



lek. dent. Grzegorz Kot
Centrum Stomatologii AVIDENTAL KOT
ul. Barcza 48 / 6 L
10-685 Olsztyn
grzegorz.kot@avidental.pl

Moja droga do implantologii

My road map to implantology

Słowa kluczowe:

doskonalenie zawodowe, implantologia, augmentacja wyrostka zębodołowego, ekstrakcja zęba

Keywords:

professional training, implantology, alveolar bone augmentation, tooth extraction stances

Streszczenie

Obecny rozwój społeczeństwa, jego wzrastająca zasobność, aktywny tryb życia powodują poszerzenie kręgu pacjentów decydujących się na zabiegi implantologiczne. Tym samym, pacjent zgłaszający się do praktyki stomatologicznej liczy na uzyskanie kompetentnej porady również w tym zakresie. Powoduje to konieczność sięgnięcia po wiedzę z zakresu implantologii. Podstawową wiedzę z zakresu implantologii początkujący lekarz implantolog powinien uzyskać podczas kompleksowych szkoleń na poziomie podstawowym i średniozaawansowanym.

Wprowadzenie

W obecnym czasie, kiedy młody lekarz dentysta uzyskuje prawo wykonywania zawodu, po pierwszym zachłyśnięciu się swoją samodzielnością przychodzi chwila refleksji nad własnymi możliwościami, a raczej ograniczeniami i kierunkiem dalszego kształcenia.

Aktualny rozwój społeczeństwa, jego wzrastająca zasobność, aktywny tryb życia powodują poszerzenie kręgu pacjentów decydujących się na zabiegi implantologiczne. Tym samym, pacjent zgłaszający się do praktyki stomatologicznej liczy na uzyskanie kompetentnej porady również w tym zakresie.

Już jako młody student zainteresowałem się implantologią. Był to szczeniacki zapal połączone z fascynacją. Założyłem więc "okulary implantologiczne" i przy pomocy życzliwych mi osób zacząłem rozwój w tym kierunku. Te parę lat temu sprawa nie była taka prosta. Ilość podmiotów szkolących na profesjonalnym poziomie nie była tak rozbudowana jak obecnie. Należy również dodać, że możliwość oceny odbytego szkolenia jest tym mniejsza, im mniej doświadczony jest jego uczestnik. Początkowo przyjmowałem wszelkie tezy, ale z czasem zaczęły rodzić się pytania i wątpliwości i to one były najcenniejsze. Dlatego ważna jest obecnie istniejąca możliwość wyboru szkoleń akredytowanych lub organizowanych przez towarzystwa naukowe lub uniwersytety (Curriculum PSI, Curriculum Uniwersytetu we Frankfurcie, Curriculum OSIS), co gwarantuje odpowiednio wysoki poziom proponowanego kształcenia.

Po skończeniu studiów postanowiłem rozwijać moją nową pasję. Związałem się więc z Polskim Stowarzyszeniem Implantologicznym, które szczególnie przychylnie wita w swoim gronie młodych lekarzy (również studentów). Rozpocząłem kurs Curriculum Implantologii. Jest to cykl 8 weekendowych spotkań, których celem jest przekazanie podstawowej wiedzy oraz nauka umiejętności praktycznych z zakresu implantologii stomatologicznej. Kształcenie podyplomowe realizowane w ramach programu Curriculum ma na celu nabycie wiedzy i umiejętności praktycznych w takim zakresie i na takim poziomie, który umożliwi samodzielne realizowanie diagnostyki i leczenie specjalistyczne według najwyższych standardów obowiązujących we współczesnej implantologii stomatologicznej - zarówno w jej części klinicznej, jak i laboratoryjnej.

Abstract

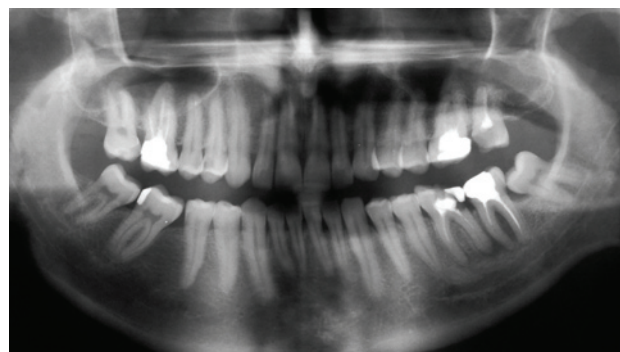
Current development of society, its growing affluence, active lifestyle, causes widening circle of patients opting for implant treatment. Patient coming to the dental practice expect to get competent advice in this area. This makes it necessary to expand knowledge of implantology. Basic knowledge for non experienced doctors should be implemented within basic and medium advanced level complex training.

Program Curriculum Implantologii teoretycznie obejmuje zagadnienia zaawansowane w implantologii stomatologicznej, jednak celem szkolenia nie jest nauka zaawansowanych procedur, takich jak technika sinus liftingu czy pełna rekonstrukcja łuków zębowych. Są to procedury wymagające znacznego doświadczenia, których nauka powinna być realizowana na poziomie zaawansowanym.

Okres stażu podyplomowego - jakże bolesne zderzenie z rzeczywistością, pierwsze trudności w rozpoznawaniu, planowaniu oraz wykonywaniu podstawowych zabiegów stomatologicznych uzmysłowiły mi jak długa będzie moja droga do implantologii. Natomiast odbyte szkolenia umożliwiły mi orientację w zakresie podstaw implantologii i wprowadzenie prostych początkowo procedur w mojej codziennej praktyce, czego przykładem jest augmentacja poekstrakcyjna dla zachowania wysokości i szerokości wyrostka zębodołowego.

Opis przypadku augmentacji poekstrakcyjnej

Procedury minimalnie inwazyjnej ekstrakcji oszczędzającej blaszkę zewnętrzną kości są w chwili obecnej standardem w postępowaniu [1,2]. Dzięki oddzielnym wykładom poświęconym augmentacji wyrostka zębodołowego po ekstrakcji zęba uważam, iż znacznie ułatwia to procedurę przyszłej implatacji [3,4]. Po zabiegu ekstrakcji dochodzi do zaniku kości wyrostka zębodołowego, który w największym stopniu występuje w okresie roku od zabiegu i jest uzależniony od techniki ekstrakcji; im zabieg jest bardziej traumatyczny i powoduje zniszczenie blaszki zewnętrznej wyrostka zębodołowego, tym większy będzie późniejszy zanik kości. Stan zapalny, problemy periodontologiczne, obecność przetok ropnych to kolejne czynniki zwiększające utratę kości [5, 6]. Możliwe jest oczywiście późniejsze zastosowanie odbudowy biomateriałem, kością autogenną bądź allogenną są to jednak procedury zaawansowane [7]. Beta-fosforan trójwapniowy (beta-TCP) jest syntetycznym, alloplastycznym materiałem o szerokim zakresie wskazań. Jest to materiał resorbowalny zastępowany własną kością [8, 9, 10]. Zabieg z zastosowaniem powyższego materiału wykonałem ostatnio u 35-letniego pacjenta, który zgłosił się z powodu nawracających dolegliwości bólowych zębów 36,37. W badaniu zewnątrzustnym



Zdjęcie panoramiczne pacjenta przed zabiegiem usunięcia zębów 36-37-38

stwierdziłem obrzęk tkanek miękkich policzka strony lewej oraz powiększenie regionalnych węzłów chłonnych. W badaniu wewnątrzustnym - bolesność opukową zębów 36,37. Wykonane rtg pantomograficzne ujawniło znaczne rozrzedzenie struktury kostnej spowodowane przewlekłym stanem zapalnym (fot.1). Zęby 36,37 oraz 38 zakwalifikowano do ekstrakcji. Ze względu na zaostrenie stanu zapalnego w ww. okolicy zleciłem pacjentowi przyjmowanie antybiotyku (Clindamicin MIP 600 2x1 tabl.) 4 dni przed zabiegiem ekstrakcji.

W znieczuleniu przewodowym z zastosowaniem preparatu Ubistesin 4% Forte naciąłem kopertowy płat śluzówkowo-okostnowy, co umożliwiło zlokalizowanie brzeżu blaszki przedsionkowej kości oraz wykonanie separacji korzeni zębów [4]. Przy pomocy

periotomów wykonałem ekstrakcję zębów 36,37,38. Po dokładnym oczyszczeniu z ziarniny, zabezpieczyłem zębodoły w okolicy 36,37 materiałem kośćozastępczym Easy Graft (beta-TCP). Materiał ten nie wymaga zastosowania membrany [9, 10, 5]. Szycie rany zakończyło zabieg. Wizyta kontrolna po dwóch dniach od zabiegu ujawniła prawidłowe gojenie rany, pacjent zgłaszał jedynie lekki dyskomfort w okolicy zabiegu. Po 7 dniach usunięto szwy. Kolejną kontrolę zaplanowano w odstępie 6 tygodni - wtedy wykonano kontrolne badanie pantomograficzne, które pozwoliło na ocenę przebudowy materiału kośćozastępczego w młodej tkance kostną (fot. 2). Uzyskany obraz RTG uznano za satysfakcjonujący [11, 12]. Pacjent zgłosił się po 6 miesiącach od augmentacji w celu wykonania zabiegu implantacji w ww. okolicy.



Zdjęcie panoramiczne pacjenta po zabiegu usunięcia zębów 36-37-38 oraz augmentacji zębodołów

Podsumowanie

Kompleksowe szkolenia w zakresie implantologii stomatologicznej ułatwiają podjęcie pierwszych kroków w zakresie leczenia implantologicznego, jednocześnie zwiększając bezpieczeństwo prowadzonych procedur.

Uczestnik nabywa umiejętność wykonania prostych czynności, których wprowadzenie w codziennej praktyce zawodowej daje możliwość poszerzenia ilości implantacji w dobrych warunkach kostnych. Są to, moim zdaniem, przypadki, od jakich każdy początkujący implantolog powinien zaczynać swoją karierę implantologiczną.

Piśmiennictwo

- [1] TISCHLER M., MISCH C. E. Extraction site bone grafting in general dentistry. Review of applications and principles. *Dent Today*; 23 (5), 108-113, 2004.
- [2] MISCH C. E., PEREZ H. M. Atraumatic extractions: a biomechanical rationale. *Dent Today*; 27 (8), 98, 100-1, 2008.
- [3] IRINAKIS T. Rationale for socket preservation after extraction of a single-tooth when planning for future implant placement. *J Can Dent Assoc*; 72 (10), 917-922, 2006.
- [4] BABBUSH C. A., A new atraumatic system for tooth removal and immediate implant restoration. *Implant Dent*; 16 (2), 139-145, 2007.
- [5] BRKOVIC B. M., PRASAD H. S., KONANDREAS G., MILAN R., ANTUNOVIC D., SANDOR G. K., ROHRER M. D. Simple preservation of a maxillary extraction socket using beta-tricalcium phosphate with type I collagen: preliminary clinical and histomorphometric observations. *J Can Dent Assoc*; 74 (6), 523-528, 2008.
- [6] ALLEGRINI S. JR., KOENING B. JR., ALLEGRINI M.R., YOSHIMOTO M.,GEDRANGE T., FANGHAENEL J., LIPSKI M. Alveolar ridge sockets preservation with bone grafting-review. *Ann Acad Med Stetin*; 54 (1), 70-81, 2008.
- [7] CHIAPASCO M., CASENTINI P., ZANIBONI M. Bone augmentation procedures in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants*; 24 Suppl:237-259, 2009.
- [8] HOROWITZ R. A., MAZOR Z., MILLER R. J., KRAUSER J., PRASAD H. S., ROHRER M. D. Clinical evaluation alveolar ridge preservation with a beta-tricalcium phosphate socket graft. *Compend Contin Educ Dent*; 30 (9), 588-90, 592, 594 passim; quiz 604, 606, 2009.
- [9] PALTÍ A., HOCH T. A concept for the treatment of various dental bone defects. *Implant Dent*; 11 (1), 73-78, 2002.
- [10] ORMIANER Z., PALTÍ A., SHIFMAN A. A concept for the treatment of various dental bone defects. *Implant Dent*; 15 (4), 395-403, 2006.
- [11] SCLAR A. G. Strategies for management of single-tooth extraction sites in aesthetic implant therapy. *J Oral Maxillofac Surg*; 62 (9 Suppl 2), 90-105, 2004.
- [12] SCHMIDLIN P. R., JUNG R. E., SCHUG J. Prevention of alveolar ridge resorption after tooth extraction-a review [Article in German] *Schweiz Monatsschr Zahnmed*; 114 (4) 328-36, 2004.