



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 Implantologiczne 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 gabinetu celem rekonstrukcji uzębienia w szczęcie. Ogólny stan zdrowia pacjentki nie budził zastrzeżeń. Badaniem stwierdzono liczne braki uzębienia w szczęcie. 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 pacjentkę zaakceptowane, więc zdecydowano o jednoczesnym 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 powstała 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 tyżki 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.



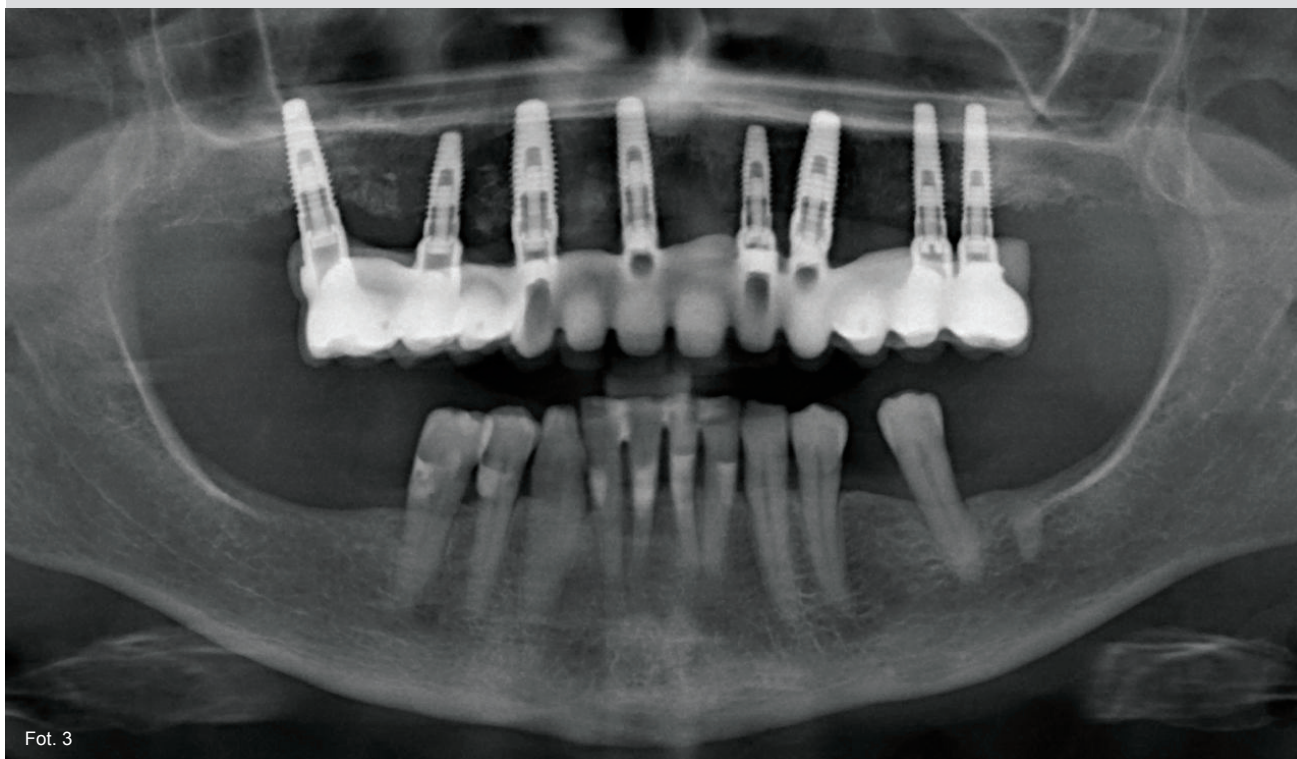
Fot. 1



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