady zgryzu. W badaniu stwierdzono brak siekacza bocznego lewego górnego, zaburzoną płaszczyznę zwarcia oraz zatrzymany ząb 35.(Ryc.1,2) Lekarz ortodonta zaplanował leczenie wady zgryzu z wykorzystaniem aparatu stałego

ryc. 33

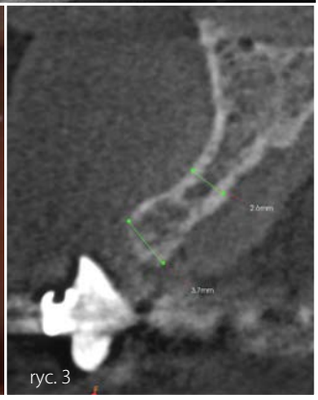
z odtworzeniem miejsca w łuku na brakujący ząb 22 oraz wprowadzenie zatrzymanego przedtrzonowca do łuku zębowego. Po analizie badania CBCT zaplanowałem etapowe leczenie polegające na regeneracji kości w miejscu braku lewego górnego siekacza bocznego, a po okresie stabilizacji przeszczepu przeprowadzenie zabiegu implantacji.(Ryc.3,4) W pierwszym etapie przeprowadzono zabieg augmentacji kości z zastosowaniem mieszaniny kości autogennej pobranej z miejsca zabiegu skrobaczka kostną oraz kości ksenogennej.(Ryc.5,6) Całość została zabezpieczona membraną kolagenową stabilizowaną pinami. (Ryc. 7) Gojenie przebiegło bez powikłań. Po okresie 6 miesięcy przeprowadzono zabieg implantacji z zastosowaniem implantu 3,1 x 11,5 mm w protokole gojenia zamkniętego. (Ryc. 8,9,10,11)
Po okresie 4 miesięcy wykonano koronę tymczasową w celu przygotowania profilu wyłaniania.(Ryc.12) Po okresie stabilizacji tkanek miękkich wykonano hybrydowy łącznik indywidualny oraz koronę pełnoceramiczną. (Ryc. 13,14,15)

Kolejnym prezentowanym przeze mnie przypadkiem był 54 letni pacjent z brakami zębowymi.(Ryc.16,17) Brak zębów powodował dyskomfort przy spożywaniu twardych pokarmów, jak również stanowił stan, którego pacjent nie chciał już dłużej akceptować. (Ryc.18) Po badaniu oraz przeprowadzeniu diagnostyki radiologicznej, zaplanowano leczenie implantologiczne z wykonaniem augmentacji przedsionkowej. (Ryc. 19)
Po obu stronach zastosowano ten sam schemat zabiegu. Po odwarstwieniu płata i implantacji w zaplanowanej pozycji protetycznej pobrano kość autogenną trepanem kostnym z ogranicznikiem głębokości nawiertu. (Ryc. 20,21,22,23) Następnie mieszaniną kości autogennej oraz ksenograftu wykonano augmentację przedsionkową stosując wióry kości autogennej na obnażone szyjki implantów.(Ryc. 24,25) Całość augementatu została ustabilizowana przy pomocy membrany resorbowalnej ustabilizowanej pinami. (Ryc. 26) Po 4 miesięcznym okresie gojenia wykonano zabieg odsłonięcia implantów, a następnie oddano ostateczne przykręcane odbudowy protetyczne. (Ryc. 27,28,29). Rtg kontrolne po 2 latach potwierdziło stabilną pozycję kości. (Ryc. 30,31,32)
Przygotowanie do egzaminu wymaga determinacji w odpowiednim udokumentowaniu przypadków leczenia implantologicznego jak również „zmusza" do usystematyzowania wiedzy z zakresu chirurgii, implantoprotetyki i periodontologii. Wysiłek ten z pewnością opłaci się w zderzeniu z satysfakcją płynącą z podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Trzymam kciuki, aby w kolejnej sesji Polskę reprezentowała jeszcze liczniejsza grupa. Powodzenia! (Ryc. 33)

PRZYPADEK 1

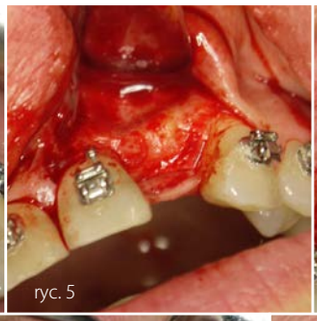
ryc. 1

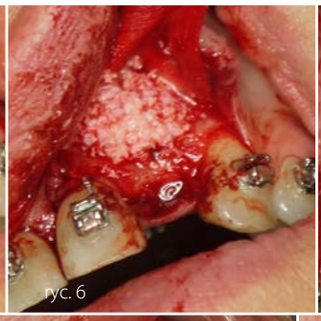
ryc. 2

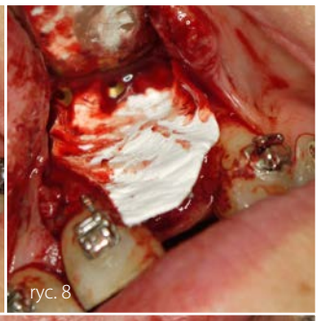


ryc. 3

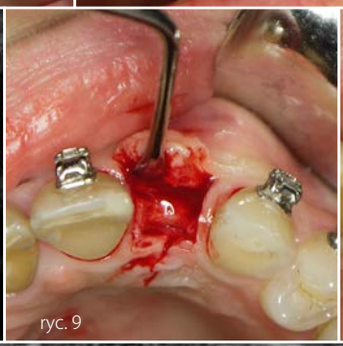
ryc. 4

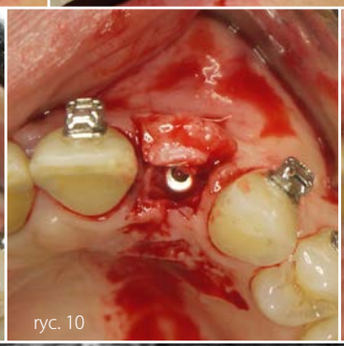

ryc. 5

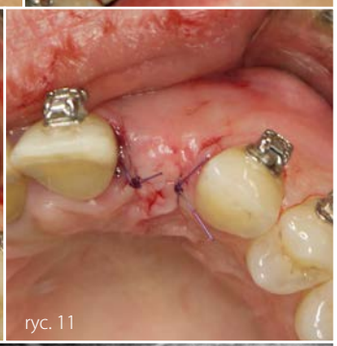

ryc. 6


ryc. 8

ryc. 8


ryc. 9


ryc. 10


ryc. 11

ryc. 12

ryc. 13

ryc. 14

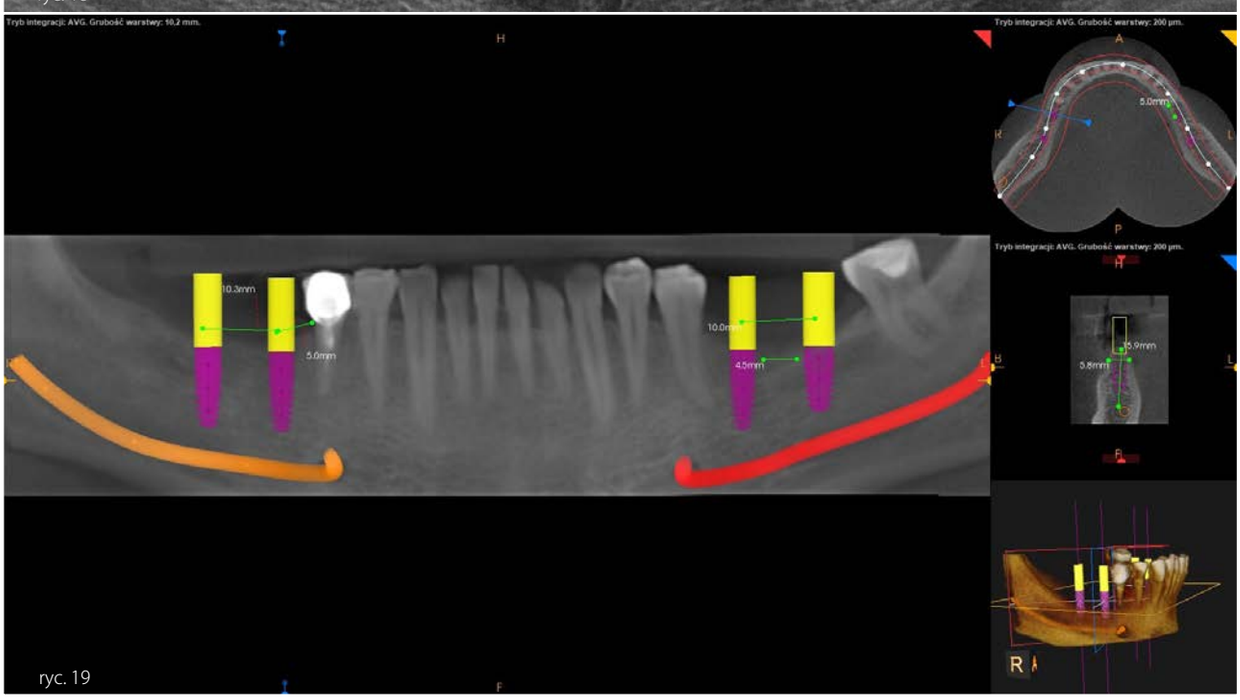
ryc. 15

PRZYPADEK 2

ryc. 16

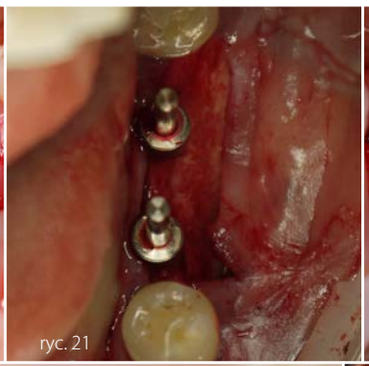
ryc. 17

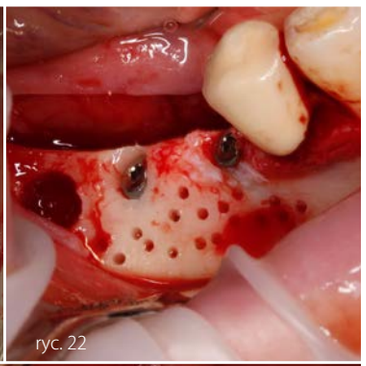
ryc. 18

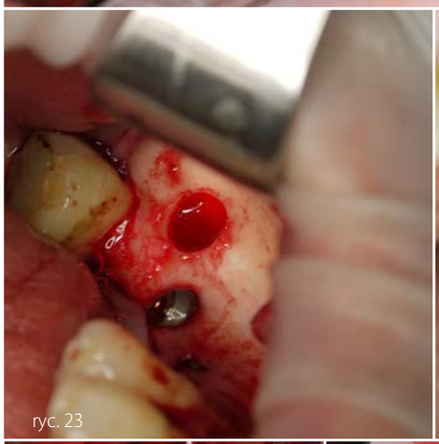


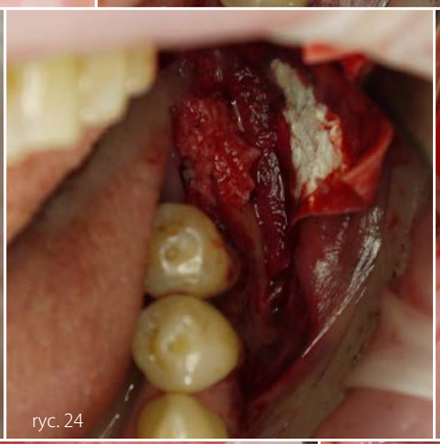
ryc. 19

ryc. 20

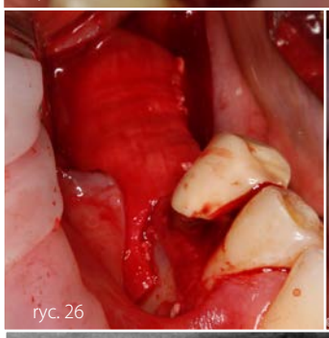

ryc. 21


ryc. 22


ryc. 23


ryc. 24

ryc. 25


ryc. 26

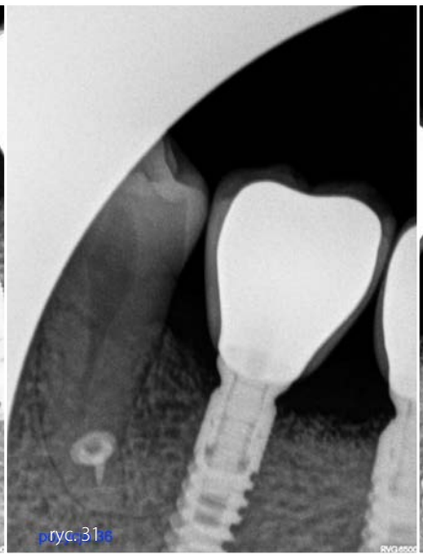
ryc. 27

© Avidental

ryc. 28

ryc. 29

ryc. 30



ryc. 31

ryc. 32

CURRICULUM IMPLANTOLOGII 2.0

Kształcenie podyplomowe z dziedziny implantologii stomatologicznej
Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego 5+2

Zacznij już w styczniu 2020

5 weekendów, które zmienią Twój GABINET

w LICENCJONOWANĄ PRAKTYKĘ IMPLANTOLOGICZNĄ PSI

PSI - Standard ICOI w Polsce od 2006 roku

ZOBACZ PROGRAM www.psi-icoi.pl

KSZTAŁCIMY | EGZAMINUJEMY | CERTYFIKUJEMY

PSI
Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne

ICOI EUROPE
INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGISTS

ICOI

www.psi-icoi.pl