

IMPLANTOLOGIA

STOMATOLOGICZNA

I.C. - 3,61pkt. Punkty MNiSW - 2,00

Polska Bibliografia Lekarska



PSI -
Polskie Stowarzyszenie
Implantologiczne

DGOI

ICOI

PSI IMPLANT DENTISTRY

wrzesień 2014 - marzec 2015 | ISSN 2081 - 4054
rok V nr 2 (10) 2014

Knast - Mój egzamin Fellowship

Marcinowski - Mój egzamin Diplomate

Cubera, Cubera, Cubera, Brodowski - Rehabilitacja protetyczna bezzębnej żuchwy

Kwiatkowski, Bożyk, Michalak, Michalak - Poprawa komfortu życia przy użyciu overdenture na implantach

Marcinowski et al. - Stabilizacja dolnej protezy na dwóch implantach i prefabrykowanej belce

Matuszak, Drejarz - Strategie implantoprotetyczne w bezzębiu

Grzech-Leśniak - Periimplantitis i mucositis - od diagnozy do leczenia

Matys, Dominiak - Ocena bólu podczas odstawiania implantów za pomocą lasera erbowo-yagowego

Nedjat, McEowen, Bomba - Dystrakcja kości w wąskich wyrostkach zębodołowych

Claar - Kwas hialuronowy w implantologii stomatologicznej

Długosz - Quasipodmiot leczniczy - praktyka indywidualna zatrudniająca lekarzy na kontrakcie

Naworska - Przegląd wybranych praw pacjenta na tle wyroku Sądu Apelacyjnego

Oboda, Pająk - Profesjonalna rekrutacja



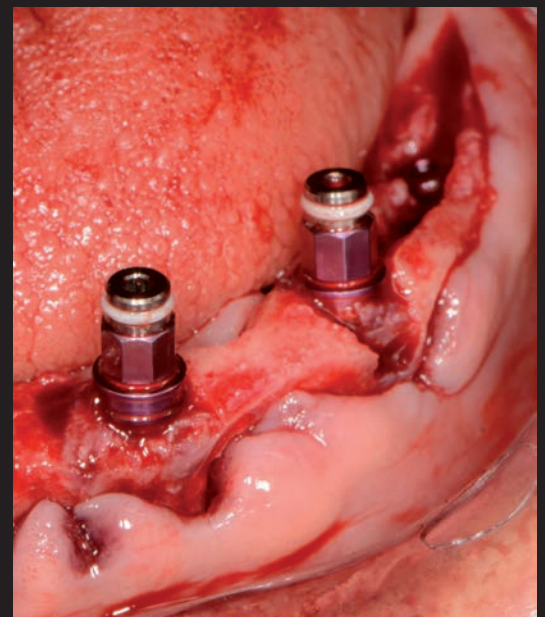
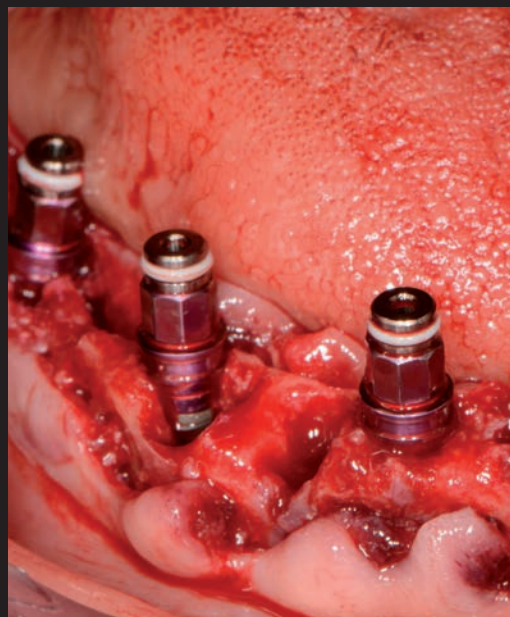
9.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES PSI/ICOI/DGOI

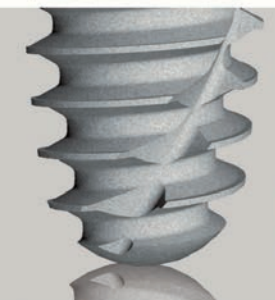
PSI/ICOI/DGOI COOPERATION MEETING

12-13.06.2015

Hotel Mercure, Poznań



Najnowsza
generacja implantów!



Organizujemy
szkolenia
dla lekarzy w zakresie:
implantoprotezyki, chirurgii,
przeszczepów bloków kostnych

Jesteś zainteresowany?
Zadzwoń 500 21 21 31

Samogwintujące - stożkowe - nowoczesne - bioniczne

Implanty BEGO Semados® RS/RSX

- Wypolerowany maszynowo kołnierz implantów z linii RS
- Mikrostrukturalny kołnierz z linii RSX z możliwością platform switch
- Bioniczny mikrogwint (patent EU) w celu redukcji naprężeń wokół implantu oraz zwiększenia powierzchni kontaktu z kością
- Samotnący kształt gwintu z optymalnym kątem nacinania
- Funkcja samocentrowania implantów ułatwia ich osadzanie
- Jedna kasetka chirurgiczna do obu systemów oznacza elastyczność w trakcie zabiegu
- Średnice: 3.0 mm / 3.75 mm / 4.1 mm / 4.5 mm / 5.5 mm
- Materiał: tytan 4 klasy czystości (ISO 5832) z ultrahomogeniczną powierzchnią TiPure^{Plus}

ZESKANUJ KOD QR ABY OBEJRZEĆ
PREZENTACJĘ NOWYCH IMPLANTÓW

Razem do sukcesu!





Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddaję Państwu kolejny numer „Implantologii Stomatologicznej”, w którym tradycyjnie już publikujemy nie tylko artykuły kliniczne, ale i staramy się zaprezentować bieżące sprawy Stowarzyszenia.

Od wydania ostatniego numeru czasopisma odbyły się dwa szkolenia w cyklu Expert Programu PSI w Bremie i Stambule. Konsekwentnie realizujemy program Curriculum Implantologii, które od tego roku zostanie rozszerzone o dwa kolejne ośrodki w Krakowie i Szczecinie.

Rozbudowujemy również ofertę edukacyjną o szkolenia dla profesjonalnych zespołów implantologicznych, więc z przyjemnością informuję, że już w grudniu rozpocznie się 1. edycja Curriculum Higienistki i Asystentki Implantologicznej.

Po wakacyjnej przerwie ostatni kwartał roku również zapowiada się aktywnie. Szczególnie polecam Państwa uwadze Kongres DGOI, który w październiku odbędzie się w Heidelbergu. PSI od lat jest patronem naukowym Kongresu Implantologicznego Bego Semados oraz Pulp Fiction. „Implantologia” w będzie patronem medialnym 10. Sympozjum CEIA oraz nowego projektu The Essence of Beauty, do udziału w których już teraz serdecznie zachęcam.

Nieodłączną częścią działalności PSI stał się też Międzynarodowy Kongres PSI/ICOI/DGOI, na który tym razem zapraszamy do Hotelu Mercure w Poznaniu w dniach 12-13 czerwca 2015. Przy tej okazji przypominam, że odbędzie się wtedy też kolejna edycja Międzynarodowych Egzaminów Umiejętności Fellowship/Diplomate.

W grudniu natomiast odwiedzi nas dr Konstantinos Valavanis, który poprowadzi Weekend Międzynarodowy Curriculum Implantologii oraz warsztaty dla kandydatów zamierzających przystąpić do czerwcowego Egzaminu.

Redaktor Naczelny
dr n. med. Mariusz Duda

14 Prezentacja ośrodka

14 - Duda Clinic w Katowicach - Planowanie uzupełnień protetycznych z zastosowaniem wszczepów śródkostnych - protezy ruchome - protezy stałe
Tkanki miękkie i estetyka w implantologii. Implantacja natychmiastowa i obciążenie natychmiastowe

16 Edukacja

16 - Expert Program w Bremie

17 - Expert Program w Stambule

20 - Michał Knast
Mój egzamin Fellowship

22 - Maciej Marcinowski
Mój egzamin Diplomate

26 Implantoprotetyka

26 - Grażyna Cubera, Joanna Cubera, Tomasz Cubera, Robert Brodowski
Rehabilitacja protetyczna bezzębnej żuchwy z zastosowaniem protezy nakładowej wspartej na dwóch wszczepach oraz zatrząskach typu Lokator. Opis przypadku

30 - Michał Kwiatkowski, Andrzej Bożyk, Maciej Michalak, Izabela Michalak
Poprawa komfortu życia pacjentów bezzębnych przy użyciu overdenture na implantach. Opis przypadku

34 - Maciej Marcinowski, Hubert Kardach, Karolina Podlewska-Walczak, Szymon Soczka
Opis przypadku stabilizacji dolnej protezy na 2 implantach i prefabrykowanej belce

38 - Jarosław Matuszak, Łukasz Drejarz
Strategie implantoprotetyczne w bezzębieniu

44 Periodontologia

44 - Kinga Grzech-Leśniak
Periimplantitis i mucositis - od diagnozy do leczenia

52 Implantologia w praktyce

52 - Jacek Matys, Marzena Dominiak
Ocena bólu podczas odsłaniania implantów za pomocą lasera erbowo-yagowego

56 - Admin Nedjat, Dan McEowen, Norbert Bomba
MIMI®-Flapless II - Dystrakcja kości w wąskich wyrostkach zębodołowych

60 - Michael Claar
Obiecujący materiał, który poprawia wyniki leczenia: Kwas hialuronowy w implantologii stomatologicznej

66 Z innej perspektywy

66 - *Leading Implant Centers wzbudza poruszenie w implantologii stomatologicznej*

68 - Wiesław Długosz

Quasipodmiot leczniczy - praktyka indywidualna zatrudniająca lekarzy na kontrakcie

74 - Aneta Naworska

Przegląd wybranych praw pacjenta na tle wyroku z dnia 30 stycznia 2014 r. wydanego przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie (sygn. akt I ACa 663/12) dotyczącego błędu z zakresu implantologii

78 - Mariusz Oboda, Justyna Pająk

Profesjonalna rekrutacja

82 Wydarzenia

82 - 1. Konferencja Perio2014

83 - 4. Sesja Implantologiczna podczas Krakdentu

84 - 12. Kongres PTS

PSI
Polskie Stowarzyszenie
Implantologiczne

DGOI

ICOI

© by PSI
All rights reserved
Reproduction, reprint or copy in part or whole without written permission is strictly prohibited
© PSI
Wszystkie prawa zastrzeżone
Reprodukowanie, przedruk lub powielanie w jakiegokolwiek formie części bądź całości materiałów bez zezwolenia wydawcy jest wzbronione
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń zamieszczonych w numerze

wydawca:

Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne
40-013 Katowice, ul. Dyrekcyjna 10/4a
tel./fax. 0048 32 203 27 85,
e-mail: redakcja@implantologiasomatologiczna.pl
www.implantologiasomatologiczna.pl

Rada Naukowa:

prof. dr Hubertus Nentwig (Niemcy)
prof. dr Joachim Zöller (Niemcy)
prof. (NYU) Ady Palti (Niemcy)
priv. doz. dr Joerg Neugebauer (Niemcy)
prof. zw. dr hab. n. med. Maciej Romanowicz
prof. zw. dr hab. n. med. Joanna Wysokińska -
Miszczuk
prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Koczorowski
dr Kenneth Judy (USA)
dr Marius Steigmann (Niemcy)
dr Georg Bayer (Niemcy)
dr Zeev Ormianer (Izrael)
dr Konstantinos Valavanis (Grecja)
dr Orcan Yüksel (Niemcy)

dr hab. n. med. Krzysztof Osmola
dr n. med. Krzysztof Andruch
dr n. med. Małgorzata Kiernicka
dr n. med. Marek Adwent
dr n. med. Przemysław Kopczyński
tech. dent. Gerhard Stachulla (Niemcy)
RHD, BA Tracey Lennemann
dr Achim Wöhrle (Niemcy)
dr n. med. Kinga Grzech-Leśniak
dr n. med. Maciej Marciniowski

Redaktorzy tematyczni:

dr Jerzy Zbożen - chirurgia stomatologiczna
dr n. med. Dariusz Pituch - chirurgia szczękowa
dr Bożena Kalmuk - protetyka
tech. dent. Robert Michalik - technika dentystyczna

Recenzenci:

prof. hab. n. med. Teresa Matthews-Brzozowska - ortodoncja
dr n. med. Marcin Krywult - protetyka
dr n. med. Małgorzata Kiernicka - periodontologia
dr n. med. Andrzej Szwarczyński - chirurgia

redaktor naczelny:

dr n. med. Mariusz Duda
redaktor prowadząca:
mgr Monika Zmuda
redaktorzy językowi:
mgr Monika Zmuda - język polski,
Babio Joseph - język angielski
sekretarz redakcji:
Natalia Godyla
reklama i marketing:
mgr Agnieszka Moc
redaktor statystyczny:
mgr Agnieszka Moc
tłumaczenia:
dr Paweł Szczepaniak
ILT
dyrektor artystyczny:
Marek Galica
opracowanie graficzne i skład:
marekgalica.com
nakład:
1200 egz.
druk:
MikoPol, Radzionków



Implantologia Stomatologiczna powstaje we współpracy z teamwork media Verlags GmbH (Niemcy)

24. Środkowoeuropejska Wystawa
Produktów Stomatologicznych



24TH Central European
Dental Exhibition

Zarejestruj się
na www.cede.pl,
pobierz i wydrukuj
bezpłatną kartę wstępu!



RADA

Ray Wilson
GENESIS CLASSIC

CZWARTEK,
11.09.2014, PASAŻ

Poznań ●●●●
11-13.09.2014



Mobilna aplikacja CEDE 2014

AirFloss Pink

★★EDYCJA★★
LIMITOWANA

PROSTY SPOSÓB CZYSZCZENIA PRZESTRZENI MIĘDZYZĘBOWYCH

Usuwa do 99% więcej płytki nazębnej
z przestrzeni międzyzębowych

(niż szczoteczka manualna)¹



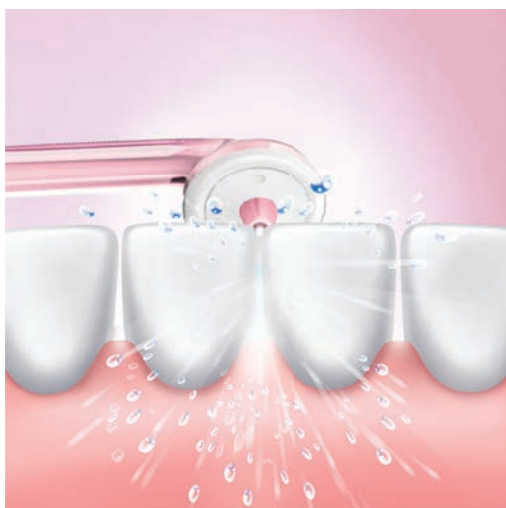
Technologia Gwałtownego Strumienia



Widoczna poprawa zdrowia dziąseł
już po 2 tygodnia stosowania¹



Redukcja objawów zapalenia dziąseł
o 75% w 4 tygodnie¹



PHILIPS
sonicare

rekomendowany
przez PASE

POLSKA AKADEMIA

PASE

STOMATOLOGII
ESTETYCZNEJ

PHILIPS rekomendowany
sonicare przez PTO



Polskie Towarzystwo Ortodontyczne
Polish Orthodontic Society

¹A Randomized, Parallel Design Study to Evaluate the Effect of AirFloss (Chinook) on Removal of Interproximal Plaque and Reduction in Gingivitis. Jain V, Wei J, Jenkins W, Delaurenti M.

PHILIPS
sonicare

Odwiedź stronę
www.philipssonicare.pl
i dowiedz się więcej!



krakdent[®]

23. Międzynarodowe Targi
Stomatologiczne w Krakowie

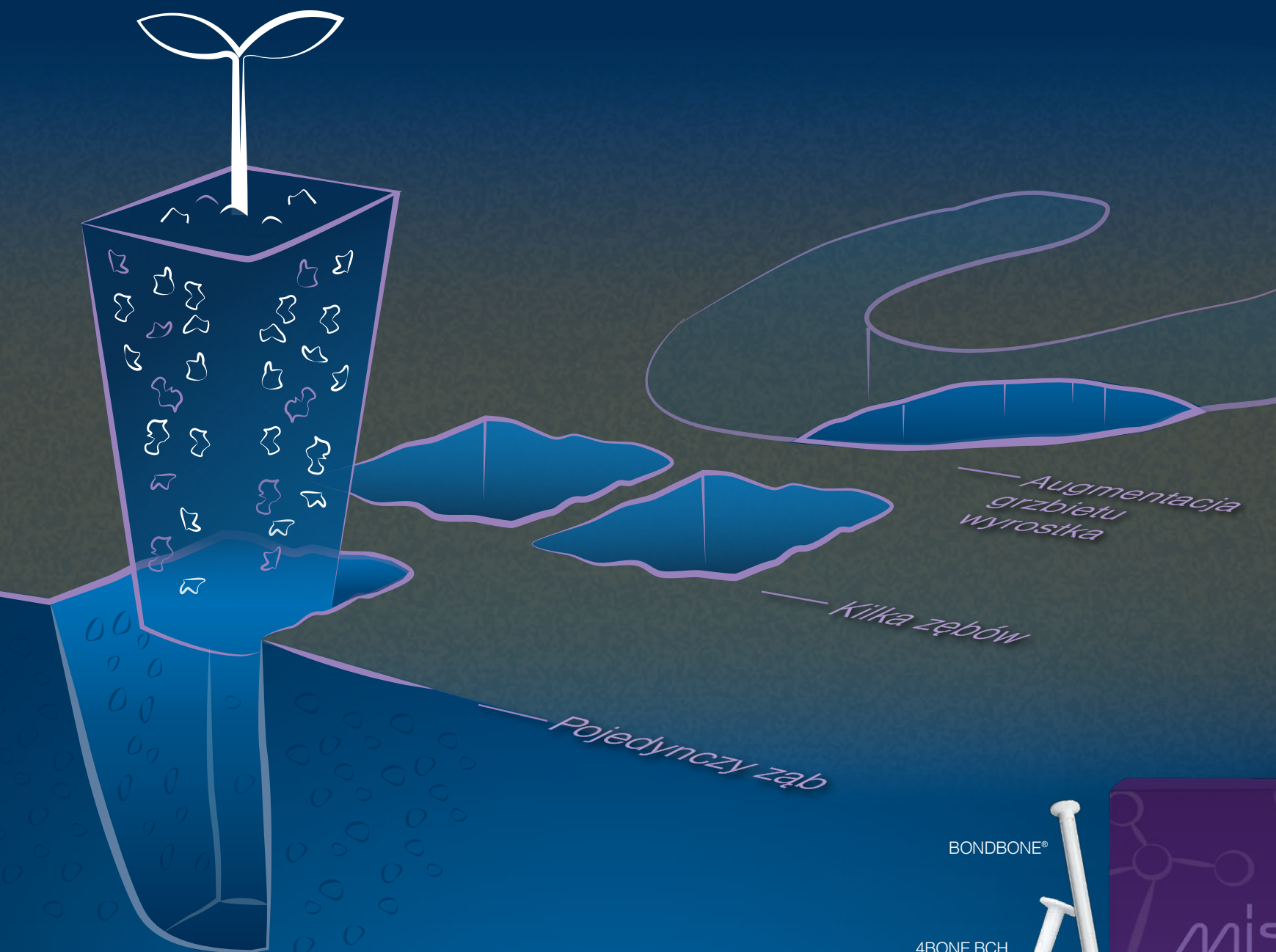
19-21
marca
2015
Kraków

Nowa jakość Targów:

- nowoczesny,
wielofunkcyjny obiekt
- klimatyzowane, modułowe
sale konferencyjne
- obszerny parking

www.krakdent.pl





GAMA PRODUKTÓW 4BONE MAKE IT SIMPLE

MIS jako lider na rynku implantologicznym wprowadza na rynek nowe portfolio produktów do regeneracji kości. Nowe produkty z linii 4BONE stworzono z wysokiej jakości składników mineralnych kości wołowych i resorbowalnego wołowego kolagenu. Nowe produkty to:

- Granulat wykonany z nieorganicznej macierzy kości wołowej
- Membrany z kolagenu wołowego typu I
- Stomatologiczny opatrunek z kolagenu wołowego typu I.

Nazwa 4BONE będzie obowiązywała w stosunku do wszystkich rodzajów biomateriałów firmy MIS. Znane dotąd syntetyczne substytuty kości oraz membrany RCM pochodzenia wieprzowego będą teraz częścią szerokiej gamy produktów. Pełna gama produktów 4BONE jest dostępna w sprzedaży od 15 lipca 2014r. Aby dowiedzieć się więcej o MIS odwiedź naszą stronę: www.mis-implants.com lub zadzwoń: +(48) 22 338 70 50

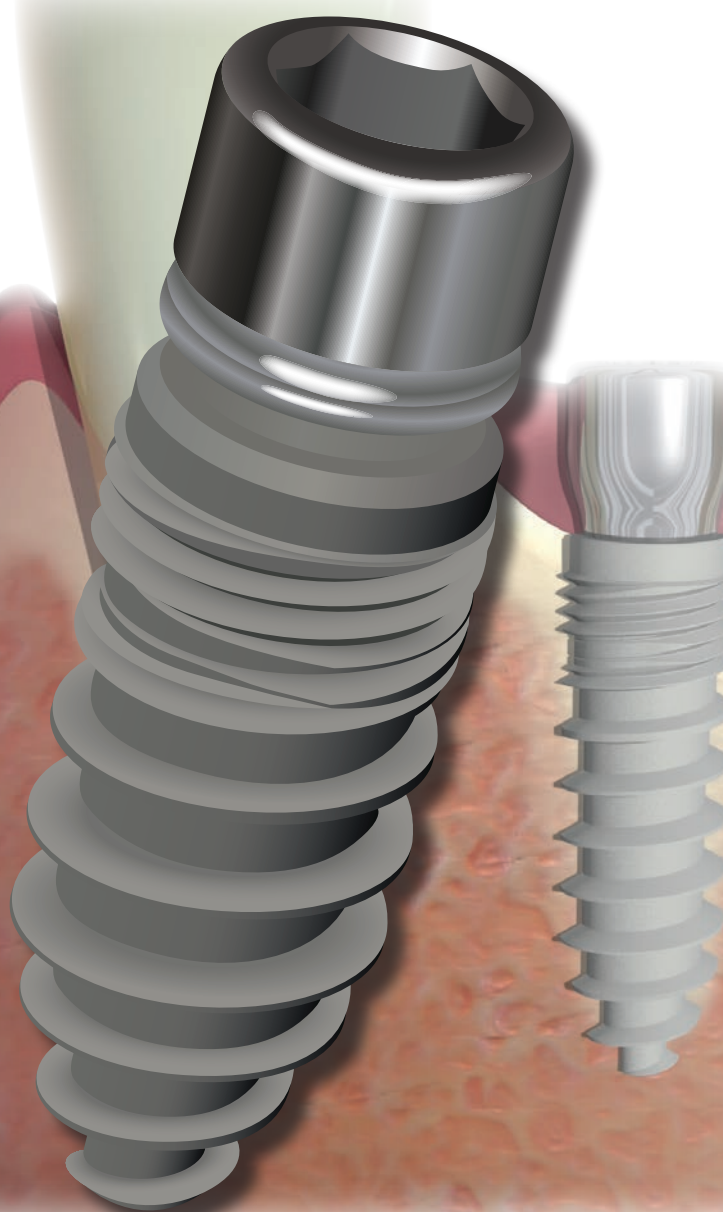
BONDBONE®

4BONE BCH

4BONE XBM

mis®
4BONE™
BONE GRAFTING | **mis®**
POLAND

CHAMPIONS (R)EVOLUTION®



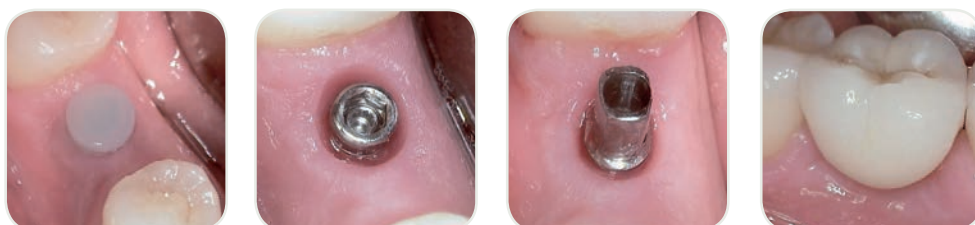
- implanty (R)Evolution® mają oryginalnie zamontowany łącznik Shuttle
- wprowadzenie implantu z siłą > 35 Ncm nie powoduje uszkodzenia implantu (dotyczy rozmiarów \varnothing 3,5 – \varnothing 4,0 – \varnothing 4,5 i \varnothing 5,5 mm)
- uniwersalny łącznik Shuttle służy jako śruba gojąca (Gingiva-Former)
- oryginalnie założony łącznik Shuttle doskonale zapobiega periimplantitis
- idealna szczelność wnętrza implantu do momentu założenia ostatecznego łącznika
- oszczędność czasu, prostota w wycisku łożka zamknięta z możliwością wykorzystania oryginalnie założonego Shuttle
- standardowe gojenie otwarte – bez konieczności odsłaniania implantu
- zapobieganie fizjologicznym zanikom kostnym zębodołowego

Zwycięzca „ Medicine Innovations Award 2013“

„Bez mikroszczeliny“
(„Zipprich-Studie“ badania na Uniwersytecie we Frankfurcie nad Menem)

„Jedna z najlepszych powierzchni“
(Badania na Uniwersytecie w Kolonii)

po prostu genialna i jedyna w swoim rodzaju ...



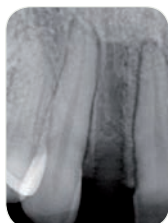
WIN!® PEEK

- Alternatywa dla tytanu!
- bez metalu
- Kolor zbliżony do naturalnego koloru zębów
- całkowicie biokompatybilne!
- Iso- elastyczność kości!
- nadaje się do natychmiastowej implantacji i natychmiastowego obciążenia!
- doskonała osteointegracja
- niskie koszty składowania ze względu na jedną długość i średnicę!
- śródoperacyjne można skrócić implant do 6 mm!
- prosto – skutecznie – i w przystępnej cenie!
- długoterminowe badania do dyspozycji!

Zwycięzca
Regio Effekt 2010



Made in Germany

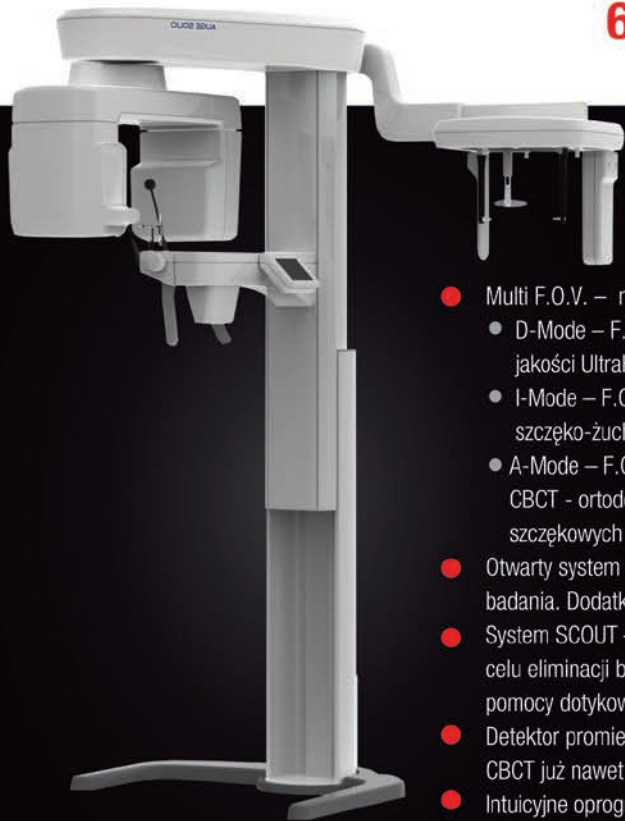


Bornheimer Landstr. 8 · D-55237 Flonheim
Tel. 0 67 34 / 91 40 80 · Fax 0 67 34 / 10 53
info@champions-implants.com · www.champions-implants.com

Norbert Bomba
Tel. : +48 660 130458
E-mail: nobom@freenet.de
(w języku polskim)

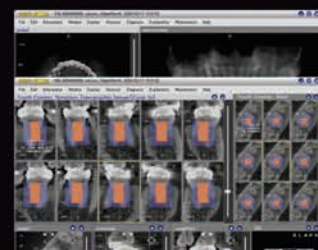
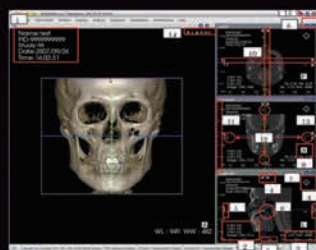
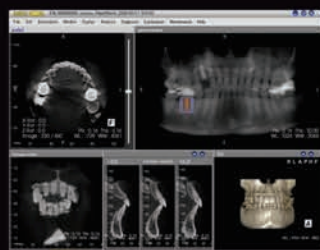
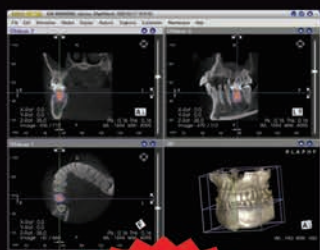
NOWA JAKOŚĆ TOMOGRAFII CBCT 60 LAT NA RYNKU

Asahi
MADE IN JAPAN



AUGE SOLIO Z CM Urządzenie 3w1 – CBCT, Pantomograf, Cefalostat

- Multi F.O.V. – największe zmienne pole obrazowania tomograficznego:
 - D-Mode – F.O.V. 51 mm x 55 mm (woksel izotropowy – 0,100 mm) implantologia, endodoncja, przypadki wymagające jakości UltraHD lub maksymalnej redukcji dawki promieniowania
 - I-Mode – F.O.V. 97 mm x 100 mm (woksel izotropowy – 0,190 mm) - implantologia, jeden skan dla zobrazowania całej szczęki-żuchwy
 - A-Mode – F.O.V. 161 mm x 100 mm (woksel izotropowy – 0,315 mm) - Największe pole obrazowania dostępne w aparatach CBCT - ortodoncja, pełna diagnostyka szczęki-żuchwy razem z obydwooma stawami skroniowo-żuchwowymi, analiza zatok szczękowych
- Otwarty system pozycjonowania – pozycjonowanie Face-to-Face oraz zastosowanie systemu SCOUT to gwarancja prawidłowego badania. Dodatkowo większa odległość pomiędzy detektorem a lampą RTG (60 cm!) – znacznie poprawia komfort badania.
- System SCOUT – pozycjonowanie dzięki wykonaniu tzw. topogramu – zdjęcia pogładowego z minimalną dawką promieniowania w celu eliminacji błędnego ustawienia pacjenta oraz konieczności powtarzania badania. Wszystkie ustawienia dokonywane są przy pomocy dotykowego panelu wbudowanego w aparat.
- Detektor promieniowania rentgenowskiego wykonany w technologii Flat Panel CMOS – najdokładniejsza rozdzielczość badań CBCT już nawet w 8,5 sekundy! W przypadku cefalostatu – oddzielny detektor CMOS – brak konieczności przekładania czujników.
- Intuicyjne oprogramowanie Neo 3D Premium umożliwiające profesjonalne planowanie badania implantologicznego.
- Tryb obrazowania CBCT, pantomograficznego, cefalometrycznego(opcja), zatok szczękowych, stawów skroniowo-żuchwowych



Zamów wizytę
przedstawiciela w
swoim gabinecie
tel. 509-562-078,
tel. 510-368-408

Cypher-E Cyfrowy aparat pantomograficzny

- Zastosowanie inwertera DC o bardzo wysokiej częstotliwości ponad 4-krotnie zmniejsza dawkę promieniowania X
- Detektor wykonany w technologii CMOS – lepsza jakość otrzymywanych zdjęć w krótszym czasie niż w przypadku detektorów CCD
- Wykonanie badania nigdy nie było prostsze! - ustawianie parametrów ekspozycji to zaledwie jedno okno oprogramowania
- Najtrwalsza obecnie lampa RTG na rynku Toshiba D-052SB - ognisko lampy – 0,5 mm
- Wysoka jakość użytych komponentów gwarantują wysoką jakość otrzymywanych zdjęć – brak konieczności używania dodatkowych ustawień oraz specjalnych programów
- Technologia Tomosyntezy - tryb obrazowania pantomograficznego w którym wykonana jest seria zdjęć od -15 mm do +15 mm od podstawowej warstwy łuku zębowego.



Hyper-G CM Aparat pantomograficzny + cefalostat

- Czujnik wykonany w technologii CMOS
- Dwa zupełnie niezależne detektory promieniowania do obrazowania pantomograficznego i cefalometrycznego.
- Najkrótszy czas badania spośród aparatów dostępnych na rynku -- Zdjęcie pantomograficzne już od 7 sekund! Zdjęcie cefalometryczne już od 2.9 sekundy!
- Zastosowanie inwertera DC o bardzo wysokiej częstotliwości ponad 4-krotnie zmniejsza dawkę promieniowania X
- Najtrwalsza obecnie lampa RTG na rynku Toshiba D-052SB - ognisko lampy – 0,5 mm
- Wysoka jakość użytych komponentów gwarantują wysoką jakość otrzymywanych zdjęć – brak konieczności używania dodatkowych ustawień oraz specjalnych programów
- Technologia Tomosyntezy

ASAHI ROENTGEN IND. CO.,LTD.

376-3 Tsukiyama-cho Kuze Minami Kyoto-shi 601-8203 Japan
TEL: 81-75-921-4330, FAX: 81-75-921-6675
email: trading@asahi-xray.co.jp
www.asahi-xray.co.jp/

DORNWELL Hurtownia materiałów i sprzętu stomatologicznego

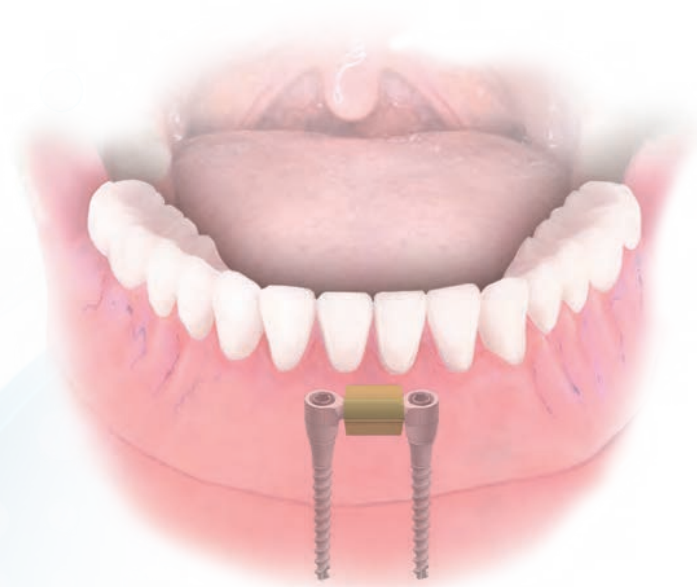
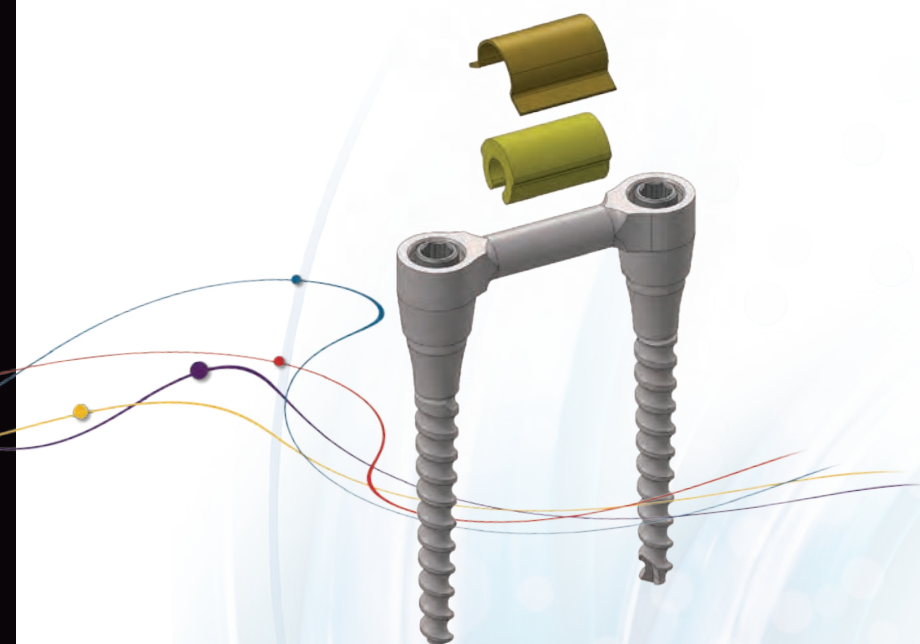
ul. Zaściankowa 90/1A, 02-989 Warszawa - Wilanów
Tel. (22) 834 77 25, 834 66 30, 663 49 98, 510 368 408, 509 562 078, (22) 379 79 83;
e-mail: sprzet@domwell.pl, info@domwell.pl
www.domwell.pl



CORTEX
dental implants

Minimalna inwazja
Maksymalny efekt

EASY2FIX



UNIKALNE ROZWIĄZANIE

POZWALA PODCZAS MINIMALNIE INWAZYJNEJ TECHNIKI IMPLANTACYJNEJ
USTABILIZOWAĆ PROTEZĘ OVERDENTURE NA PREFABRYKOWANEJ BELCE DOLDERA.
EASY2FIX TO PROSTA I BEZPIECZNA PROCEDURA BEZPŁATOWA!

PEŁNA REHABILITACJA PROTETYCZNA W GODZINĘ

MEDITRANS®

Zaopatrzenie stomatologiczne

25-108 Kielce, ul. Podlasie 16c
tel. 728 407 303; 41 34 44 886; 41 34 31 800
www.meditrans.pl

Prezentacja Ośrodka Curriculum Implantologii Duda Clinic w Katowicach

TEMAT: Planowanie uzupełnień protetycznych z zastosowaniem wszczepów śródkostnych - protezy ruchome - protezy stałe

Tkanki miękkie i estetyka w implantologii. Implantacja natychmiastowa i obciążenie natychmiastowe

Kierownik Naukowy Ośrodka: prof. zw. dr hab. n.med. Ryszard Koczorowski

Wykładowca: dr n.med. Andrzej Szwarczyński, Msc, DICOI

Z prof. Ryszardem Koczorowskim i dr. Andrzejem Szwarczyńskim rozmawia red. Monika Zmuda



Dla kogo, Panów zdaniem, przede wszystkim adresowane jest Curriculum Implantologii?

Ryszard Koczorowski: Curriculum Implantologii, czyli wieloetapowy kurs teoretyczno-praktyczny z zakresu stosowania śródkostnych wszczepów, jest skierowane zarówno do lekarzy dentyków stosujących procedury chirurgiczno-implantologiczne, jak i osób o różnym stopniu zabiegowego zaawansowania zainteresowanych stosowaniem implantów w wielu sytuacjach klinicznych podczas rekonstrukcji narządu żucia.

Andrzej Szwarczyński: Nasze Curriculum adresowane jest zarówno do lekarzy zajmujących się w chirurgią stomatologiczną, jak i tych, którzy pragną zająć się implantologią, a w trakcie szkolenia chcą podnieść swoje kwalifikacje w tej, można powiedzieć „stosunkowo nowej”, dyscyplinie stomatologii.

Jak Panowie oceniają ideę kształcenia z zakresu implantologii stomatologicznej w kilku ośrodkach szkoleniowych?

Ryszard Koczorowski: Kształcenie w omawianym temacie i przeprowadzane w kilku ośrodkach szkoleniowych w kraju oraz zagranicą pozwala szeroko tematycznie spojrzeć na problematykę implantologiczno-protetyczną, a różni wykładowcy przypisani do ośrodków dzielą się własnymi doświadczeniami klinicznymi i są otwarci na dyskusje z uczestnikami kursów na różnym poziomie ich zaawansowania. Taką formę uważam za trafną.

Andrzej Szwarczyński: Według mnie jest to bardzo dobry pomysł,

aby szkolić w różnych ośrodkach, gdyż lekarze, często z dużym doświadczeniem, też zdobywali swoją wiedzę w różnych renomowanych klinikach w kraju i zagranicą. Kursanci czerpią więc kwintesencję wiedzy wykładowców.

Czym charakteryzuje się Panów ośrodek?

Ryszard Koczorowski: Ośrodek Duda Clinic w Katowicach, udoświadczony nam do szkoleń, to wiodące Centrum Stomatologii o szerokim spectrum usług, które w dużym stopniu skupia się na zagadnieniach związanych ze stomatologią odtwórczą w zakresie zarówno uzębienia, jak i tkanek twardych i miękkich. Ośrodek ten, z uwagi na nowoczesne wyposażenie oraz profesjonalne projekty wnętrz, został nieprzypadkowo uznany najlepiej zaprojektowanym zespołem gabinetów i laureatem głównej nagrody przyznanej w 2013 roku na Gali TOP Design.

Andrzej Szwarczyński: Zajęcia w Katowicach są o tyle ciekawe, że korzystamy z gościnnych progów pięknej kliniki dra Mariusza Dudy, której wyposażenie przewyższa nawet niektóre renomowane ośrodki na zachodzie. Wykładowcy posiadają wieloletnie i duże doświadczenie w zakresie chirurgii, protetyki i implantoprotetyki. Prof. Ryszard Koczorowski jest nauczycielem akademickim, autorem licznych prac naukowych i praktycznych oraz podręczników, a swoją wiedzę potrafi przekazać w sposób jasny, przystępny i czytelny dla kursantów.

Z kolei ja swoją wiedzę i doświadczenie praktyczne zdobyłem w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Poznaniu i pogłębiałem ją na Uniwersytetach w Kilonii, Berlinie i we Frankfurcie nad Menem. W ostatnich latach uzyskałem tytuł Master of Science in Oral Implantology oraz Dyplomate ICOI.





Panie Profesorze, co jest najważniejsze w zajęciach z zakresu planowania prac implantoprotetycznych?

Ryszard Koczorowski: Stosowanie wszczepów śródkostnych, oprócz procedur chirurgicznych, wymaga przede wszystkim tzw. protetycznego myślenia. Stąd też przy planowaniu uzupełnień stałych jak i ruchomych należy się orientować jak optymalizować rozmieszczenie i rodzaj implantowanych filarów, by skutecznie kotwiczyć i stabilizować protezy oparte na implantach. Protetyczne procedury i materiały najbardziej wskazane przy konstrukcjach odtworczych są przedmiotem dyskusji, podobnie jak stosowanie różnych rencyjnych elementów protetycznych na wszczepionych filarach. Dotychczas w implantologii dużo się mówi o procedurach chirurgicznych, a znacznie mniej o zasadach projektowania nadbudów w implantoprotetyce.

Doktorze, jest Pan jedynym wykładowcą Curriculum, który ma swoje prelekcje podczas dwóch weekendów. Proszę nam powiedzieć czym one się różnią i na co przede wszystkim stawia Pan nacisk podczas zajęć w Katowicach?

Andrzej Szwarczyński: Otrzymując zaszczyt prowadzenia wykładów w dwóch ośrodkach zdecydowałem się, po konsultacji z Prof. Koczorowskim i Doc. Osmolą, z którymi prowadzę te zajęcia, jak i z Komisją Dydaktyczną PSI, na zastosowanie podczas pierwszego weekendu, czyli katowickiego, tematyki wprowadzającej do planowania implantacji. Więcej czasu poświęcam tematom podstawowym dla osób mniej zorientowanych w procedurach implantologicznych. Przedstawiam też przypadki podstawowe wg szablonu frankfurckiego. Zwracam ponadto uwagę na powikłania i podaję sposoby jak ich uniknąć.

W trakcie kolejnego weekendu - poznańskiego, rozwijam zagadnienia wcześniej omawiane i przedstawiam procedury bardziej złożone, np. przeszczepy kości, liftingi zatok itp. Wszystko oczywiście krok po kroku, żeby ułatwić zrozumienie i zapamiętanie problemów przez kursantów.

Czy w ośrodku prowadzone są zajęcia praktyczne? Jeżeli tak to jak one przebiegają?

Ryszard Koczorowski: Oczywiście część szkoleniowa jest oparta o zajęcia praktyczne, podczas których uczestnicy kursów asystują przy zabiegach implantacyjnych i oceniają przypadki zakwalifikowane do procedur implantacyjno-protetycznych, a także analizują z wykładowcami pacjentów ze swoich gabinetów w oparciu o modele diagnostyczne i dokumentację. Multimedialna sala wykładowa oraz gabinety, które stwarzają możliwości śledzenia „na żywo” wszystkich procedur implantologicznych z komentarzem

lekarzy dokonujących zabiegów, realizują w pełni szkoleniową rolę i satysfakcjonują uczestników kursów. Wykładowcy są otwarci na analizę koncepcji leczniczych, często w kontrowersyjnych tematach.

Andrzej Szwarczyński: Zajęcia praktyczne prowadzone są w drugim dniu zajęć. Zazwyczaj są to dwa, trzy różne zabiegi. Najczęściej pojedyncze i mnogie implantacje, ale zdarzają się też liftingi zatok, zabiegi poszerzenia i rozszczepienia wyrostka zębodołowego, jak i augmentacje kostne. Przy każdym zabiegu asystuje kilku kursantów, a pozostali mają udostępniony z sali operacyjnej obraz na ekranie w sali wykładowej z omawianiem zabiegu na bieżąco.

Co nam organizatorom, a co kursantom dają prezentacje sponsorów i ich udział w szkoleniu?

Ryszard Koczorowski: Bezpośredni kontakt z przedstawicielami firm, najczęściej implantologicznych, pozwala zapoznać się bliżej z określonym systemem wszczepów, jego zaletami, kompatybilnością, aspektami ekonomicznymi, również z możliwościami współpracy. Także bezpośrednie interpersonalne kontakty sprzyjają przekazywaniu nowości i postępów w określonym systemie oraz współpracy z firmą w przyszłości.

A.S. Prezentacje sponsorów dają kursantom dostęp do nowych systemów i materiałów a organizatorom, jak myślę, podnoszą rangę spotkania i umożliwiają nawiązanie szerszych kontaktów.

Jak Panowie oceniają dotychczasowe edycje szkolenia? Czy szkolenie jest w jakiś sposób kształcące dla wykładowców?

Ryszard Koczorowski: Najtrafniejszą ocenę potrafią dać uczestnicy kursów, ale sądzę, że pełna obsada obu grup (mniej oraz bardziej zaawansowanej) na kilka miesięcy przed rozpoczęciem nowej edycji świadczy o dobrej opinii i rekomendacji tych szkoleń. W mojej ocenie doskonalenie umiejętności implantologicznych na kilku sesjach teoretyczno-praktycznych prowadzonych przez różnych klinicystów jest skuteczne i aprobowane.

Andrzej Szwarczyński: Dotychczasowe edycje oceniam bardzo dobrze, zdarzają się grupy bardziej zaawansowane jak i mniej, ale wszyscy są bardzo zainteresowani tematyką zajęć. Dla wykładowców wiedza zdobyta podczas zajęć, jak i zadawane pytania przez kursantów pozwalają na ciągle ulepszanie tematyki co, jak mnie mam, jest korzystne dla obu stron.

Bardzo Panom dziękuję za rozmowę.



Expert Program w Bremie



W ramach tegorocznego szkolenia w cyklu Expert Program PSI, w połowie czerwca firma Denon Dental zaprosiła lekarzy do Bremy, gdzie prof. Ernst-Jürgen Richter, kierownik w Zakładzie Protetyki Stomatologicznej na Uniwersytecie Julius-Maximilians w Würzburgu poprowadził 2-dniowy zaawansowany kurs implantoprotetyczny.

Przekazana przez prowadzącego wiedza, wsparta została setkami slajdów pokazujących przypadki w szerokim spectrum tematycznym. prof. Richter główny nacisk położył na dwa zagadnienia dotyczące zakotwiczenia prac implantoprotetycznych w przypadku bezzębnej żuchwy oraz zastosowania zasady strategicznych implantów w przypadku protez ruchomych. W trakcie rozwijania tych tematów poruszone zostały też kwestie planowania protezy, elementów mocujących do protez ruchomych, znaczenia wydłużania belek, aspektów inżynierii materiałowej, konstrukcji problematycznych, biomechaniki, okluzji, interakcje pomiędzy zębami, a implantami oraz wiele innych. Chociaż prowadzący mówił po angielsku, uczestnicy mieli zapewnione tłumaczenie na język polski, a lekarzom towarzyszyli również współpracujący z nimi technicy.

Partnerem szkolenia była firma BEGO Implant System, która zapro-



siła Profesora Richtera do współpracy, a także zajęła się organizacją czasu wolnego od wykładów. Jako że szkolenie odbywało się w Bremie, to wieczorem uczestnicy zostali zaproszeni na zwiedzanie tego urokliwego miasta oraz kolację, która przeciągnęła się do późnych godzin wieczornych.

Nieoczekiwanym bonusem do szkolenia było też zwiedzanie centrum produkcyjnego implantów BEGO Semados oraz największego w Europie Centrum Cad/Cam mieszczącego się w BEGO Medical, gdzie na kilkuset metrach kwadratowych pracują 22 olbrzymie urządzenia!

W szkoleniu udział wzięło aż 20 uczestników z Polski, w tym 7 osób w ramach cyklu Expert Program PSI.



Innowacje w Implantologii Istambuł, Turcja

W dniach **14-15 czerwca 2014** odbyło się Międzynarodowe Sympozjum Neobiotech. W tym roku miejscem spotkania było Centrum Kongresowe Grand Cevahir w Istambule. Kongres odbył się w ramach **Expert Programu** przy współpracy **Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego (PSI)**.

Wykładowcy oraz tematyka:



Dr Maurice Salama (USA)

- Synergy of Reconstructive Hard and Soft Tissue Surgery: The Role of Bioengineering in Clinical Practice.

- Treatment Planning 2014 & Beyond.



Dr Young-Ku Heo (Korea)

- AnyTime Loading: Its Surgical & Prosthetic Protocol-When, Where, and How?



Dr Ismael Soriano (Hiszpania)

- Immediate Loading Implants in Post-Extraction in Full Restoration.



Dr Ismael Soriano (Hiszpania)

- Sinus lifting and grafting: New Horizons



Dr Ahmet Utku Ozan (Turcja)

- Innovative Sinus Elevation

- New Trend in GBR Technique



Dr Bassam F. Rabie (Egipt)

- Advanced techniques in hard & soft tissue augmentation

Pragniemy zaprosić na kolejne Sympozjum, które odbędzie się w **Seulu** (Korea) w dniu **5 października 2014**.

Więcej informacji na stronie: www.profident.pl



DISCOVER

THE ADVANCED
IMPLANTOLOGY
of Korea & Neobiotech

Neobiotech
World Symposium
Seoul, Korea / October 5, 2014

**Neo
Biotech**

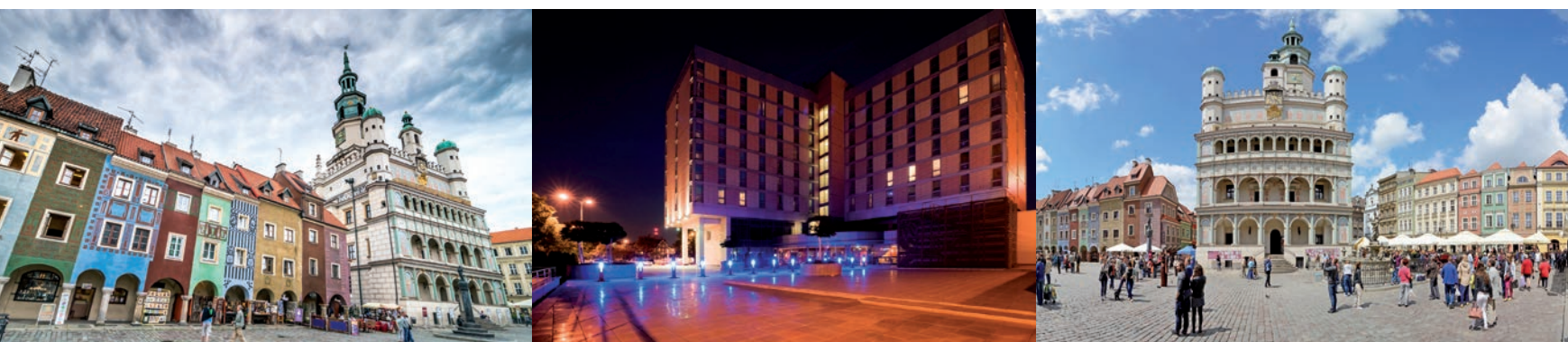
9.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES PSI/ICOI/DGOI

PSI/ICOI/DGOI COOPERATION MEETING

12-13.06. 2015

Hotel Mercure, Poznań



W PROGRAMIE:

- Podium Główne
- Podium Aktywnych Implantologów
- 9. Warsztatów przedkongresowych

Renomowani zagraniczni i polscy wykładowcy

Egzaminy Umiejętności Implantologicznych Fellowship/Diplomate/Mastership

Międzynarodowy weekend Curriculum Implantologii

Ceremonie wręczenia certyfikatów ICOI/DGOI

Patronat prasowy:

IMPLANTOLOGIA
STOMATOLOGICZNA

STOMATOLOGIA
WSPÓŁCZESNA

DENTAL
FORUM

dti Dental
Tribune
International

PSI
Polskie Stowarzyszenie
Implantologiczne

Organizator:

40-013 Katowice, Dyrekcyjna 10/4a
tel. (+4832) 203-27-85, psi@icoi.pl
www.psi-icoi.pl,
www.kongrespsi.pl

Złoty Sponsor:

Neo
Biotech

Partnerzy Curriculum Implantologii:

Asahi

BEGO

Płyn do płukania jamy ustnej
Eludril CLASSIC

witt

Neo
Biotech

champions implants

MEDITRANS
Zapalniki stomatologiczne
CORTEX
Dental Implants

PROFIDENT
New Dental Technology

CURRICULUM HIGIENISTKI I ASYSTENTKI IMPLANTOLOGICZNEJ 2014/2015



Cel szkolenia

Curriculum przeznaczone jest dla higienistek oraz asystentek stomatologicznych, jak również dla pozostałych członków zespołów implantologicznych, których celem jest profesjonalna współpraca z lekarzem implantologiem oraz samodzielne przygotowanie pacjenta do zabiegów z zakresu periodontologii, chirurgii stomatologicznej i implantologii.

Celem kursu jest przygotowanie teoretyczne i praktyczne do samodzielnej pracy w zakresie przygotowania pacjenta do zabiegu implantologicznego, asysty podczas zabiegu oraz opieki po implantacji. Zagadnienia zostaną przedstawione krok po kroku, w teorii oraz podczas warsztatów praktycznych.

Forma szkolenia

Cykl szkoleniowy Curriculum Higienistki Implantologicznej obejmuje 3 nierozdzielne moduły:

moduł 1. Periocare, Kraków,

moduł 2. Impla-Dental Clinic Stomatologia, Kraków

moduł 3. Periocare, Kraków + egzamin teoretyczny

Ilość godzin dydaktycznych: 42

1 moduł teoria - 8 godzin + praktyka 6 godzin

Zajęcia odbywają się w godzinach 12.00-20.00 w piątki oraz

8.30-14.30 w soboty

Program wzorowany jest na międzynarodowych standardach AIDA (The Association of Dental Implant Auxiliaries) i umożliwia zdobycie specjalistycznej wiedzy i umiejętności koniecznych do dalszego rozwoju zawodowego. Gwarantuje też długofalowe efekty lecznicze poprzez nauczenie pacjenta współpracy pod kątem utrzymania wzorowej higieny jamy ustnej, zapewniając równocześnie stałą możliwość kontroli w gabinecie implantologicznym.

Wraz z warsztatami hands-on zawierającymi praktyczne procedury dla asysty podczas zabiegu chirurgiczno-implantologicznego, program obejmuje elementy treningu z zakresu motywacji i edukacji pacjenta, kwalifikacji pacjenta do zabiegu implantologicznego, uwypuklenia zagadnień związanych z estetyką śluzówkowo-dziąsłową.

Uczestniczki kursu zdobędą praktyczną wiedzę odnośnie doboru akcesoriów higienicznych dla pacjenta, nauczą się prowadzenia prawidłowej dokumentacji medycznej oraz krok po kroku poznają procedury zabiegów higienicznych przy implantach z użyciem skalera ultradźwiękowego dedykowanego do implantów, lasera diodowego, czy kiret implantologicznych.

Zapisy i szczegółowe informacje

BIURO PSI, 40-013 Katowice, ul. Dyrekcyjna 10/4a, tel. 32 203 27 85, www.psi-icoi.pl, e-mail: psi@icoi.pl



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 pozwoliło na podniesienie komfortu pacjentów, którzy wcześniej skazani byli na używanie klasycznych uzupełnień.

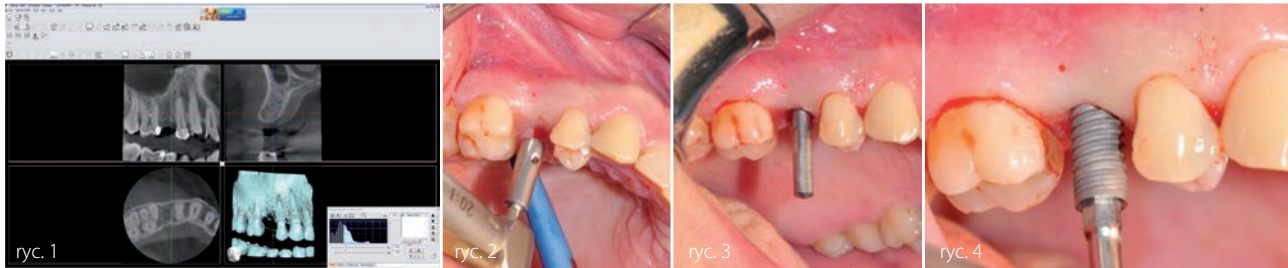
Choć dzisiaj leczenie implantologiczne nie należy już do nowatorskich sposobów rekonstrukcji brakujących zębów, to jednak wciąż jest najlepszym z możliwych rozwiązań. W tym kontekście nie powinien nikogo dziwić fakt, że implanty stają się coraz popularniejszym środkiem rekonstrukcji układu stomatognatycznego. Mimo tak oczywistych faktów, wciąż jednak niewiele miejsca w procesie kształcenia akademickiego poświęca się na zagadnienia dotyczą-

ce 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 dentyków 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





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

czas 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 nasiętkowym 4% roztworem artykainy z noradrenaliną wykonano nacięcie błony śluzowej za pomocą okrągłego trepana zamontowanego na kątnicy chirurgicznej (ryc.2). Następnie opracowano łożę 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



koleżeńskim forum zawsze wiąże się ze stresem, a na egzaminie emocji dodaje fakt bycia obserwowanym przez znakomitych ekspertów, którzy wchodzi w skład Komisji Egzaminacyjnej. W minionym roku byli to: prof. Ady Paltı, 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.

Opis przypadku

Pacjent (41 lat) zgłosił się w celu uzupełnienia braku zęba 15. Pod-

nawieru (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 amoksyliny 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 łożę 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 gotową koronę na tymczasowym cemencie na bazie żywicy Premier Implant Cement (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?

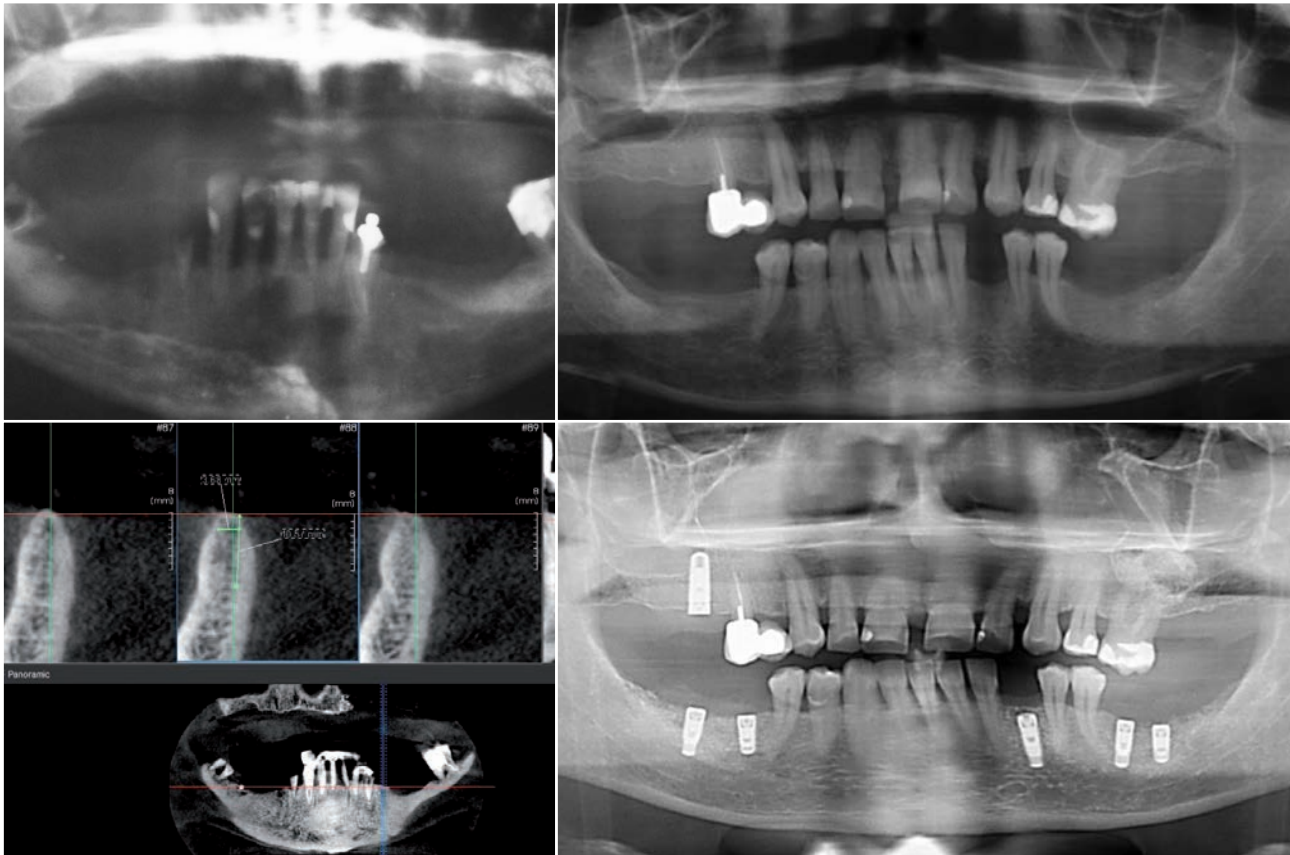
Maciej Marcinowski: Alberta Einstein twierdził, że życie jest jak jazda na rowerze – trzeba ciągle przeć do przodu. Czy nie jest tak samo z implantologią? Jeśli chce się być na czasie z aktualnym stanem wiedzy, trzeba ciągle się dokształcać. Jeśli chcemy rozwiązywać coraz to trudniejsze problemy zdrowotne 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 pocztę. 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 deadline'em 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.

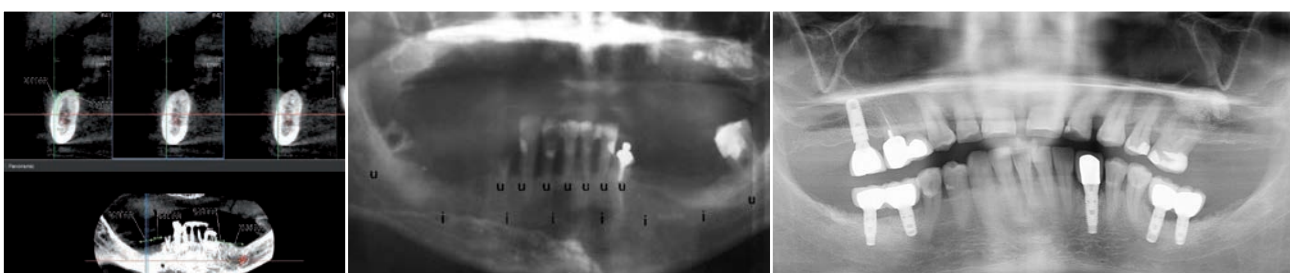
Gdy Fellowship jest za nami, mamy już pewne doświadczenie. Gdy i Fellowship i Dyplomate wciąż przed nami – jesteśmy górą, gdyż jeszcze precyzyjniej możemy zaplanować ścieżkę naszego rozwoju zawodowego. Warto spisać sobie przewodnik, według którego będziemy prowadzić naszych pacjentów implantologicznych,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

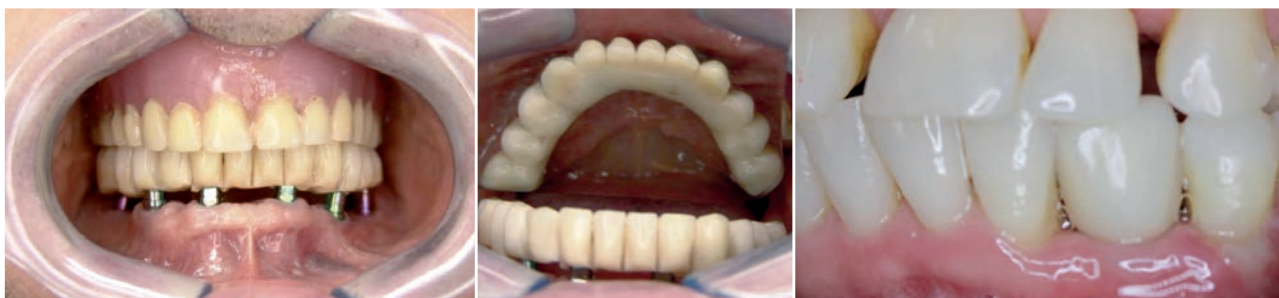
Monika Zmuda: Co możemy poradzić kolejnym kandydatom do egzaminów, który odbędzie się w przyszłym roku?

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 technikach dentystycznych, posiadających odpowiednią wiedzę i umiejętności, przygotowuje 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 sukces, czy też zabieg podwyższonego ryzyka, nie przysporzy nam

takich jak debridement, resekcje czy rekonstrukcje tkanek miękkich. Oцени 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 implantach 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 rozwiązań, 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?



przychylności wśród członków komisji egzaminacyjnej. Pamiętajmy zatem o zaplanowaniu implantacji najlepiej w programie do obróbki tomografii, zlemy laboratorium wykonanie szablonów chirurgicznych oraz dokumentujemy 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 wymagać szczególnej opieki po otrzymaniu rekonstrukcji implantoprotetycznych. Higienistka powinna przekazać wyniki badania lekarzowi prowadzącemu, który określi potrzebę dalszych zabiegów

Maciej Marcinowski: U pierwszego pacjenta, którego przedstawiłem został zaplanowany most na sześciu implantach w żuchwie. Pacjent zgłosił się z bezzębem 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 monitorowane. Zastosowano korony i mosty na podbudowie cerkonowej, które zostały zacementowane na cement stały.

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

Maciej Marciniowski: 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 klinika 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.

Ciągle dokształcanie oraz praktyka zawodowa sprawiły, że implantacje są już w moim gabinecie na porządku dziennym i wykonujemy je niemal w każdym tygodniu. Największą satysfakcją sprawiamy 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 niezwykle 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 organi-

zacje 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.





dr Tomasz Cubera³



dr Joanna Cubera²

Rehabilitacja protetyczna bezzębnej żuchwy z zastosowaniem protezy nakładowej wspartej na dwóch wszczepach oraz zatrzaskach typu Locator. Opis przypadku

Prosthetic treatment of edentulous mandible using an overlay denture supported by two endosseous implants and Locator Attachments. Case description

Słowa kluczowe:

wszczepy śródkostne, proteza overdenture, implantoprotetyka

Key words:

endosseous implants, overdenture, implant prosthodontics

dr Grażyna Cubera¹, dr Joanna Cubera², dr Tomasz Cubera³,
dr Robert Brodowski⁴
^{1,2,3,4} Prywatny Gabinet Stomatologiczny NZOZ T.G.C.
Dentyści w Stalowej Woli
Kierownik: lek. dent. Grażyna Cubera
E-mail: gabinet5@op.pl;
www.tgcdentysty.pl

Praca recenzowana

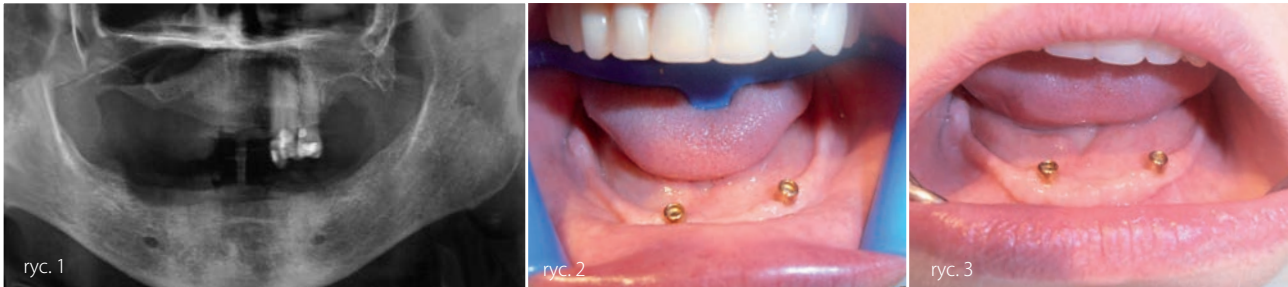
Leczenie protetyczne z zastosowaniem tradycyjnych metod zaopatrzenia protetycznego bezzębnej żuchwy często nie spełnia oczekiwań pacjentów ani samych lekarzy. Prowadzone leczenie, które ma na celu odtworzenie brakującego uzębienia, prawidłowych relacji zgryzowych, stabilizacji żuchwy, zapewnienie ochronny podłoża śluzówkowo-kostnego, przywrócenie funkcji żucia, mowy oraz komfortu i jakości życia pacjentów, jest często ograniczone i niewystarczające. Blisko 64% pacjentów skarży się na dyskomfort związany z użytkowaniem protezy całkowitej dolnej, a kolejne 16% nie korzysta z niej w ogóle [1, 2]. Wynika to z trudności uzyskania dobrej czynnościowo adhezji płyty protetycznej w żuchwie, która jest spowodowana zanikiem podłoża kostnego, makroglosją, niską podatnością błony śluzowej, nadmiernie ruchomym i (lub) twardym dnem jamy ustnej oraz często ujawniającą się u osób starszych kserostomią [1, 3]. Stosowanie materiałów kohezyjnych poprawia adhezję i utrzymanie protezy całkowitej w żuchwie, ale jest skuteczne tylko w określonych granicach i nie zapewnia jej pełnego unieruchomienia [1, 4, 5]. Dlatego też zastosowanie w terapii bezzębia protez ruchomych wspartych na wszczepach śródkostnych stało się jednym z klasycznych wskazań implantologicznych. W badaniach klinicznych wykazano wysoki odsetek powodzenia tej formy leczenia, który wynosi 85-90% z czasem obserwacji do 20 lat, oraz niesłabnącą satysfakcją pacjentów z jej zastosowania przy czasie obserwacji do 10 lat (6).

Streszczenie

Leczenie protetyczne bezzębnej żuchwy, mające na celu odtworzenie brakującego uzębienia, warunków zwarciovych oraz przywrócenie komfortu życia pacjentów najczęściej wymaga wykonania protez ruchomych. Stosowane tradycyjne uzupełnienia protetyczne nie spełniają jednak oczekiwań pacjentów, mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia. Założeniem pracy było przedstawienie skuteczności leczenia pacjentki z bezzębną żuchwą z zastosowaniem protezy nakładowej typu overdenture wspartej na dwóch wszczepach śródkostnych oraz zatrzaskach typu Locator. Zastosowane rozwiązanie protetyczne znacznie polepszyło retencję i stabilizację protezy dolnej, przyczyniając się do poprawy komfortu i jakości życia pacjentki.

Abstract

Prosthetic treatment of edentulous mandible concentrates on reconstructing dentition and occlusal conditions, restoring comfort of life for patient, most often needs to carry out removal dentures. Traditional dentures often do not fulfill all expectations even though the treatment was performed correctly. The aim of the study was to describe the treatment outcome of female patient with edentulous mandible who was provided with overdenture retained by two endosseous implants and Locator attachment. This kind of treatment increased the retention and stabilisation of overdenture and improved quality of life for the patient.



Ryc. 1 Zdjęcie pantomograficzne wykonane przed leczeniem.

Ryc. 2 Zdjęcie wewnątrzustne – w szczęce proteza górna, w żuchwie osadzone zaczepy typu Locator.

Ryc. 3. Zdjęcie wewnątrzustne protezy górnej, w żuchwie osadzone zaczepy typu Locator.

Ważnym elementem leczenia z zastosowaniem protez nakładowych typu OVD wspartych na wszczepach śródkostnych jest możliwość ograniczenia ruchomości protezy, co znacznie przyczynia się do zmniejszenia traumatycznego oddziaływania protezy na miękkie i twarde tkanki jamy ustnej. Ponadto wykonanie protezy typu OVD wspartej na 2 lub 4 filarach śródkostnych pozwala zapewnić mieszane, śluzówkowo-kostne przeniesienie sił żucia, co przyczynia się do ochrony podłoża kostnego przed niekorzystnym zanikiem. W większości publikacji medycznych jest wyrażana opinia, że wprowadzenie 2 wszczepów w odcinku przednim, między otworami bródkowymi żuchwy, jest wystarczające do wykonania protezy overdenture. Zapewnia to satysfakcjonującą stabilizację czynnościową protezy dolnej zarówno podczas spożywania pokarmów, jak i mówienia [7, 8].

Retencję protezy ruchomej wspartej na wszczepach uzyskuje się, wykorzystując siły tarcia między metalową a wykonaną z tworzywa powierzchnią patrycy–matrycy precyzyjnych elementów retencyjnych. W protezach nakładowych typu OVD jako zaczepy precyzyjne można wykorzystać zaczepy sferyczne, zatraski typu Locator, korony teleskopowe, elementy retencji magnetycznej oraz zespolenia kładkowe o konstrukcji belkowej typu Doldera czy Ackermanna [9].

W pracy opisano przypadek leczenia protetycznego bezzębnej żuchwy przez wprowadzenie 2 wszczepów śródkostnych oraz wspartej na nich protezy całkowitej zakotwiczonej z użyciem zatrasków systemu Locator.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 65, ogólnie zdrowa, użytkująca uzupełnienia protetyczne, zgłosiła się do gabinetu stomatologicznego NZOZ TGC Dentyści w Stalowej Woli. W badaniu podmiotowym pacjentka podawała złą, nieakceptowalną estetykę uzębienia resztkowego, krwawienie dziąseł podczas szczotkowania zębów, brak wystarczającej retencji i stabilizacji akrylowej protezy częściowej górnej i całkowitej dolnej. Protezy były wykonane około 8 lat temu, nie były wcześniej korygowane ani podścielane. Pacjentka podawała, iż w celu poprawy komfortu użytkowania protezy dolnej stosowała materiały adhezyjne w postaci klejów do protez. W badaniu przedmiotowym zewnątrzustnym odnotowano obniżoną wysokość zwarcia centralnego, zaburzoną estetykę twarzy, macerację skóry w okolicy kątów ust. W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono zanik kości części żębołowej żuchwy w odcinkach bocznych, obecność złogów naddziąsłowych, stan zapalny dziąseł i przyzębia brzeżnego. Resztkowe uzębienie w górnym łuku zębo-

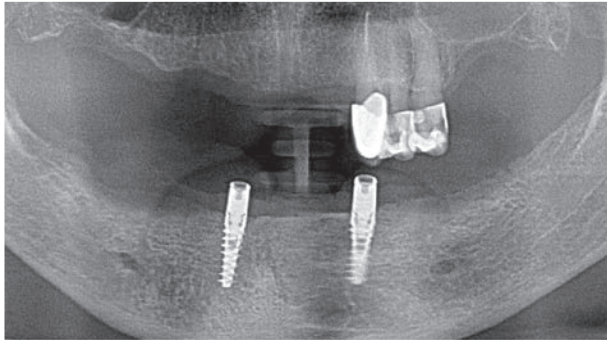
wym nie wykazywało ruchomości patologicznej. Zdiagnozowano również obecność ubytków próchnicowych na powierzchniach stycznych zębów 24 i 25. W zębie 23 było widoczne rozległe nieestetyczne wypełnienie klasy IV według Blacka; ząb wykazywał bardzo słabą reakcję na bodźce termiczne i prąd elektrofarmiczny. Braki zębowe w uzębieniu zakwalifikowano odpowiednio do klasy C2 według Eichnera oraz do klasy IV i V według klasyfikacji Galasińskiej-Landsbergerowej (ryc. 1).

W ramach pełnego kompleksowego leczenia stomatologicznego, uwzględniającego oczekiwania i możliwości finansowe pacjentki, zaproponowano wykonanie nowych protez akrylowych po przeprowadzeniu pełnej sanacji jamy ustnej. Przewidziano wykonanie protezy całkowitej dolnej typu OVD wspartej na dwóch wszczepach śródkostnych. Retencję protezy miało zapewnić wykorzystanie zatrasków typu Locator. Pacjentka zaakceptowała przedstawiony plan leczenia.

Sanację jamy ustnej rozpoczęto od usunięcia naddziąsłowych i poddziąsłowych złogów nazębnych, a następnie leczenia zachowawczego i endodontycznego zębów górnego łuku zębowego. W ramach przygotowania przedzabiegowego sporządzono modele gipsowe szczęki i żuchwy, zlecono wykonanie pantomogramu oraz dokonano pomiaru przezśluzówkowego z użyciem cyrkla kostnego, w którego wyniku stwierdzono, że szerokość części zębołowej żuchwy w odcinku przednim wynosi 5-6 mm.

Zabieg implantacji przeprowadzono w osłonie antybiotykowej (podano 2,0 g amoksyliny na godzinę przed zabiegiem). W znieczuleniu miejscowym nasiękowym preparatem Citocartin 100 (Molteni) nacięto i odwarstwiono płat trapezowaty w okolicy zębów 33-34 oraz 43-44. Następnie w odległości 15 mm od wyznaczonej linii pośrodkowej żuchwy, zgodnie ze standardowym schematem postępowania wyznaczonym przez producenta, wprowadzono 2 wszczepy SGS Dental (Swiss Implant Systems) o średnicy 3,75 mm długości 13 mm. Zakotwiczone wszczepy uzyskały stabilizację pierwotną 35 Ncm. Po założeniu śrub zamykających zszyto ranę szwami krzyżowymi 6/0 Daiflon. Bezpośrednio po zabiegu implantacji wprowadzono odciążoną protezę dolną i wykonano kontrolę zwarcia. Chorej zalecono płukanie jamy ustnej 0,2% roztworem chlorheksydyny. Gojenie się pooperacyjne przebiegło bez powikłań, dokonano tylko niewielkiej korekty płyty protezy dolnej, szwy usunięto po 10 dniach od zabiegu.

Po wprowadzeniu wszczepów, w okresie osteointegracji, pacjentka zgłaszała się na okresowe kontrole pobrzeża i części dośluzówkowej protezy. Po upływie 3 miesięcy wszczepy odsłonięto i założono śruby gojące o wysokości 5 mm. Po upływie 7 dni od założenia filarów gojących pobrano wyciski masą alginatową



Ryc. 4 Zdjęcie pantomograficzne wykonane po zakończonym leczeniu implantoprotetycznym.

Kromopan 100 (Lascod) w celu wykonania wzorników zwarcio-
wych oraz łyżki indywidualnej. Podczas kolejnej wizyty dokonano
rejestracji wysokości zwarcia centralnego, ustalono kolor zębów,
pobrano wycisk czynnościowy masą polieterową Impregum
(3M ESPE). Jednocześnie oszlifowano ząb 23 w celu wykonania
korony całkowitej porcelanowej. Pobrano wyciski masą polietero-
wą Impregum z użyciem standardowej łyżki metalowej. Wzorniki
zwarcio-
we wraz z pobranymi wyciskami przekazano do pracowni
protetycznej. W trakcie kolejnej wizyty, używając Fuji Plus (GC), za-
cementowano koronę porcelanową na zębie 23, skontrolowano
też protezy próbne poza jamą ustną i w jamie ustnej pacjentki. Po-
brano wycisk alginatowy szczęki, który wraz z protezami próbnymi
przekazano do pracowni protetycznej w celu wykonania ostatecz-
nych uzupełnień protetycznych.

W trakcie kolejnej wizyty wprowadzono zatrzaski typu Locator
o wysokości 5 mm, a także oddano pacjentce ostateczne uzu-
pełnienia protetyczne. Poinformowano ją o konieczności użyt-
kowania protezy dolnej przez 7 dni bez osadzonych matryc
silikonowych. Po upływie 7 dni dokonano niewielkiej korekty
zasięgu płyty protezy oraz osadzono matryce elastyczne miękkie
(kolor różowy) wraz z ich metalowymi pierścieniami bezpośrednio
w jamie ustnej pacjentki z zastosowaniem akrylu samopolimery-
zującego Duracryl Plus (Spofa Dental). Podczas kolejnych wizyt
kontrolnych po zakończonym leczeniu protetycznym przepro-
wadzono niewielkie korekty części doślužówkowej protezy dolnej
i górnej. Pacjentka bardzo dobrze oceniła przeprowadzone kilku-
miesięczne leczenie implantoprotetyczne oraz osiągnięty osta-
teczny wynik estetyczny i funkcjonalny (ryc. 2, 3).

Po 2 miesiącach pacjentka zgłosiła się do gabinetu z powodu czę-
ściowego braku retencji protezy dolnej. Podczas badania stwier-

dzono samoistne odcementowanie się matrycy silikonowej wraz
z obudową metalową z płyty protezy po stronie lewej. W celu
skorygowania powstałej nieprawidłowości powtórnie wklejono
matrycę wraz z pierścieniem z zastosowaniem Duracrylu oraz
wymieniono matrycę silikonową na standardową (kolor biały).
Podczas wizyty kontrolnej po upływie 6 miesięcy od zakończenia
leczenia protetycznego zlecono wykonanie pantomogramu oraz
powtórnie poinstruowano pacjentkę o konieczności przestrzega-
nia odpowiedniej higieny jamy ustnej (2, 10) (ryc. 4, 5, 6).

Podsumowanie

Kompleksowe leczenie implantoprotetyczne z zastosowaniem
protez nakładowych, wspartych na 2 wszczepach, zakotwiczo-
nych zatrzaskami precyzyjnymi typu Locator znacznie przyczynia
się do poprawy retencji i stabilizacji protez dolnych. Dzięki tej
efektywnej metodzie leczenia jest możliwa adaptacja pacjentów
do protez ruchomych, a także istotna poprawa jakości życia bez-
zębnych pacjentów, ich samopoczucia, estetyki twarzy.

Praca była wcześniej publikowana w Magazynie Stomatologicz-
nym 6/2014 s. 74-77

Piśmiennictwo

- [1] KOCZOROWSKI R., KOCZOROWSKI J. Protezy overdentures w bezzębnej żuchwie oparte na 2 wszczepach filarowych jako alternatywa dla tradycyjnych protez ruchomych. *Implantoprotetyka*, 2007, VIII, 4, 4-8.
- [2] PŁOŃCZAK-BORKOWSKA J. i WSP. Zastosowanie protezy nakładowej na wszczepach śródkostnych w rehabilitacji protetycznej pacjentki z bezzębną żuchwą. *Mag. Stomatol.*, 2013, XXIII, 3, 90-92.
- [3] DOROCKA- BOBKOWSKA B. I WSP. Występowanie objawów podmiotowych stomatopatii protetycznej z towarzyszącym zakażeniem grzybiczym u chorych na cukrzycę typu 2. *Protet. Stomatol.*, 2012, LXII, 1, 5-13.
- [4] DOUNDOOULAKIS J.H. I WSP. The implant supported overdentures as an alternative to the complete mandible denture. *J. Am. Dent. Assoc.*, 2003, 134, 1455-1458.
- [5] BEREZOWSKI Z., WINAND O. Zastosowanie implantów śródkostnych w rehabilitacji protetycznej żuchwy bezzębnej. *Mag. Stomatol.*, 2001, XI, 7-8, 11-17.
- [6] RINKE S., FISCHER C. Konstrukcje belkowe wykonane techniką CAD/CAM. *Quintessence Periodontologia-Implanty*, 2012, 2, 150.
- [7] GŁADKOWSKI J. I WSP. Leczenie implantoprotetyczne bezzębnej żuchwy z zastosowaniem stereolitycznych szablonów chirurgicznych – obciążenie natychmiastowe. *Protet. Stomatol.*, 2011, XLI, 6, 453-458.
- [8] EKELUND J.A. I WSP. Implant treatment in the edentulous mandible: a prospective study on Branemark system implant over more than 20 years. *Int. Prosthodont.*, 2003, 16, 6, 602-608.
- [9] GAJDUS P. I WSP. Protezy overdentures wsparte o implanty Osteopant w trudnych warunkach pola protetycznego. *Protet. Stomatol.*, 2013, LXIII, 2, 119-126.
- [10] ŚMIELAK B., KNYTEL M., BIESAGA R. Wykorzystanie prefabrykowanej belki jako elementu retencyjnego dla utrzymania protez typu overdentures wspartych na implantach – opis przypadku. *Protet. Stomatol.*, 2011, LXI, 1, 51-55.



Ryc. 5. Zdjęcie zewnątrzustne – stan po zakończonym leczeniu protetycznym.



Ryc. 6. Zdjęcie zewnątrzustne – wygląd pacjentki po zakończonym leczeniu implantoprotetycznym.

10



SYMPOZJUM CEIA KRAKÓW 24-25.10.2014

DOROCZNE SPOTKANIE **IMPLANTOPROTETYKÓW**
I SYMPATYKÓW **STOMATOLOGII ESTETYCZNEJ**

PERIIMPLANTITIS, IMPLANTOPROTETYKA, STOMATOLOGIA ESTETYCZNA, POWIKŁANIA W IMPLANTOLOGII, ORTODONCJA W PLANOWANIU IMPLANTOPROTETYCZNYM



Dr n. med.
**Francesco
AMATO**

Chirurg, periodontolog i implantolog, autor cytowanych na całym świecie prac z zakresu estetyki i funkcji. Kształcił się we Włoszech i USA.



Prof.
**Stephen
CHU**

Protetyk prof. D. Tamowa, twórca „przymiarów estetycznych Chu”, uznany na Świecie specjalista stomatologii estetycznej. Autor bestsellerowej książki „The Fundamentals of Color (...) Principles Practice, Practical Procedures and Aesthetic Dentistry” oraz współautor wielu artykułów i podręczników.



Dr hab. n. med.
**Piotr
MAJEWSKI**

Uznany w Europie specjalista i szkoleniowiec, implantolog, autor prac z zakresu implantologii i regeneracji tkanek, członek grup badawczych o zasięgu ogólnosiwiatowym, dyrektor naukowy dwóch programów: podyplomowego Prof. Hürzelera i NYU CD w Polsce, dyrektor CEIA.



więcej informacji: www.ceia.pl



Optident
DIGITAL DENTAL SOLUTIONS

3M ESPE

PHILIPS
sonicare



KaVo. Dental Excellence.



NYU Dentistry

dti

SZTUKA
IMPLANTOLOGII

IMPLANTOLOGIA
STOMATOLOGICZNA



DENTONET.pl



portaldentystyczny.pl

STOMATOLOGIA

dentalradio.PL
Z USMACHEM



lek. dent. Michał Kwiatkowski¹



dr n. med. Andrzej Bożyk²



lek. dent. Maciej Michalak³



lek. dent. Izabela Michalak⁴

Poprawa komfortu życia pacjentów bezzębnych przy użyciu overdenture na implantach – opis przypadku

Improving the quality of life of edentulous patients using overdentures supported by dental implants

Słowa kluczowe:

bezzębie, implant, proteza typu overdenture, implantoprotetyka

Key words:

edentulous, dental implant, overdenture, implant prosthodontics

lek. dent. Michał Kwiatkowski¹, dr n. med. Andrzej Bożyk², lek. dent. Maciej Michalak³, lek. dent. Izabela Michalak⁴

¹Gabinet stomatologiczny Primadent Lublin, ul. Ułanów 7.
tel. kom. 605 584 384,
e-mail: michal@prima-dent.lublin.pl

²Zakład Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
Kierownik: dr hab. n. med. Janusz Borowicz.
ul. Karmelicka 9, Lublin

^{3,4}Lekarium BE ACTIVE DENTIST
ul. Grzybowska 5, Warszawa,
e-mail:michlak@ptss.pl

Wielu bezzębnych pacjentów zgłasza się do gabinetów stomatologicznych z problemem braku prawidłowego utrzymania protezy całkowitej dolnej, co uniemożliwia im prawidłowe funkcjonowanie. Zgłaszając się do stomatologa, mają nadzieję że wykonanie nowych uzupełnień poprawi zarówno aspekt funkcjonalny, wiążący się z lepszym utrzymaniem nowej protezy na podłożu protetycznym, jak również usprawni wymowę oraz czynności żucia. Dla tych pacjentów bardzo ważny jest aspekt psychologiczny wiążący się ze spadkiem pewności siebie. Pacjenci zgłaszają, że wstydzą się rozmawiać, jeść w towarzystwie innych ludzi z powodu problemów z ruchomością uzupełnień protetycznych, co sprawia że czują się starsi o kilka lat. [1]

U większości bezzębnych pacjentów problem stanowi proteza całkowita dolna, która pomimo prawidłowego wykonania wykazuje brak utrzymania. Jednym z rozwiązań owego problemu jest zastosowanie wszczepów tytanowych oraz elementów precyzyjnych poprawiających utrzymanie uzupełnienia protetycznego [2-3]. W artykule skupimy się na jednym z możliwych rozwiązań tego problemu.

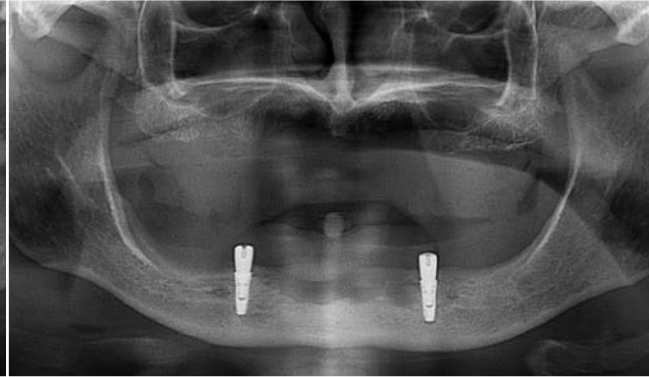
Zdecydowaliśmy się na wszczępienie 2 implantów, zastosowanie zaczepów kulkowych oraz protezę overdenture. Rozwiązanie to wybrane zostało ze względu na: aspekt finansowy, łatwość utrzymania higieny, łatwość użytkowania, spowolnienie zaniku pionowego wyrostka zębodołowego w okolicy wszczepionych implantów oraz najważniejszy cel - zwiększenie utrzymania uzupełnienia protetycznego [4-9]. Chung i współpracownicy w badaniach in vitro za pomocą modelu bezzębnej żuchwy z dwoma równolegle umieszczonymi implantami wykazali, że największą wartość

Streszczenie

Problem zanikłego wyrostka zębodołowego przy bezzębiu spotyka się u wielu osób w podeszłym wieku. Jest przyczyną często utrudnionego utrzymania się uzupełnienia protetycznego na podłożu, co przekłada się na dysfunkcje żucia oraz złe samopoczucie pacjenta. Jednym z rozwiązań jest wszczępienie implantów oraz wykorzystanie zaczepów kulowych dla osadzenia protezy typu overdenture.

Abstract

The problem of disappeared alveolar process in edentulous is often found in elderly people. It is often a reason of difficulties in good maintenance of the prosthesis, which results in chewing disfunction and discomfort of patient. One of the solution is to use dental implants and ball anchorage for overdenture.



retencyjną uzyskały zaczepy kulkowe (35.2 N), połączenie kładkowe (12.3 N), systemy magnetyczne (3.7 N) [10]. Podobne badania były prowadzone in vivo przez van Kampena, a wyniki przedstawiały się następująco: połączenia kładkowe (31.3 N), kulowe (29.7 N), zaczepy magnetyczne (8.1 N) [11].

Opis przypadku.

Pacjentka MN, lat 61 użytkująca protezę całkowitą dolną, zgłosiła się w celu wymiany uzupełnienia protetycznego, aby poprawić retencję protezy na podłożu, co miałoby podnieść komfort życia pacjentki.

Postępowanie zaczynamy od badania pacjenta. Najpierw należy ocenić ogólny stan zdrowia pacjenta, który wypełnia szczegółową ankietę medyczną. Następnie trzeba zweryfikować zebrane informacje, gdyż implantacja nie jest zabiegiem ratującym życie i dlatego nie powinno się narażać pacjenta na niepotrzebne ryzyko. Jeżeli występują jakiegokolwiek przeciwwskazania - bezwzględnie należy zabieg odroczyć.

Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologiczne klasyfikuje ryzyko okołozabiegowe następująco:

ASA 1

pacjent zdrowy, brak schorzenia układowego – pacjent może być leczony przy zachowaniu dbałości odpowiadającej określonemu zabiegowi

ASA 2

lekkie lub umiarkowane schorzenie układowe reagujące pozytywnie na leczenie – pacjenci mogą być leczeni po konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu lub odpowiednim specjalistą

ASA 3,4

poważne oraz ciężkie schorzenia układowe – przeprowadzanie zabiegów z wyboru nie jest ogólnie zalecane w przypadku tych pacjentów.

W wywiadzie zebrany od pacjentki stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu. Po zapoznaniu się z oczekiwaniami pacjentki, przedstawiono jej wstępny plan leczenia oraz koszty. Uzyskano zgodę do przeprowadzenia zabiegu. Badanie

zewnątrzustne wykazało: skrócenie dolnego odcinka twarzy, utratę podparcia tkanek miękkich, zachowano symetrię twarzy. Badanie stawu skroniowo - żuchwowego nie wykazało parafunkcji (trzaski, trzeszczenia, dolegliwości bólowe itp.)

W badaniu wewnątrz ustnym stwierdzono znaczny zanik wyrostka żębodołowego w żuchwie. Po skontrolowaniu protezy, zauważono brak jej stabilizacji na podłożu protetycznym. Błona śluzowa prawidłowa. Następnie wykonano ocenę ilościową tkanki kostnej na podstawie zdjęcia pantomograficznego. Pobrano wyciski diagnostyczne. Przeprowadzono analizę wzajemnych relacji szczęki do żuchwy. [12]

Po szczegółowym zaplanowaniu leczenia przystąpiono do wykonania poszczególnych etapów leczenia. Ze względów finansowych podjęto decyzję o zredukowaniu liczby implantów do dwóch.

Pacjentka została poddana profilaktycznej antybiotykoterapii przed zabiegiem.

W znieczuleniu przewodowym oraz nasiękowym odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy. W okolicy 33 oraz 43 wykonano nawierthy pilotażowe wiertłem typu pilot, następnie przygotowano łożę kostne wiertłem o średnicy 3mm i wkręcono implanty długości 13mm i średnicy 3mm (Adin Touareg). Po ocenie stabilności pierwotnej implantów założono śruby zamykające, a implanty przykryto błoną śluzową i zaszyto. Wykonano zdjęcia RTG metodą konta prostego w celu kontroli wszczepionych implantów. Pacjentka otrzymała zalecenia pozabiegowe i została umówiona na następny dzień w celu kontroli procesu gojenia. Przez okres tygodnia zalecono pacjentce nieużytkowanie uzupełnień protetycznych, po tym okresie zostały zdjęte szwy. Użytkowana proteza w miejscu przylegania do wszczepów została odciążona oraz podścielona materiałem typu tissue conditioner.

Po 3 miesiącach został wykonany nowy komplet protez całkowitych. Następnie, w znieczuleniu nasiękowym zostały założone śruby gojące. W protezie dolnej zostało zrobione miejsce, tak aby śruby gojące nie kontaktowały z protezą. Zabieg ten umożliwia użytkowanie protezy w okresie przejściowym oraz poprawia jej stabilizację na podłożu protetycznym, co zostało natychmiast





zauważone przez pacjentkę. Po okresie wygojenia błony śluzowej, zastosowaliśmy metodę osadzenia matryc bezpośrednio w jamie ustnej pacjenta za pomocą szybkopolimeru. W protezie zostały wytworzone łoża dla matryc. Na patrycę przykręconą do implantów zostały założone matryce, podcienie zostały podblokowane masą silikonową. Szybkopolimer umieszczono w miejsca wcześniej przygotowane i proteza została wprowadzona do jamy ustnej pacjentki. Po okresie potrzebnym na polimeryzację, proteza została opracowana z nadmiarów szybkopolimeru oraz wypolerowana. Po kontroli wykonania, proteza została oddana pacjentce.

Podsumowanie:

Zastosowane rozwiązanie – proteza overdenture na implantach – znacznie poprawiła retencję uzupełnienia dolnego, co w zupełności spełniło oczekiwania pacjentki. Podczas wizyt kontrolnych zaobserwowaliśmy wzrost pewności siebie oraz lepsze samopoczucie pacjentki.

Rozwiązania tego typu powinny być znane każdemu lekarzowi dentyście, aby mógł w podobnych przypadkach poinformować pacjenta o możliwości wykonania podobnego uzupełnienia, które w znacznym stopniu poprawia komfort życia pacjenta.

Many edentulous patients seek treatment in dental clinics and surgeries for poor retention of complete lower dentures, a problem which prevents them from functioning properly. They hope that the dentist will fit them with new dentures that will improve both functional issues, ensuring better retention of the new dentures on a prosthetic base, as well as enhance speech and masticatory functions. A very important psychological issue affecting such patients is low self-esteem. Patients report being ashamed to speak and eat in the company of others due to loose prosthetic restorations, which makes them feel several years older.[1]

In the majority of edentulous patients this problem is caused by lower complete dentures, which despite functioning properly do not provide good retention. One solution to this problem is to use titanium implants combined with precision attachments that improve prosthesis retention [2-3]. In the present article we will focus on one possible solution to this problem. We decided to insert 2 implants combined with ball attachments and an overdenture. We opted for this solution because of the following factors: financial issues, easier to observe hygiene, easy to use, slows down vertical bone loss of the alveolar process in the area of the inserted implants, and, which is the most important objective, it increases retention of the prosthetic restoration [4-9]. Chung et al conducted an in vitro study based on an edentulous mandible model with two implants inserted in a parallel manner, which showed that ball attachments provided the best retention (35.2 N), followed by bar connections (12.3 N) and magnetic systems (3.7 N) [10]. Similar studies were conducted in vivo by Van Kampen and the results were as follows: bar connections (31.3 N), ball attachments (29.7 N) and magnetic attachments (8.1 N) [11].

Case study

Patient MN, aged 61 and wearing a complete lower denture, wanted to have the denture replaced so as to ensure improved retention of the prosthesis on the underlying tissue, which in turn would enhance the patient's quality of life.

We began with an examination of the patient. A general assessment is required of the patient's health is necessary, hence a detailed medical questionnaire must be filled out. The information gathered in this way should then be verified. Implant treatment is not a life-saving procedure. Hence the patient should not be exposed to any unnecessary risk. If there are any absolute contraindications the procedure should be postponed. The American Society of Anesthesiologists classifies perioperative risk according to the following categories:

- *ASA 1: The patient is healthy with no systemic disease - the patient can be treated while making sure that the protocol for the particular procedure is observed*
- *ASA 2: Light or moderate systemic disease responding positively to treatment - patients can be treated after consultation with a primary care physician or an appropriate specialist.*
- *ASA 3,4: serious or severe systemic disease – conducting procedures of choice is generally not recommended for such patients.*

The interview with the patient revealed no contraindications for the procedure. After

the physician had familiarised himself with the patient's expectations the patient was presented with a preliminary treatment plan and cost estimate. She gave her consent for the procedure.

An extraoral examination revealed the following: decrease in the height of the lower face section, loss of soft tissue support while facial symmetry had been preserved. An examination of the temporomandibular joint revealed no parafunctions (no clicking and popping, no pain etc.). An intraoral examination showed considerable atrophy of the alveolar ridge in the mandible. An inspection of the denture revealed a lack of stability on the underlying tissues. The mucous membrane was normal. A quantitative assessment was then made of the bone tissue on the basis of a pantomographic X-ray. Diagnostic impressions were taken. The relationship between the maxilla and the mandible was analysed. [12] A detailed treatment plan was prepared and then implemented in stages. For financial reasons it was decided to reduce the number of implants to two.

The patient underwent preventative antibiotic treatment prior to the procedure. The patient's muco—periosteal flap was detached under block and infiltration anesthesia. Pilot holes were drilled in the area of teeth 33 and 43 using a pilot bur, after which osteotomies were made with a 3mm diameter bur. After this Adin Touareg implants 13 mm in length and 3 mm in diameter were screwed in. After the implants were assessed for primary stability, cover screws were inserted and the implants closed over with mucous membrane and sutured. An X-ray was taken using the right-angle method to examine the implants. The patient received post-procedure instructions and an appointment was made for the following day to check the healing process. The patient was instructed not to wear dentures for a week and after this period the sutures were removed. The denture worn by the patient was reduced in the area of the implants and relined there with a tissue conditioner. After three months a new set of complete dentures were made. Then healing caps were inserted with the patient under infiltration anesthesia. Space was created in the lower denture so that the healing caps did not come into contact with the prosthesis. This procedure allows the patient to wear a denture for a provisional period and also ensures greater stability on the prosthetic base, which the patient noticed immediately. After the mucous membrane had healed, we used a method of inserting the matrices directly in the patient's oral cavity using fast-curing polymer. A space was created in the denture for the matrices. Matrices were placed on the male attachments screwed into the implants, and the undercut were blocked with silicon. Fast-curing polymer was placed in earlier prepared spaces in the denture base and the denture was inserted in the patient's oral cavity. Following polymerisation the denture was trimmed of fast-curing polymer and polished. After the denture had been checked it was given back to the patient.

Summary:

The solution applied – an implant-based overdenture – significantly improved retention of the lower denture, with which the patient was fully satisfied. During follow-ups we observed that the patient had improved confidence and self-esteem.

All dentists should be aware of such solutions so that in similar cases they can inform their patients that similar restorations are possible, which would significantly improve the patient's quality of life.

Piśmiennictwo

- [1] FISKE, DAVIS, FRANCES I WSP. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J*; 1998; 184: 90-93
- [2] HANS H. BRANDT Wprowadzenie do implantologii, Wydanie I polskie pod redakcją L Krysta 1998, 108-115.
- [3] BALSHI T J, WOLFINGERG J.: Immediate loading of Branemark implants in edentulous mandible: a preliminary report., *Implant Dent.*, 1994, 6, 1-9.
- [4] MEIJER H J, RAGHOEBAR GM, VAN'T HOF M. A. Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete dentures: a 10-year prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. *Int. J. Maxillofac. Implants*; 2003, 18, 879-885.
- [5] AWAD M A, LUND J P, SHAPIRO S H i wsp. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int. J. Prosthodont*; 2003, 16, 390-396.
- [6] HEYDECKE G, KLEMETTI E, AWAD M. A i wsp. Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular conventional and implant prostheses. *Int. J. Prosthodont*; 2003, 16, 307-312.
- [7] AWAD M A, LUND JP, DUFRESNE E i wsp. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained over-dentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int. J. Prosthodont*; 2003, 16, 2, 117-122.
- [8] MELAS F, MARCENES W, WRIGHT PS. Oral health impact on daily performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*; 2001, 16, 700-712.
- [9] SADOWSKY S J. The implant-supported prosthesis for the edentulous arch: Design considerations. *J. Prosthet. Dent*; 1997, 78, 28-33.
- [10] CHUNG K, CHUNG C, CAGNAD. i wsp. Retention characteristics of attachment systems for implant over-dentures. *J. Prosthodont*; 2004, 13, 221-226.
- [11] van KAMPEN F, CUNE M, VAN DER BILT A. i wsp.: Retention and postinsertion maintenance of bar-clip, ball and magnet attachments in mandibular implant overdenture treatment: an in vivo comparison after 3 months of function. *Clin. Oral Implants Res*; 2003, 14, 6, 720-726.
- [12] ASHOK SETHI, THOMAS KAUS, *Implantologia Praktyczna Aspekty diagnostyczne, chirurgiczne i protetyczne a estetyka i funkcja*. 2005, 3, 9-15.

SAVE THE DATE!
9-10 stycznia 2015

THE ESSENCE OF BEAUTY

NOWE OBLCZA IMPLANTOLOGII

9-10 stycznia 2015

Keynote Speaker

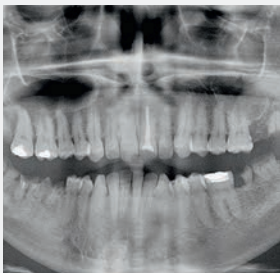
Światowej sławy
implantolog i periodontolog,
wybitny wykładowca.



Prof. André P. SAADOUN, DDS, MS
Absolwent Wydziału Nauk Chirurgii Stomatologicznej w Paryżu oraz Wydziału Periodontologii na Uniwersytecie w Pensylwanii oraz Wydziału Implantologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles.

Były profesor nadzwyczajny w Katedrze Periodontologii Uniwersytetu Południowej Kalifornii. Profesor wizytujący na Wydziale Medycyny Stomatologicznej na Uniwersytecie Hadassah w Jerozolimie.

Posiada dyplom z Amerykańskiej Akademii Periodontologii i dyplom Międzynarodowego Kongresu Implantologii Stomatologicznej ze specjalną nagrodą 25 lat wkładu dla Amerykańskiej Izby Periodontologii.



THE ESSENCE OF BEAUTY to pierwsza konferencja z nowego cyklu prestiżowych wydarzeń poświęconych trendom i nowoczesnym rozwiązaniom stosowanym w stomatologii, organizowanych przez **MIS Poland**.

THE ESSENCE OF BEAUTY to platforma wymiany wiedzy i doświadczeń najbardziej wybitnych wykładowców z całego świata.

Przed wszystkim jednak, konferencja **THE ESSENCE OF BEAUTY** to możliwość poszerzenia wiedzy i wszechstronnego doskonalenia umiejętności w dążeniu do codziennego przywracania piękna – usatysfakcjonowanego i uśmiechniętego pacjenta.

Miejsce konferencji:

9-10 stycznia 2015

Centrum Konferencyjne Muranów
ul. Mordechaja Anielewicza 6, Warszawa

Wśród prelegentów mamy zaszczyt gościć:

Prof. André P. SAADOUN, DDS, MS, *Francja*

Prof. Moshe GOLDSTEIN, DMD, *Izrael*

Prof. Joseph NISSAN, DMD, *Izrael*

Dr Nachum SAMET, DMD, *Izrael*

M. Sc. dr n. med. Agnieszka LASKUS, *Polska*

Dr n. med. Marcin CAJDLER, *Polska*

M. Sc. Dr n. med. Andrzej SZWARCZYŃSKI, *Polska*

M. Sc. Lek. stom. Tomasz ŚMIGIEL, *Polska*

Dr n. med. Konrad WALERZAK, *Polska*

Więcej informacji na stronie:

www.teob.pl

Skorzystaj z wcześniejszej rejestracji

do 14 listopada 2014

Zarejestruj się już dziś!

mis[®]
POLAND

Kontakt:

+ 48 22 338 70 50

biuro@mispoland.pl

www.mispoland.pl

Patronat naukowy

Patronat medialny

PSI
Polskie Stowarzyszenie
Implantologiczne

IMPLANTOLOGIA
STOMATOLOGICZNA

info
dent 24

DENTONET.PL

eDENTICO

dentalradio.PL
RADIO DLA STOMATOLOGÓW

dentaWIZJA.PL

dti
Dental
Tribune
International

TPS



dr n. med. Maciej Marcinowski¹



lek.dent. Hubert Kardach²



lek.dent. Karolina Podlewska-Walczak³



lek.dent. Szymon Soczka⁴

Opis przypadku stabilizacji dolnej protezy na 2 implantach i prefabrykowanej belce

Lower overdenture fixed with 2 implants and prefabricated Dolder bar. Case report

Słowa kluczowe:

overdenture, bezzębna żuchwa, mini-implanty

Key words:

overdenture, edentulous jaw, mini-implants

dr n. med. Maciej Marcinowski¹, lek.dent. Hubert Kardach², lek.dent. Karolina Podlewska-Walczak³, lek.dent. Szymon Soczka⁴

^{1,2,3,4}Klinika Stomatologii Estetycznej i Implantologii Dentista.pl
60-694 Poznań, Os. Władysława Jagiełły 23 Pawilon 1 A
tel. 61 828 16 10

Wstęp

Rekonstrukcja protetyczna bezzębnej żuchwy stanowi duże wyzwanie w praktyce klinicznej. Najbardziej rozpowszechnionym standardem leczenia w tych przypadkach są protezy całkowite. Wielu pacjentów dostrzega problemy z adaptacją uzupełnień protetycznych, utratę retencji i stabilności protez, czy też niedogodności podczas spożywania pokarmów lub mówienia. Przyczynia się to do znacznego spadku komfortu życia. Wraz z rozwojem implantologii stomatologicznej, pojawiło się rozwiązanie alternatywne, tj. możliwość wykorzystania wszczepów do stabilizacji i retencji całkowitych protez dolnych typu overdenture. Protezy tego typu osiągają coraz lepsze wyniki kliniczne.

W licznych publikacjach opisano przypadki zastosowania czterech [1, 10], dwóch [2, 3, 4, 8, 9, 12], a nawet jednego implantu [5, 6] do poprawy retencji dolnej protezy całkowitej. Wielu autorów donosi, że proteza overdenture, opierająca się już na dwóch wszcze-

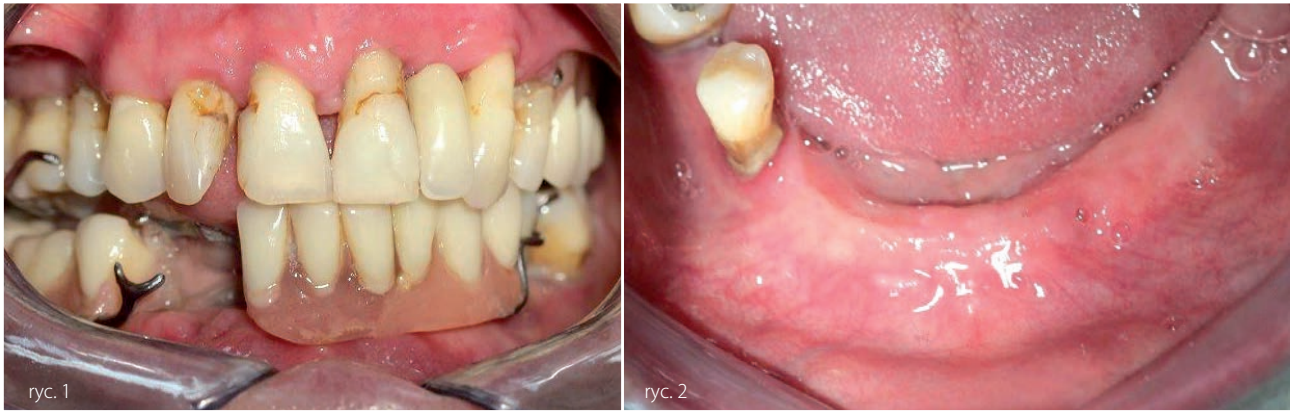
Streszczenie

Rekonstrukcja protetyczna bezzębnej żuchwy stanowi duże wyzwanie w praktyce klinicznej. Wielu pacjentów dostrzega problemy z adaptacją uzupełnień protetycznych, utratę retencji i stabilności protez czy też niedogodności podczas spożywania pokarmów lub mówienia.

W licznych publikacjach opisano przypadki zastosowania czterech, dwóch, a nawet jednego implantu do poprawy retencji dolnej protezy całkowitej. Easy2fix jest systemem implantologicznym, opracowanym w celu uniknięcia problemów z urazami operacyjnymi, brakiem odpowiedniej ilości tkanki kostnej i wysokimi kosztami. Powyższe rozwiązanie zastosowano u pacjentki lat 64. Uzyskano zadowalającą stabilizację oraz łatwość zarówno w zakładaniu, jak i zdejmowaniu protezy.

Abstract

Prosthetic reconstruction of the edentulous mandible is a major challenge in clinical practice. Many patients recognize the problems of adaptation restorations, loss of retention and stability of dentures, or inconvenience when eating food or speaking. Numerous publications describe the use of four cases, two or even one implant to improve retention of the lower dentures. Easy2fix implant system is developed in order to avoid problems with trauma during surgery, the lack of adequate amount of bone tissue and high costs. This solution was used in a patient 64 years was satisfactory stability and ease in both setting and removing the prosthesis.



Ryc. 1 Sytuacja wyjściowa
Ryc. 2 Widok wyrostka z zębami zakwalifikowanymi do usunięcia

niem pełnej grubości płata śluzówkowo-okostnowego, a niekiedy i konieczność przerwy w użytkowaniu protezy bezpośrednio po zabiegu implantacji. Techniką stanowiącą odpowiedź na wymienione wady postępowania dwuetapowego jest procedura zakładająca natychmiastowe obciążenie implantów bezpośrednio po ich wszczępieniu [2, 3, 4, 10]. Koncepcja ta została zaproponowana przez Ledermanna w 1979 roku. Od tego czasu wiele badań klinicznych dowiodło, że powodzenie tej metody leczenia wynosi ponad 90 % [2, 3, 4, 10].

Elementami utrzymującymi protezy typu overdenture na podłożu mogą być zaczepy kulkowe, lokatory, zespolenia kładkowe, magnesy lub korony teleskopowe [11]. W implantoprotetyce najczęściej stosowane są zaczepy kulkowe lub zespolenia kładkowe. W wielu ośrodkach prowadzone są badania kliniczne przedmiotowej metody. Arrora i wsp. [2] opisali dwuletnie obserwacje w grupie 15 bezzębnych pacjentów, w wieku pomiędzy 50. a 70. rokiem życia, u których wszczępieno po dwa implanty w żuchwie (13 mm x 3.3 mm), w pozycjach 33 i 43, które zostały natychmiastowo obciążone protezą typu overdenture za pomocą zaczepów kulkowych. Pacjenci zostali wyselekcjonowani zgodnie ze ściśle określonymi kryteriami. Bezzębie musiało dotyczyć obydwu łuków zębowych, a poziom kości musiał być wystarczający dla zastosowania implantów o rozmiarze 13 mm x 3.3 mm. Z badania wykluczono osoby cierpiące na choroby systemowe (tj. cukrzyca, choroby kości) oraz pacjentów, którzy w przeszłości poddani byli naświetlaniu głowy i szyi. U pacjentów po zabiegu wszczępienia implantów zastosowano antybiotykoterapię oraz zalecono dwa tygodnie płukania jamy ustnej płukanką antyseptyczną oraz stosowanie diety płynnej. Zalecono również zdejmowanie protezy

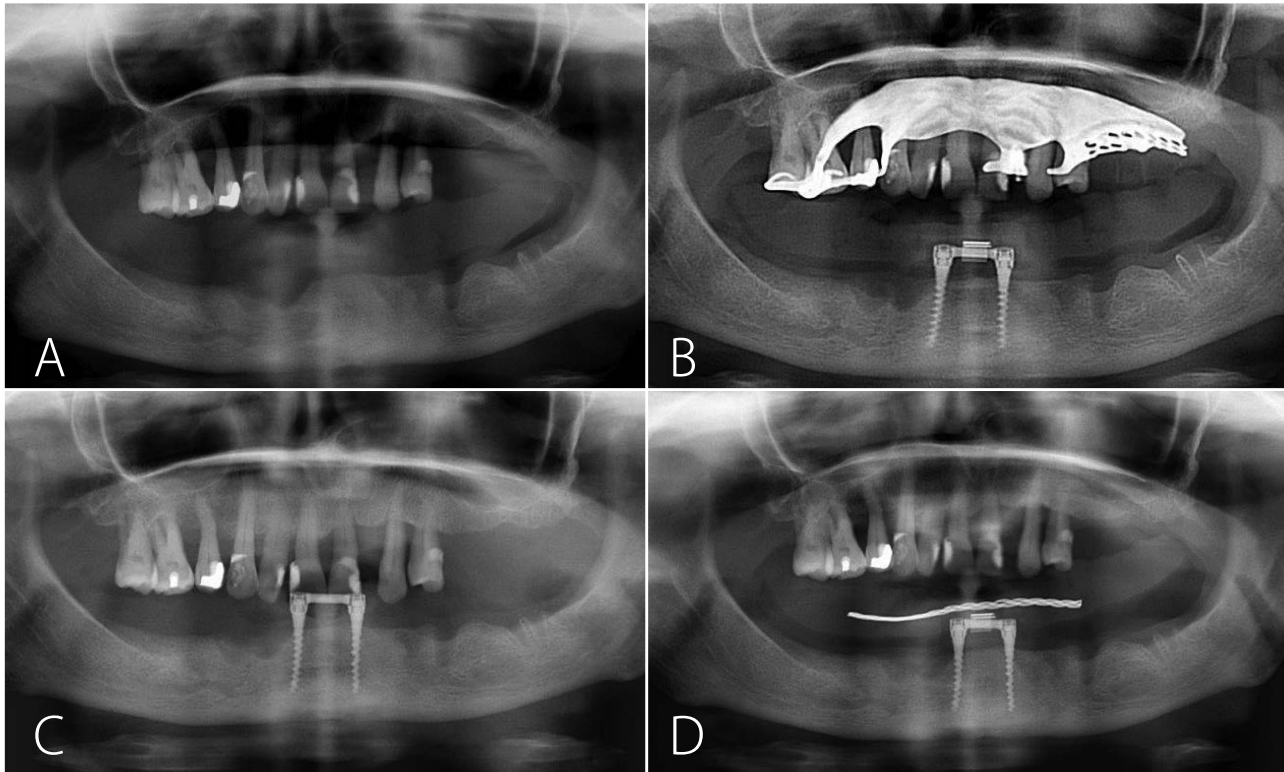
nych protezą przy użyciu zaczepów kulkowych. Odnotowali zanik brzeżny kości o wartości 0.7 mm w pierwszym roku po zabiegu, powodzenie implantacji wynosiło wówczas 100 %. Cooper i wsp. [4] w podobnych badaniach na jeszcze większej grupie pacjentów osiągnęli sukces leczenia w 96 % przypadków na podstawie pięcioletnich obserwacji, a zanik brzeżny kości w pierwszym roku po zabiegu wynosił 0.13 mm.

Brak stabilności i utrzymywania protezy, wraz ze zmniejszoną zdolnością żucia pokarmów, stanowią główne dolegliwości użytkujących je pacjentów[13]. Szereg zabiegów pomocniczych takich, jak augmentacja kości, rozszczep wyrostka przy pomocy piezo-chirurgii, podnoszenie dna zatoki szczękowej i wiele innych, umożliwiają zagnieżdżenie implantu u każdego pacjenta, w każdym wieku, z różnymi zanikami wyrostka zębodołowego. Protezy ruchome, oparte na implantach, wykazały poprawę funkcji, wygody i zadowolenia pacjentów z uzupełnień protetycznych [13,14]. Ponadto, porównując tradycyjną akrylową protezę całkowitą z protezą overdenture opartą na implantach wyłoniło się wiele zalet na rzecz protezy overdenture. Umiejętność mówienia, łatwość czyszczenia, estetyka oraz ogólna satysfakcja pacjenta z uzupełnienia protetycznego, dały początek nowemu trendowi w protetyce stomatologicznej, opierającemu się na uzupełnieniu pacjenta bezzębnego przy użyciu połączenia implantów i protezy ruchomej [15].

W projektowaniu protezy overdenture wielu klinicystów wyróżnia dwa systemy retencji. Systemy te podzieliły środowisko stomatologów na zwolenników zespolenia kładkowego i zwolenników zespolenia pojedynczego. Użycie w protezie overdenture kładki daje efekt szynujący dla implantów, co powoduje



Ryc. 3 Widok protezy z wklejonym elementem retencyjnym
Ryc. 4 Wzmocnienie protezy łukiem - dołączonym do zestawu Easy2Fix



zmniejszenie występowania sił bocznych oraz umożliwi regulację retencji dla matrycy. Zastosowanie kładki umożliwia również wykonanie zespolenia przy występującej dużej nierównoległości implantów, kiedy warunki anatomiczne pacjenta uniemożliwiają inne ustawienie implantów. Klinicyści stosujący pojedyncze zaczepy podkreślają korzystne występowanie większego podparcia słuzówkowego oraz łatwiejszą higienę jamy ustnej. Dodatkowym atutem jest również łatwość wykonania[16].

W celu rehabilitacji protetycznej bezzębnego pacjenta przy użyciu protezy overdenture opartej na implantach, niezwykle ważne jest określenie położenia oraz ilości zastosowanych implantów.

Easy2fix

Większość osób, które utraciły zęby w żuchwie to seniorzy i najczęściej ich żuchwa charakteryzuje się dużym stopniem atrofii. Mają także często problemy ogólnomedyczne, a status finansowy nie pozwala na zastosowanie klasycznej implantologii. Easy2fix wydaje się być systemem implantologicznym opracowanym w celu uniknięcia problemów z urazami operacyjnymi, brakiem odpowiedniej ilości tkanki kostnej i wysokimi kosztami. Wyko-

Do gabinetu zgłosiła się pacjentka lat 64. Główny problem stanowiła ruszająca się dolna proteza. W wywiadzie stwierdzono bóle głowy po przebudzeniu, nadwrażliwość zębów, ruszające się zęby. Wywiad rodzinny dostarczył informacji na temat ojca pacjentki, który utracił wcześniej zęby na skutek najprawdopodobniej choroby przyzębia.

Wywiad ogólnomedyczny ujawnił stwierdzone kilka lat wcześniej cechy zaniku mózdzku korowego. Pacjentka przyjmuje następujące leki: Nilogrin, Telfexo, Ebivol, Vestibo, Biotropil, Kliogest. We wstępnym badaniu przedmiotowym jamy ustnej stwierdzono duży stan zapalny tkanek przyzębia. Recesje w zębach 17,16,13,12,11,13,14. Ruchomość zębów 14,23,24. Zęby 38 oraz 35 zakwalifikowano do ekstrakcji. Zalecono przeprowadzenie pełnego badania periodontologicznego, wykonanie higienizacji oraz -w dalszym etapie- wykonanie dolnej protezy osiadającej i górnej szkieletowej. Ze względu na zanik wyrostka zębodołowego żuchwy, obawy pacjentki przed ingerencją chirurgiczną oraz ograniczone możliwości finansowe, zdecydowano o zastosowaniu minimalnie inwazyjnej i ekonomicznej metody, stabilizowania dolnej protezy na dwóch mini-implantach zespolonych prefabry-



ryc. 5



ryc. 6

Ryc. 5 Easy2Fix. Miniimplanty z przykręconą prefabrykowaną belką Doldera
Ryc. 6 Zachowana równoległość i oraz odległość między mini-implantami, dzięki prowadnicy chirurgicznej



ryc. 7



ryc. 8

w zakładaniu, jak i zdejmowaniu protezy. W trakcie wizyt kontrolnych skorygowano miejsca, które urażały pacjentkę. Pacjentka jest pod stałą opieką higienistki specjalizującej się w prowadzeniu pacjentów implantologicznych. Zęby, które pierwotnie wykazywały ruchomość, aktualnie są stabilne. Stan tkanek przyzębia rokuje dobrze na przyszłość. Istotnym elementem w całej terapii, był instruktaż higieny belki Doldera. Początkowo pacjentka nie doczyściwała tego elementu. Po wdrożeniu szczoteczki jednopęczkowej, higiena jest na zadowalającym poziomie.

Podsumowanie

W odniesieniu do overdenture w szczęce, jakość i ilość pozostałej kości oraz liczba i położenie implantów są czynnikami, które wpływają na sukces terapeutyczny. W przeglądzie piśmiennictwa, proteza overdenture zastosowana w szczęce, wykazuje wytrzymałość 98,2% - w przypadku 6 implantów z zaczepem opartym na belce, 96,3% - w przypadku 4 implantów z zaczepem opartym na belce, oraz 95,2% - w przypadku 4 implantów opartych na zaczepach kulowych, po roku leczenia [17]. Uzupełnienie typu overdenture, wsparte na dwóch implantach w żuchwie, wykonywane jest najczęściej w warunkach już istniejącego bezzębia. Prace badawcze, oparte na badaniach protezy overdenture na dwóch implantach, z zaczepami kulowymi lub kładkowymi w żuchwie, wykazują wytrzymałość 95,5%-100% [18,19].

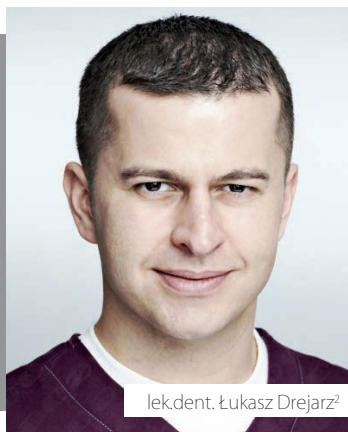
Klasyczne wykonanie protezy overdenture dzielimy na dwa etapy. Pierwszy etap to zabieg implantacji, w drugim etapie wykonuje się uzupełnienie protetyczne oparte na implantach. Dwuetatowość wynika z twierdzenia, że dla prawidłowego przebiegu procesu osteointegracji, wymagane jest bezwzględne wyłączenie wszelkich obciążeń, powodujących mikro-ruchomość implantu. Sam proces osteointegracji nie tylko nie zostaje zakończony po trzech czy sześciu miesiącach, ale trwa do roku i dłużej po zabiegu. Już po implantacji, na wszczep wywierane są siły, których nie jesteśmy w stanie wyeliminować, fizjologiczne, sprężyste odkształcenia kości oraz nacisk ze strony kości na implant [20]. Wskaźnik przebudowy kostnej w żuchwie, w bezpośredniej bliskości zębów naturalnych wynosi 30-40%. Wynik taki otrzymano podczas przeprowadzenia badań na zwierzętach. Podobne badania, wykonane w strefie okołowszczepowej, wykazały znaczny wzrost wskaźnika przebudowy. Świadczy to o dużych rezerwach czynnościowych tkanki kostnej [21].

Piśmiennictwo

- [1] LAMBADE D, LAMBADE P, GUNDAWAR S: Implant supported mandibular overdenture: a viable treatment option for edentulous mandible. *J Clin Diagn Res.* 2014 May;8(5):ZD04-6. doi: 10.7860/JCDR/2014/7711.4332. Epub 2014 May 15
- [2] ARORA V, KUMAR D, LEGHA VS, ARUN KUMAR KV: Prospective study of treatment outcome of implant retained mandibular overdenture: Two years follow-up. *Contemp Clin Dent.* 2014 Apr;5(2):155-9. doi: 10.4103/0976-237X.132304
- [3] MARZOLA R, SCOTTI R, FAZI G, SCHINCAGLIA GP: Immediate loading of two implants supporting a ball attachment-retained mandibular overdenture: a prospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2007 Sep;9(3):136-43.
- [4] COOPER LF, MORIARTY JD, GUCKES AD, KLEE LB, SMITH RG, ALMGREN C, FELTON DA: Five-year prospective evaluation of mandibular overdentures retained by two microthreaded, TiOblast non-splinted implants and retentive ball anchors. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008 Jul-Aug;23(4):696-704.
- [5] ALSABEETHA NH, PAYNE AG, DE SILVA RK, THOMSON WM: Mandibular single-implant overdentures: preliminary results of a randomized - control trial on early loading with different implant diameters and attachment systems. *Clin Oral Implants Res.* 2011 Mar;22(3):330-7. doi: 10.1111/j.1600-0501.2010.02004.x. Epub 2010 Sep 27
- [6] CORDIOLI G, MAJZOUZ Z, CASTAGNA S: Mandibular overdentures anchored to single implants: a five-year prospective study. *J Prosthet Dent.* 1997 Aug;78(2):159-65
- [7] THOMASON JM, FEINE J, EXLEY C, MOYNIHAN P, MÜLLER F, NAERT I, ELLIS JS, BARCLAY C, BUTTERWORTH C, SCOTT B, LYNCH C, STEWARDSON D, SMITH P, WELFARE R, HYDE P, MCANDREW R, FENLON M, BARCLAY S, BARKER D: Mandibular two implant-supported overdentures as the first choice standard of care for edentulous patients—the York Consensus Statement. *Br Dent J.* 2009 Aug 22;207(4):185-6. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.728
- [8] RASHID F, AWAD MA, THOMASON JM, PIOVANO A, SPIELBERG GP, SCILINGO E, MOJON P, MÜLLER F, SPIELBERG M, HEYDECKE G, STOKER G, WISMEIJER D, ALLEN F, FEINE JS: The effectiveness of 2-implant overdentures - a pragmatic international multicentre study. *J Oral Rehabil.* 2011 Mar;38(3):176-84. doi: 10.1111/j.1365-2842.2010.02143.x.
- [9] NAERT I, ALSAADI G, VAN STEENBERGHE D, QUIRYNEN M: A 10-year randomized clinical trial on the influence of splinted and non-splinted oral implants retaining mandibular overdentures: peri-implant outcome. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004 Sep-Oct;19(5):695-702
- [10] GATTI C, HAEFLIGER W, CHIAPASCO M: Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a prospective study of ITI implants. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2000 May-Jun;15(3):383-8
- [11] SPIECHOWICZ E. *Protetyka stomatologiczna.* PZWL Warszawa, 2010
- [12] MAJCHRZAK K, RUSINIAK - KUBIK K, MIERZWIŃSKA-NASTALSKA E.: Implantoprotetyczne leczenie pacjentki z manifestacją objawów osteoporozy w obrębie żuchwy. *Opis przypadku. Protet. Stomatol.*, 2012, LXII, 1, 53-57
- [13] VAN WAAS, M.A.J. (1990) The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *Journal of Prosthetic Dentistry* 63: 307-310
- [14] FROMENTIN, O, LASSAUZAY C, ABI NADER, S, FEINE J. & DE ALBUQUERQUE JUNIOR, R.F. Testing the retention of attachments for implant overdentures - validation of an original force measurement system. 2010, *J of Oral Rehabilitation* 37: 54-62
- [15] HEYDECKE, G, BOUDRIAS, P, AWAD, M.A., DE ALBUQUERQUE, R.F, LUND, JP, FEINE JS. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses: patient satisfaction and choice of prosthesis. 2003. *Clinic Oral Impl Research*; 14: 125-130
- [16] STENDERA P, GROCHOWSKI P. Natychmiastowa proteza typu overdenture na implantach w żuchwie. 2010, *Protet Stomatol*; LX, 6, 479-483
- [17] SLOT, W., RAGHOEBAR, G.M., VISSINK, A. & MEIJER, H.J. (2012B) Maxillary Overdentures Supported by Anteriorly or Posteriorly Placed Implants Opposed by a Natural Dentition in the Mandible: a 1-Year Prospective Case Series Study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00459.x
- [18] GOTTFREDSEN K, HOLM B: Implant-supported mandibular overdentures retained with ball or bar attachments: a randomized prospective 5-year study. *The International Journal of Prosthodontics* [2000, 13(2):125-130]
- [19] M. VERCRUYSSSEN, K. MARCELIS, W. COUCKE, I. NAERT, M. QUIRYNEN: Long-term, retrospective evaluation (implant and patient - centred outcome) of the two-implants-supported overdenture in the mandible. Part 1: survival rate. *Clin. Oral Impl. Res.* 21, 2010 / 357-365
- [20] MACHNIKOWSKI I, BORSUK - NASTAJ B, MIERZWIŃSKA - NASTALSKA E.: Natychmiastowa odbudowa protetyczna na wszczepach śródkostnych w systemie Bränemarka dolną protezą typu overdenture. *Opis przypadku; PROTET. STOMATOL.*, 2007, LVII, 1, 44-50
- [21] HEITZ- MAYFIELD L J, SCHMIDT B. ET AL: Does excessiveocclusal load affects osseointegration? An experimental study in the dog. *Clin. Oral Implants Res.*, 2004, 15, 259-268.



lek.dent. Jarosław Matuszak¹



lek.dent. Łukasz Drejarz²

Strategie Implantoprotetyczne w bezzębiu

Implant-prosthetic strategies for treating edentulism

Słowa kluczowe:

implantoprotetyka, bezzębie, planowanie

Key words:

implant prosthodontics, edentulous, planning

¹lek.dent. Jarosław Matuszak, Dyplomate PSI/ICOI

²lek.dent. Łukasz Drejarz, Fellowship PSI/ICOI

Centrum Stomatologii Estetycznej i Implantologii - Stomatologia Mierzyn

ul. Welecka 38, 72-006 Szczecin-Mierzyn

www.stomatologia-mierzyn.pl

tel. +48 91 851 17 17

Wstęp

1,5% populacji w Polsce w wieku 35-44 lata jest bezzębnych. Odsetek ten gwałtownie rośnie z wiekiem, by u pacjentów w wieku 65-74 lata przekroczyć 40%. I o ile u młodszych pacjentów widać znaczącą poprawę, o tyle u pacjentów w wieku emerytalnym sytuacja się pogarsza [1].

Z drugiej strony, kilkudziesięcioletni postęp implantoprotetyki pozwolił na stworzenie przewidywalnych, prostych i niejednokrotnie ekonomicznych rozwiązań dla grupy pacjentów bezzębnych. Naturalną konsekwencją utraty zębów, a najczęściej również użytkowania protez podpartych słówkowo jest zanik kostny w znaczący sposób utrudniający zabiegi implantacji. Intencją autorów jest przedstawienie własnych doświadczeń wraz z procedurami i kryteriami decyzyjnymi stosowanymi u pacjentów bezzębnych.

Planowanie

Na samym początku należy sobie zadać pytania odnośnie:

- ilości zębów, które mamy zamiar odbudować
- ilości implantów, które mamy zamiar wprowadzić
- jak wyglądają warunki implantacji w odcinkach bocznych

szczęki (bliskość zatoki) i żuchwy (bliskość nerwu zębodołowego dolnego)

Kolejny etap to analiza estetyczna:

- położenie brzegu siecznego siekacza przyśrodkowego górnego
- położenie brzegu kostnego w stosunku do planowanej szyjki zęba
- położenie wargi górnej
- planowana płaszczyzna zgryzu

Ilość zębów

Celem odbudowy braków całkowitych, powinno być możliwie jak najbliższe naturze odtworzenie funkcji żucia, jak i uzyskanie stabilnej okluzji. Tylko takie planowanie w zasadzie gwarantuje długoterminowy sukces, dlatego z uwagi na biomechanikę układu stomatognatycznego idealnym rozwiązaniem jest odbudowa 28 zębów. Niestety, czasami warunki kostne nie pozwalają na uzyskanie tak rozległych rekonstrukcji bez zaawansowanych procedur regeneracyjnych.

W takich przypadkach dopuszcza się odbudowy liczące 24 zęby, ale nigdy mniej!

Ilość implantów

W historii implantoprotetyki rozpiętość rozwiązań w zakresie ilości implantów potrzebnych do odbudowy braków całkowitych wahała się zwykle od 2 (proteza w żuchwie podparta na implantach), poprzez 4 (All-On-Four), aż do propozycji, aby każdy ząb, a nawet korzeń zastępować jednym implantem. O ile technicznie osadze-

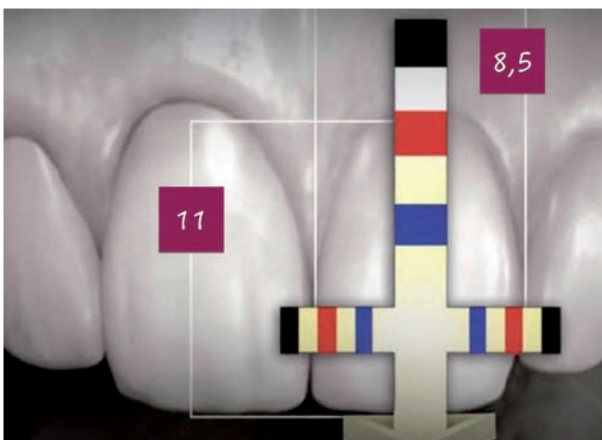
nie 28 i więcej implantów nie stanowi problemu, należy zadać sobie pytanie o objętość pozostawionej bazy kostnej i możliwości jej unaczynienia?

W naszej codziennej praktyce ilość osadzanych implantów w przypadku pacjentów bezzębnych waha się od 2 do 6.

Jakie przyjąć kryteria decyzyjne?

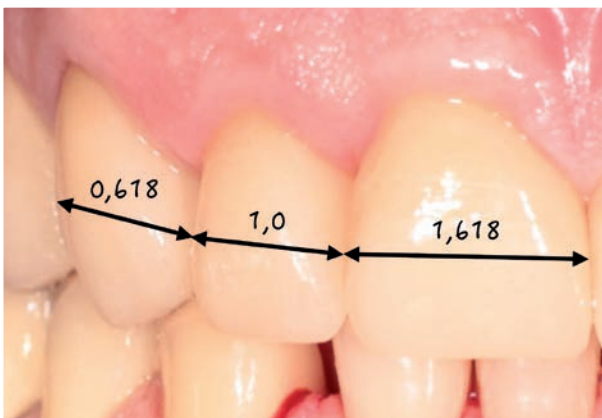
Doskonałym i jednocześnie stosunkowo prostym sposobem jest wyznaczenie położenia siekacza górnego przyśrodkowego: jeżeli przyjmujemy, że jego brzeg pokazuje się spod wargi górnej ok. 3,5 mm w wieku 30 lat, a tylko 0,2 mm w wieku 70 lat, na tej podstawie możemy ustalić jego położenie stosowanie do wieku, a niekiedy nawet odjąć pacjentowi lat.

Kolejny wymiar, to długość i szerokość siekacza: przyjmuje się, że zwykle długość jego korony klinicznej waha się od 10 do 12 mm, a jego szerokość stanowi 80% długości.



Prawidłowa proporcja długości do szerokości siekacza górnego przyśrodkowego

Kolejnym elementem jest uzyskanie prawidłowych proporcji pozostałych zębów przednich. Ilustruje to poniższa zasada:



Zasady ustawienia zębów przy odbudowie bezzębna

Po określeniu położenia zębów przednich możemy przystąpić do planowania rozmieszczenia implantów. W przypadku pacjentów bezzębnych ogromnie przydatna może okazać się przygotowana jako tymczasowa - proteza całkowita. Za jej pomocą możemy ocenić odległość brzegu kostnego od szyjki planowanej korony klinicznej, jej kopia może też służyć jako szablon podczas zabiegu. W praktyce, na protezie możemy zaznaczyć szyjkę zęba jakimkolwiek materiałem dającym cień w badaniu radiologicznym (np. płynnym kompozytem) i wykonać kontrolne OPG lub CBCT. Na tej podstawie

możemy zmierzyć odległość szyjki zęba od brzegu kostnego.

Zasadą, którą się kierujemy podczas planowania rodzaju uzupełnienia, jest zasada 3A-2B [2]: aby uzyskać prawidłowy profil wyłaniania, a co za tym idzie, przewidywalną estetykę, brzeg implantu powinien znajdować się 3 mm od planowanej szyjki zęba w płaszczyźnie pionowej i 2 mm w płaszczyźnie poziomej. Inni autorzy nazywają to oknem estetycznym.

Co z tego wynika?

Jeżeli brzeg kostny mieści się w opisanych powyżej granicach, wiemy, że możemy wykonać naszą pracę bez używania imitacji słuzówki w postaci różowej porcelany. Jeżeli odległość szyjki zęba od brzegu kostnego jest większa, wiemy, że niezbędne będzie uzupełnienie brakującej przestrzeni za pomocą wyżej wymienionej.

W przypadku zaniku poziomego, należy również rozważyć konieczność podparcia wargi górnej. Zanik poziomy w strefie estetycznej wymusza na nas bądź zabiegi z zakresu sterowanej regeneracji kości, bądź determinuje wykonanie pracy ruchomej podpartej na implantach.



Wykorzystanie kopii protezy jako szablonu do zabiegu

Do rozważań na temat rodzaju odbudowy doskonale nadaje się klasyfikacja zaniku kości według Lekholma/Zarba [3]

Klasa A: brak zaników pionowych i poziomych –

istnieje duża szansa, że planowana rekonstrukcja będzie się mieściła w granicach okna estetycznego. Pozwala to na wykonanie odbudowy na bazie 8 implantów rozmieszczonych w pozycjach 1,3,4,6 w postaci 4 mostów cementowanych

Klasa B: zanik pionowy, bez zaniku poziomego –

w tej sytuacji konieczne jest uzupełnienie brakującej przestrzeni za pomocą różowej porcelany. Plan odbudowy będzie zakładał symetryczne osadzenie 6 implantów w przestrzeni pomiędzy pozycjami 2 i 6 (2,4,6 lub 3,4,5 lub 2,4,5 lub 3,4,6) i wykonanie pracy przykręcanej; w zuchwie wystarczy osadzenie 4 implantów w pozycjach 2,4 lub 2,5 zgodnie z filozofią All-On-Four i wykonanie pracy stałej zgodnie z Zasadą 10 [4]. Określa ona, jaka może być długość przęsła odbudowy w odcinku tylnym uzależniając ją od odległości między implantami osadzonymi przyśrodkowo i dystalnie.

Klasa C: zanik pionowy i poziomy –

istnieje konieczność podparcia wargi, dlatego jeżeli nie planujemy sterowanej regeneracji kości, będziemy planować prace podparte na implantach: w szczęce na 4, w zuchwie na 2. Najprostszym możliwym i jednocześnie ekonomicznym rozwiązaniem jest wykonanie protez podpartych na łącznikach typu Locator. Pozwala to np. na usunięcie płyty podniebiennej w protezie górnej,

a w protezie dolnej na uzyskanie stabilizacji protezy w stopniu nieosiągalnym w przypadku protezy całkowitej podpartej jedynie na słuzówce.

Klasa D i E: w przypadku ekstremalnych zaników postępowanie będzie podobne jak w klasie C.

Procedury krok po kroku

Po analizie opisanej powyżej, podjęciu decyzji terapeutycznych, uzyskaniu zgody pacjenta na proponowane rozwiązanie etc. możemy przystąpić do wykonania pracy.

Kolejność pracy wygląda następująco:

1. modele orientacyjne - na ich bazie wykonujemy łyżki indywidualne
2. wyciski na łyżkach indywidualnych - do wykonania wzorników
3. rejestracja zwarcia w relacji centralnej, wyznaczenie płaszczyzny zgryzu, linii pośrodkowej, linii kłów, linii uśmiechu - na tym etapie bardzo ważne jest znalezienie prawidłowej relacji centralnej; niezwykle pomocne w tym okazują się metody deprogramacji opracowane przez Koisa lub Dawsona
4. przymiarka zębów w wosku - podobnie jak w przypadku klasycznych protez całkowitych - na tym etapie oceniamy położenie zębów, prawidłowość zaguzkowania, wielkość zębów etc. oraz uzyskujemy zgodę pacjenta - takie ułożenie zębów będzie wyznacznikiem
5. wykonanie protezy całkowitej, która posłuży jako praca tymczasowa, oraz jej kopii, która posłuży jako szablon do zabiegu. Czasami dodatkowo wykonuje się na tym etapie pracę tymczasową stałą.
6. OPG lub CBCT z szablonem i kontrastem w okolicy planowanej szyjki zębów, w pozycjach których chcemy osadzić implanty - w praktyce zaznaczamy płynnym kompozytem szyjki zębów od 1 do 6; na bazie zdjęć podejmujemy ostateczną decyzję o pozycjach implantów, konfrontując nasze oczekiwania z sytuacją anatomiczną
7. zabieg chirurgiczny - z użyciem kopii protezy jako szablonu; w przypadku dobrej stabilizacji implantów wykonujemy odbudowę natychmiastową z użyciem przygotowanej pracy tymczasowej. W innych przypadkach osadzamy protezy ruchome
8. odsłonięcie implantów - jeżeli osadzaliśmy implanty w procedurze zamkniętej, odsłaniamy implanty (na tym etapie możemy również osadzić pracę tymczasową)
9. wykonanie pracy ostatecznej - zgodnie z planem zaakceptowanym na etapie przymiarki zębów w wosku

Rozważania na temat materiałów do odbudowy

Mnogość dostępnych materiałów do wykonania odbudowy może powodować dezorientację. Jeżeli chodzi o prace podparte na implantach, preferujemy odbudowy wykonane z akrylu, który jest tani i łatwy w naprawie. Nasze doświadczenie uczy, że najrozsądniejszym sposobem wykonania pracy podpartej na implantach są protezy podparte na łącznikach typu Locator z racji swojej prostoty i skuteczności. Inne rodzaje prac podpartych na implantach: belki, teleskopy etc. wydają się nam zbyt skomplikowane i pracochłonne.

W przypadku prac stałych, do wyboru mamy następujące rodzaje materiałów:

- metal jako podbudowa
- tlenek cyrkonu jako podbudowa oraz materiał podstawowy w odcinkach bocznych
- ceramika
- kompozyt

Najbardziej klasycznym materiałem do wykonania podbudowy jest metal, jednak z uwagi na dokładność rekonstrukcji na implantach wykonywanie prac na bazie odlewu jest obciążone ryzykiem błędu. Rozwiązaniem tego problemu są prace na metalu frezowanym licowane porcelaną.

Tlenek cyrkonu wydaje się materiałem niemalże idealnym. Wysoka estetyka, twardość, dokładność frezowania są jego niewątpliwymi atutami. Jednakże brak możliwości uzyskania połączenia chemicznego z jakimkolwiek materiałem jest jego główną wadą, która objawia się np. w łuszczeniu się ceramiki, którą jest pokrywany. Kolejnym problemem jest odcementowywanie się metalowych czapek, za pomocą których osadzamy prace na implantach. Wciąż jednak pojawiają się nowe materiały i możliwości uzyskania trwałego połączenia między tlenkiem cyrkonu a metalem.

Rozwiązaniem zaś problemów związanych z łuszczeniem porcelany wydaje się być wykonywanie prac pełnokonturowych w odcinkach bocznych i licowanie ceramiką jedynie zębów przednich. Ceramika, jako złoty standard w protetyce, również staje się z roku na rok materiałem coraz doskonalszym, jednak jej wadą jest duża kruchość tego rodzaju rekonstrukcji oraz brak możliwości wykonywania napraw w sposób prosty. Istniejące systemy do naprawy porcelany wydają się być dalekie od ideału.

Kompozyty, jako materiał do wykonywania rekonstrukcji, rozwijają się dynamicznie na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat i powoli stają się dobrą alternatywą dla wyżej wymienionych. Ich podstawowa wada, jaką jest zmiana koloru w czasie, doskonale jest rekompensowana poprzez możliwość w miarę prostej naprawy potencjalnych uszkodzeń w jamie ustnej.

Podsumowanie:

W niniejszym artykule staraliśmy się w skróconej formie przybliżyć nasze doświadczenia i przemyślenia związane z wykonywaniem prac implantoprotetycznych u pacjentów bezzębnych, których odsetek w Polsce dominujący. Wykonywane przez nas prace to zarówno rozległe odbudowy wymagające dużych nakładów finansowych, jak i prace ekonomiczne dostępne dla większości potencjalnych pacjentów, a niosące znaczącą poprawę jakości życia. Naszym zdaniem np. proteza dolna podparta na dwóch implantach powinna być leczeniem z wyboru w przypadku bezzębia żuchwy.

Duży nacisk położyliśmy na przedstawienie filozofii planowania i wykorzystywania prostych sposobów, znanych każdemu młodym lekarzowi z zajęć protetyki, które pozwalają na wykonanie przewidywalnego leczenia.

Zdajemy sobie sprawę, że objętość artykułu nie pozwala na szczegółowe omówienie wszelkich za i przeciw, jak i niuansów. Mamy świadomość, że istnieją też inne metody planowania, wykonywania szablonów i rekonstrukcji. Sami je również stosujemy. Jednak główną intencją było przedstawienie tych strategii, które w naszej pracy sprawdzają się najlepiej.

W razie potrzeby zapraszamy do kontaktu.

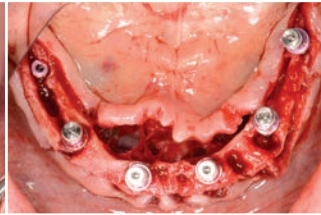
Przypadek 1



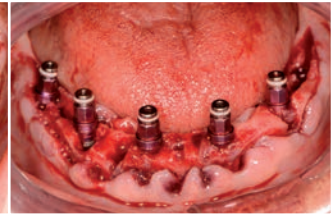
Ryc. 1 sytuacja wyjściowa



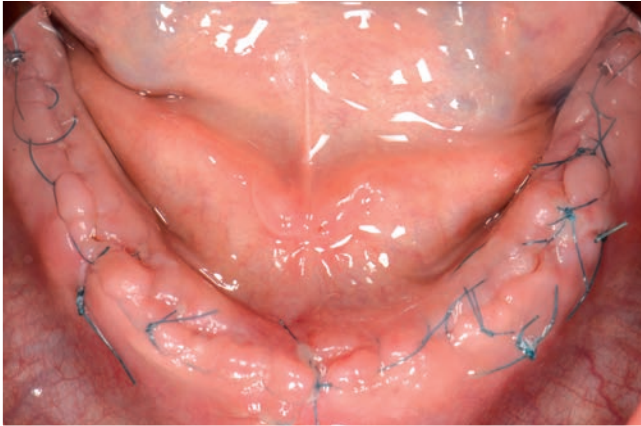
Ryc. 2 ekstrakcja wszystkich zębów



Ryc. 3 osadzone implanty



Ryc. 4 osadzone implanty



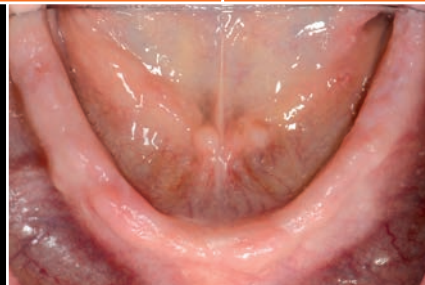
Ryc. 5 szwy



Ryc. 6 po zdjęciu szwów



Ryc. 7 proteza tymczasowa



Ryc. 8 Po okresie gojenia



Ryc. 9 Łączniki gojące



Ryc. 10 Przybiórka metalu



Ryc. 11 Osadzone łączniki ostateczne



Ryc. 12 Praca ostateczna



Ryc. 13 Praca ostateczna osadzona

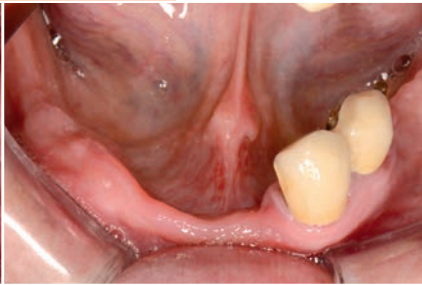


Ryc. 14 Praca ostateczna osadzona

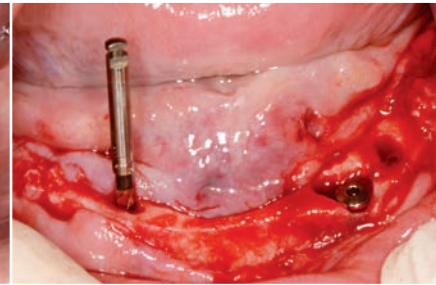
Przypadek 2



Ryc. 15 Stan wyjściowy



Ryc. 16 Stan wyjściowy



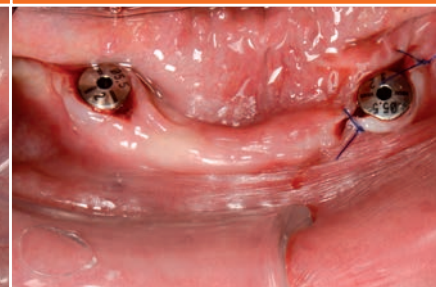
Ryc. 17 Zabieg chirurgiczny



Ryc. 18 Szwy



Ryc. 19 Po okresie gojenia



Ryc. 20 Łączniki gojące



Ryc. 21 Osadzenie protezy



Ryc. 22 Praca ostateczna



Ryc. 23 Praca ostateczna



Ryc. 24 Praca ostateczna



Ryc. 25 Łączniki Locator



Ryc. 26 Łączniki Locator

Piśmiennictwo

- [1] WIERZBICKA M. Monitoring Zdrowia jamy Ustnej Polaków. 2011
- [2] ROJAS-VIZCAYA F. Biological aspects as a rule for single implant placement. The 3A-2B rule: a clinical report. J Prosthodont; 2013 Oct; 22(7):575-80
- [3] LEKHOLM U, ZARB G.A. Quintessence Publishing Co., Inc. Pp 199-209, 1985.
- [4] COOPER LF, LIMMER BM, GATES WD. Rules of 10 -guidelines for successful planning and treatment of mandibular edentulism using dental implants. Compend Contin Educ Dent. 2012 May; 33(5):328-34



BIOGENESIS

IMPLANTY STOMATOLOGICZNE



W HARMONII Z NATURĄ

www.biogenesis.pl

smart

DENTAL



dr.n.med. Kinga Grzech-Leśniak

Periimplantitis i mucositis- od diagnozy do leczenia. Opisy przypadków.

Periimplantitis and mucositis- from diagnosis to treatment. Case reports.

Słowa kluczowe:

Implanty zębowe, mucositis, peri-implantitis, niechirurgiczne leczenie, leczenie chirurgiczne, fotoaktywna dezynfekcja, leczenie laserem.

Key words:

dental implants, mucositis, peri-implantitis, non-surgical treatment, surgical treatment, photoactivated disinfection, laser therapy.

dr.n.med. Kinga Grzech-Leśniak, specjalista periodontolog
e-mail: kgl@periocare.pl
ul. Poznańska 8/1u, 30-012 Kraków
tel. 12 445 66 56

Dzisiaj, zarówno wśród pacjentów jak i lekarzy, leczenie implantoprotetyczne jest często wybieranym rozwiązaniem w stosunku do alternatywnych metod, takich jak mosty czy protezy zębowe. Choroby związane z zapaleniem tkanek przyzębia wokół implantów to częsty problem współczesnej stomatologicznej praktyki klinicznej. W przeglądzie literatury Mombelli i wsp. wykazali, oceniając co najmniej 5-letnie implanty, że występowanie periimplantitis stanowiło 10% implantów i 20% pacjentów [1].

W 1999 r. na Trzecich Europejskich Warsztatach Periodontologicznych (European Workshop on Periodontology, EWOP) określono kryteria opisujące zdrowe, zintegrowane implanty, natomiast w 2008 r., na szóstym spotkaniu EWOP zdefiniowano pojęcie mucositis i peri-implantitis [3,4]. Mucositis scharakteryzowano jako zapalenie tkanek otaczających odbudowany protetycznie implant, bez oznak utraty kości wyrostka zębodołowego, podczas gdy periimplantitis określa się dopiero wtedy, gdy obecna jest utrata kości wyrostka wokół implantu [3,4]. Siódmy EWOP (2011) opisał,

Streszczenie

Leczenie implantoprotetyczne cieszy się rosnącą popularnością wśród proponowanych rozwiązań leczniczych w praktyce dentystycznej. Wraz ze wzrostem wprowadzanych implantów, zwiększa się liczba zapalnych komplikacji. Zaliczamy do nich zapalenie błony śluzowej wokół implantu związane z obecnością płytki bakteryjnej, tzw. mucositis oraz z współistniejącą destrukcją kości wokół wszczepu, tzw. periimplantitis. Dwa różne rozpoznania to dwa sposoby leczenia. Niechirurgiczne postępowanie przy leczeniu mucositis oraz chirurgiczne w periimplantitis, często połączone z resekcyjną terapią łączoną z implantoplastyką. Jednak podstawowa koncepcja lecznicza powinna opierać się na profilaktyce i wczesnym wykrywaniu zapalenia błony śluzowej wokół implantu. Zasadniczą rolę odgrywają tu regularne wizyty kontrolne implantów w gabinecie, co znacznie zmniejszy występowanie problemu periimplantitis. Obecnie prowadzone badania w kierunku wspomagającego leczenia tych schorzeń laserem są niezwykle obiecujące.

Abstract

Dental implants and associated restorations (implantology-prosthetic treatment) is growing in popularity among the proposed treatment solutions in dental practice. With the increase in the use of implants, the number of inflammatory complications of these implants is growing. These include inflammation around the implant associated with the presence of bacterial plaque, called mucositis, and coexisting destruction of the bone around the implant, so-called periimplantitis. Different diagnoses yield a different treatment in each case: non-surgical treatment of mucositis and surgical treatment of periimplantitis, often combined with resection therapy with smoothing of the implant. However, the basic concept of treatment should be based on prevention and early detection of mucositis. Regular check-ups of the implants in the dental office are essential and will significantly reduce the occurrence of peri-implantitis. Current studies on the use of laser-assisted therapy in the above-mentioned problems seem to be very promising.

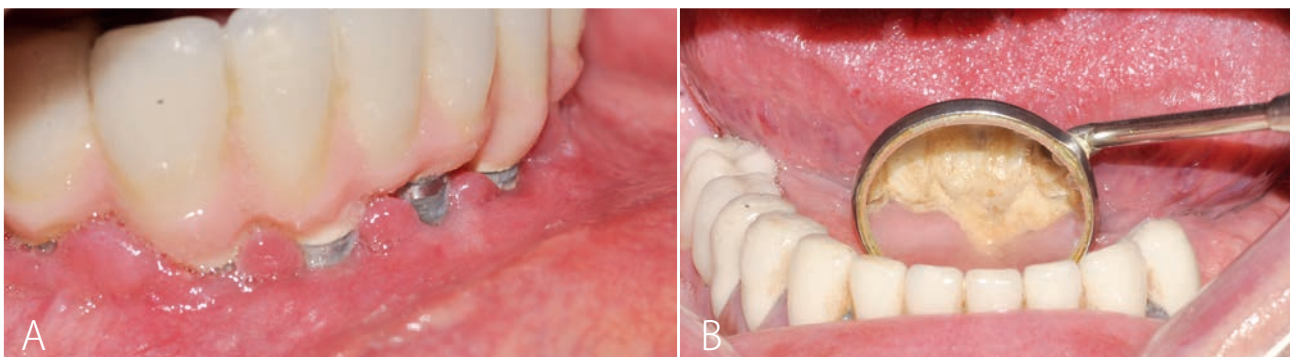


Ryc. 1 Periimplantitis i periodontitis.

że „utrata kości przy implancie występująca po wstępnym remodelingu, przebudowie kości, jest głównie spowodowana infekcją bakteryjną” [4]. Komórki zapalne, takie jak makrofagi, granulocyty obojętnochłonne, limfocyty i komórki osocza wywołują znaczne uszkodzenie tkanek przyzębia. Degradacja tkanki łącznej (mucositis) poprzedza zniszczenie kości, czyli periimplantitis [5,6]. Mikroorganizmy związane z periimplantitis to w szczególności bakterie składające się ze znacznej ilości ruchliwych postaci wrzecionowatych i krętków, bakterii beztlenowych Gram-ujemnych, podczas gdy w pobieranych próbkach przy zdrowych implantach, obecne były głównie Gram-dodatnie ziarniaki i nieruchome pałeczki, przypominające środowisko zdrowego dziąsła [7]. Liczne kontrolowane badania kliniczne wykazały, że przy periimplantitis izolowane są najczęściej: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Tanarella forsythia*, *Treponema denticola* i *Fusobacterium nucleatum* [8-13]. Równie często izolowany był *Staphylococcus aureus* zarówno w kieszeniach przyzębnych w przebiegu periodontitis, jak i w periimplantitis (44-70%). Liczne badania sugerują, że *S. aureus* odgrywa ważną rolę w rozwoju periimplantitis. Wysokie miano *Pseudomonas aeruginosa* jest

wynikiem symbiozy pomiędzy *Bacteroides* spp. i *P. Aeruginosa*, który promuje utrzymywanie tego patogenu w kieszeniach poddziąsłowych. Ponadto, wykazano wysoki wskaźnik występowania ludzkiego wirusa cytomegalii i Epstein-Barr, co wskazuje, że wirusy również odgrywają chorobotwórczą rolę w rozwoju periimplantitis [14-16]. Zapalna destrukcja tkanek jest szybsza i o większym zasięgu w periimplantitis w porównaniu do periodontitis, czyli zapalenia przyzębia [7].

Zapalenie tkanek przyzębia wokół implantu jest coraz większym i realnym zagrożeniem utraty implantów, opisywanym w ostatnim czasie. Koldslund w swoich badaniach przedstawił, że wśród 109 przebadanych pacjentów częstość występowania periimplantitis wahała się od 11 do 47% [17]. Badania retrospektywne Franssona pokazały, iż u 662 pacjentów leczonych implantologicznie po upływie od 5 do 23 lat, aż w 184 przypadkach (27,8%), co najmniej jeden implant objęty był periimplantitis [18]. Spośród 1070 przebadanych implantów aż 419 (40%) miało utratę kości związaną z periimplantitis, w największym stopniu dotyczyło to implantów umiejscowionych w przednim odcinku żuchwy [19]. Po pierwszym roku czynnego funkcjonowania implantu, utrata kości wokół



Ryc. 2 Płytką nazębną na implantach a-od strony przedsionkowej, b-od strony językowej.



Ryc. 3 Zabieg poszerzenia strefy dziąsła rogowaciałego (AG=0) przy implantach 31 i 41
 3a - sytuacja wyjściowa,
 3b - przeszczep tkanki nabłonkowej (FGT),
 3c - obraz po zaszyciu rany,
 3d - po 10 dniach tuż przed ściągnięciem szwów,
 3e - stan po 14 dniach od zabiegu

zainfekowanych implantów wynosiła odpowiednio ≥ 2 mm (32%) i ≥ 3 mm (10%) [20].

Należy pamiętać, iż po zabiegu implantacji dochodzi do znacznego anatomicznego zmniejszenia dopływu krwi do tkanek otaczających tytanowy implant. Zmniejszenie ukrwienia może doprowadzać do utraty objętości tkanek miękkich i przy cienkim biotypie dziąsła, do ryzyka prześwietu implantu. Dlatego też, tak istotna jest umiejętność zarządzania tkankami miękkimi przed planowaniem zabiegu implantologicznego, a nie na etapie implantacji. Należy poinformować pacjenta o możliwych zabiegach dodatkowych, zmieniających fenotyp dziąsła, zanim zostanie wprowadzony implant do kości, a nie na etapie leczenia powikłania. Im grubsze dziąsło, tym lepsze ukrwienie, także w trakcie implantacji, wyższy efekt estetyczny oraz mniejsze ryzyko mucositis i periimplantitis. Opisywane czynniki ryzyka periimplantitis to przede wszystkim nieodpowiednia higiena wokół implantu - obecność płytki bakteryjnej, zapalenie przyzębia, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, cukrzyca [6,7].

Choroba przyzębia

Kieszenie przyzębne są rezerwuarem bakterii, które później kolonizują powierzchnię implantu. Skład mikroflory kieszeni wokół implantów przy periimplantitis, zdeterminowany jest składem bakterii przed zabiegiem implantacji. Badania przeprowadzone przez

Renverta wskazują, że historia zapalenia przyzębia była kluczowym czynnikiem ryzyka mucositis wokół implantu i periimplantitis. Karoussis i Salvi w 10-letnich obserwacjach pacjentów z przewlekłym zapaleniem przyzębia wykazali wyższą częstość periimplantitis (28,6%) niż u pacjentów zdrowych (5,8%) [21,22,10,23,13].

Zła higiena jamy ustnej

W badaniu Ferreira i Silva, analizowany został wpływ niewystarczającej higieny na rozwój periimplantitis. Wyniki pokazały statystyczną korelację podwyższonego wskaźnika płytki nazębnej z zapalną chorobą przy implantach. Średni uogólniony wskaźnik płytki nazębnej po 42,5 miesiącach (Full Mouth Plaque Score FMPS ≥ 2), był silnie związany z rozwojem periimplantitis (OR= 4,13) [24]. W innym badaniu, obecność płytki nazębnej wykazano przy około 74% implantach. Aż u 48% tych implantów wykazano destrukcję tkanek przyzębia w porównaniu do pozostałych miejsc przy dobrej higienie jamy ustnej (4%). Ta obserwacja potwierdza, że czynniki lokalne, takie jak słaba higieny jamy ustnej i obecność płytki nazębnej odgrywają ważną rolę w rozwoju periimplantitis. Kontrola higieny jamy ustnej i przyzębia powinna być sprawdzana przed i po implantacji, ale również winna być istotnym czynnikiem warunkującym przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego, aby zapobiec lub przynajmniej zmniejszyć ryzyko wystąpienia periimplantitis.



Ryc. 4 Biostymulacja laserem diodowym 635 nm, jako terapia wspomagająca gojenie i działanie przeciwbólowe.



Ryc. 5 Peri-implant mucositis;
 5a - sytuacja wyjściowa,
 5b - widok od strony językowej,
 5c - krwawienie po delikatnym sondowaniu,
 5d - obraz zdjęcia ortopantomograficznego

Wąska strefa dziąsła przytwierdzonego

Badania pokazały, że brak lub istnienie zbyt wąskiej strefy dziąsła przytwierdzonego ściśle koreluje z rozwojem mucositis i periimplantitis. Wg Sanza jest to szerokość ≥ 5 mm, jednak wciąż trwają badania, poszerzające wiedzę na ten temat.

Objawami peri-implant mucositis to oznaki zapalenia tkanek miękkich wokół implantu (takie jak: zaczerwienienie, obrzęk, stan ropny) oraz krwawienie przy delikatnym sondowaniu (0,25 N) [3,13,7].

Leczenie peri-implant mucositis opiera się na postępowaniu niechirurgicznym. Polega na usunięciu nad- i poddziąsłowego biofilmu poprzez zastosowanie miejscowo środków przeciwbakteryjnych z równoczesnym oczyszczeniem złogów i tkanki zapalnej, ultradźwiękami i kiretami przeznaczonymi do oczyszczania implantów oraz poprzez zastosowanie laserowej terapii w postaci fotoaktywnej dezynfekcji [5,25,26].

Rozpoznanie kliniczne periimplantitis opiera się na stwierdzeniu obecności zapalenia tkanek miękkich z krwawieniem podczas sondowania, przy równoczesnej utracie kości wokół implantu (sondowanie kieszeni to głębokość PPD ≥ 5 mm, pocket probing depths) z lub bez wysięku ropnego podczas badania. Na rentgenogramie widoczna utrata kości ≥ 2 mm, w charakterystycznym kształcie „spodka czy krateru” [27,7]. Ważna jest również diagnostyka różnicowa, w tym określenie i ewentualne wyeliminowanie przeciężenia w zgryzie [6,25].

Według analizy przeprowadzonej przez Karringa (Karing et al. 2005) i Renverta (Renvert et al. 2009) sama mechanoterapia w leczeniu periimplantitis jest niewystarczająca. Mimo iż nastąpiła

poprawa wskaźnika płytki i krwawienia przy sondowaniu, głębokość kieszeni pozostała bez zmian. Gdy porównano efektywność w leczeniu periimplantitis dwóch niechirurgicznych metod: zastosowanie tytanowych kiret oraz systemu Vector® (ultradźwiękowego aparatu do czyszczenia kieszeni przyzębnych), wyniki przedstawiają poprawę wskaźnika krwawienia i wskaźnika płytki, natomiast brak znaczących różnic w głębokości kieszeni i składzie bakterii kieszeni przy implantach [28,29].

Niechirurgiczne leczenie mucositis i periimplantitis wsparte na leczeniu środkami antyseptycznymi i antybiotykami może jedynie nieco poprawić parametry kliniczne (Mombelli et al. 2002, Renvert et al. 2008, Persson et al. 2006, Salvi et al. 2007) [10,28,31,32].

Fotoaktywna dezynfekcja

Alternatywnym rozwiązaniem do antybiotykoterapii zarówno w leczeniu mucositis jak i periimplantitis jest fotoaktywna dezynfekcja światłem lasera diodowego o długości fali 365 nm z fotocuczulaczem (błękit toluidyny czy błękit metylenu). Żel nakładamy na powierzchnię implantu i zapalne dziąsło otaczające implant, pozostawiamy na 60 sekund i następnie aktywujemy fotocuczulacz światłem lasera. Leczenie jest bezbolesne. W badaniu in vitro Marotti przedstawił, że połączenie fotoaktywnej terapii (PDT) z fotocuczulaczem i chlorheksydyną jest bardziej wydajne w dekontaminacji szorstkiej powierzchni implantu w porównaniu do naświetlania samym laserem (Marotti et al. 2013). W randomizowanych badaniach Bassetti, Sculean i Salvi dowiedziono, iż niechirurgiczne leczenie początkowego stadium periimplantitis w połączeniu z fotoaktywną terapią fotodynamiczną (PDT) w 12-miesięcznych obserwacjach jest tak samo skuteczna jak miejscowa antybiotykoterapia. Nastąpiło spłylenie kieszeni wo-



Ryc. 6a - Praca tytanową kiretą (f. Loser Americal Eagle XP);
 6b - widok od strony językowej,
 6c - widok od strony przedśionkowej
 6d - zestaw kiret w kasecie.

kół implantu oraz statystycznie istotne zmniejszenie ilości miejsc krwawiących podczas sondowania (BoP, Bleeding on Probing). Poprawa została zaobserwowana już przed upływem 9 miesięcy, jednak wyniki wyrównały się po 12 miesiącach. Podobnie zmniejszyła się znacząco statystyczna liczba drobnoustrojów *Porphyromonas gingivalis* i *Tannerella forsythia* ($p < 0,05$), po upływie 6 miesięcy w grupie z fotoaktywną dezynfekcją i po 12 miesiącach w grupie z miejscową antybiotykoterapią. Po 12 miesiącach nie zauważono żadnych statystycznych różnic w grupie z PDT i LDD (local drug delivery). Oznacza to, iż fotoaktywna terapia jest alternatywnym postępowaniem w porównaniu do stosowanej antybiotykoterapii [33,7,34]. Fotoaktywną dezynfekcję można skojarzyć z działaniem biostymulacyjnym lasera diodowego (635 nm) podczas leczenia mucositis i periimplantitis (LLLT low level laser therapy). Fototerapia laserowa poza działaniem bakteriobójczym, przeciwwirusowym i przeciwwirusowym wzmaga procesy regeneracyjne kości, włókien kolagenowych i nabłonka, poprawia ukrwienie i zwiększa wzrost fibroblastów.

Leczenie chirurgiczne periimplantitis opiera się na regeneracji defektów kostnych, często połączone z resekcyjną terapią łączoną z implantoplastyką i przeszczepem tkanki łącznej bądź dziąsłowej. Dekontaminacja powierzchni implantu wykonywana jest poprzez miejscowe zastosowanie środków chemicznych, antyseptycznych, instrumentów ręcznych, piasekarek czy lasera erbowego (Er-Yag) [27,35,36,37]. Leczenie chirurgiczne możliwe jest dopiero po upływie około 2-4 tyg od zakończenia fazy leczenia niechirurgicznego. Podczas zabiegu płatowego ważna jest ocena konfiguracji ubytku. Przy ubytkach pionowych 2- lub 3- ściennych należy wykonać za-

bieg regeneracyjny, przy ubytkach 2- lub 1-ściennych albo terapię łączoną czy też resekcyjne leczenie z implantoplastyką gwintów implantu. Chropowata struktura implantu utrzymuje znacznie gorszą higienę niż jego gładka powierzchnia (wielimowanie toksyn bakteryjnych i złogów nazębnych). Implant nie traci stabilizacji, ponieważ nawet przy dużej degradacji podpory kostnej posiada znacznie lepszą stabilność w porównaniu do naturalnych zębów. Leczenie resekcyjne stanowi problem estetyczny.

Przy wyborze postępowania chirurgicznego ważna jest dokładna morfologiczna ocena ubytków wokół implantu, która będzie podstawą przy wyborze rodzaju postępowania, wyborze możliwości regeneracyjnych i oszacowania rokowania leczenia operacyjnego periimplantitis [32]. Pomocna jest Klasyfikacja wg Schwarza opisana w 2007 r. (Schwarz et al. 2007).

Klasa I - opisuje pionowe ubytki kości,

klasa II - poziomy zanik kości wokół implantu.

Klasa I została podzielona na podklasy:

klasa Ia (opisuje dehiscencję kości od strony policzkowej)

klasa Ib (dehiscencja policzkowa + półkolistą resorpcją kości na środku korpusu implantu), klasa Ic (dehiscencja policzkowa + resorpcja kości na środku korpusu implantu z okrężnym zanikiem kości po stronie językowej),

klasa Id (dehiscencja policzkowa + resorpcja kości na środku korpusu implantu z okrężnym całkowitym zanikiem kości po stronie językowej),

klasa Ie (okrężna resorpcja kości dookoła implantu z utrzymaniem grzebienia kostnego po stronie policzkowej i językowej).

Najczęściej występujące defekty kostne w periimplantitis to klasa

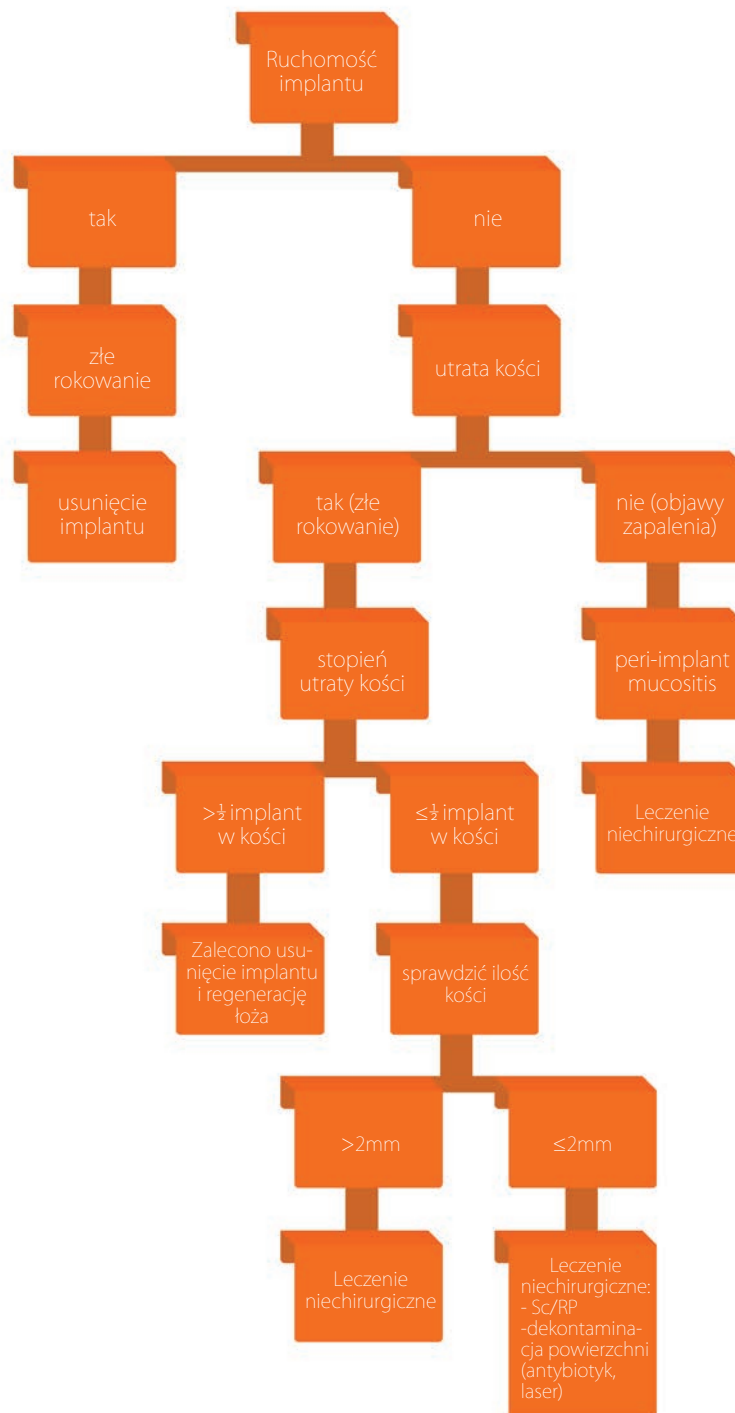
le (55,3%), kolejne zaliczane do klasy Ib (15,8%), klasy Ic (13,3%), klasy Id (10,2%) i klasy Ia (5,4%). Regeneracja kości wydaje się być bardziej korzystna w zniszczeniach kości klasy I i jest bardzo ograniczona w klasie II. Najlepsze wyniki zmniejszenia głębokości kieszeni i regeneracji ubytków kostnych i klinicznych stwierdzono w klasie IE [6,35,37].

Po zabiegu regeneracyjnym należy pamiętać, aby przez okres 6-12 miesięcy nie sondować kieszeni. Kontrole radiologiczne powinny się powtarzać co 6-12 miesięcy. Wspomagające leczenie za pomocą fotoaktywnej dezynfekcji podwyższa jakość efektów leczniczych zarówno przy mucositis jak i periimplantitis.

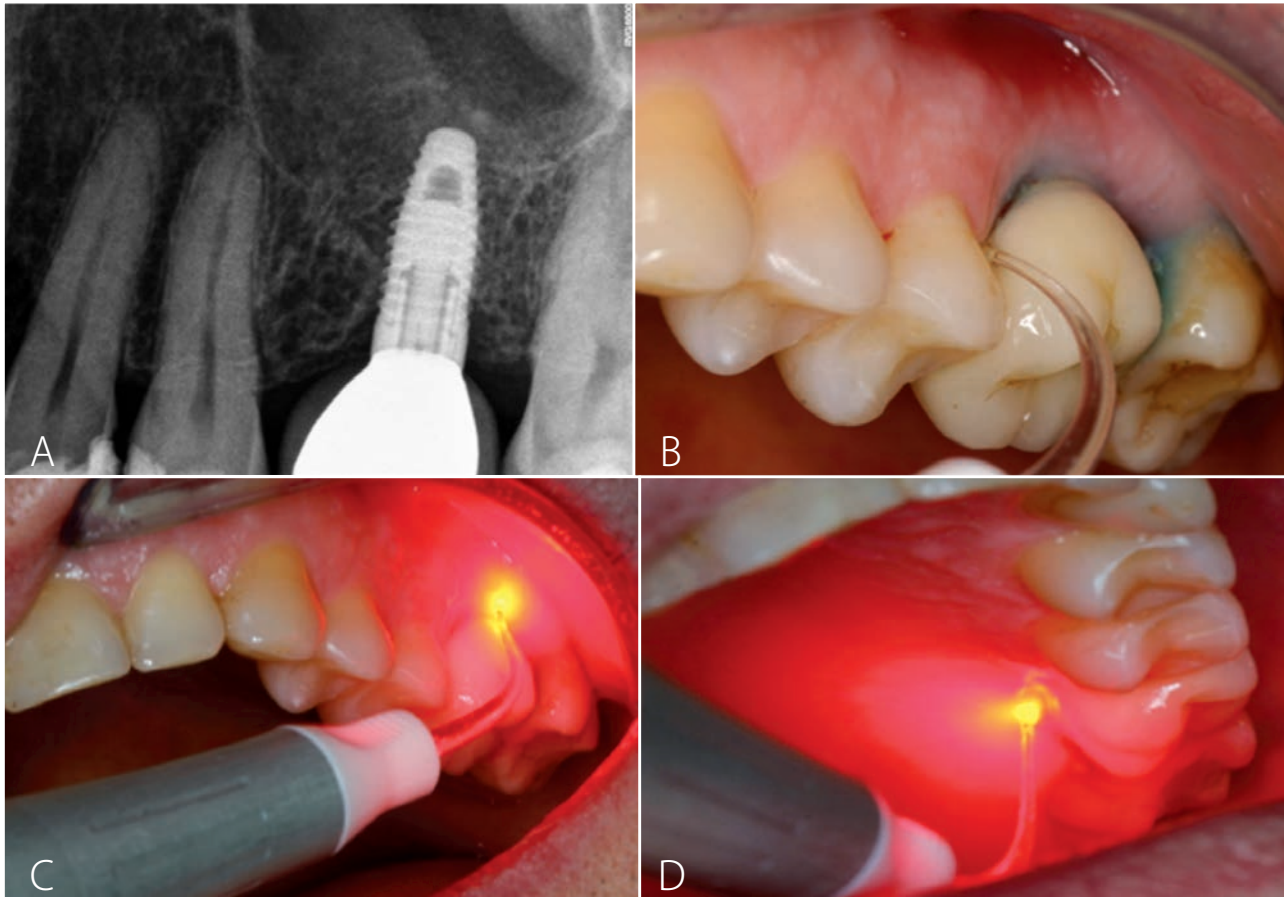
Jednak główną rolę i nacisk w zmniejszeniu występowania tych schorzeń, należy położyć na regularne wizyty kontrolne w gabine-

cie implantologicznym, jako fazę podtrzymującą leczenie implantoprotetyczne.

Kluczową rolę powinien pełnić zespół stomatologiczny w edukowaniu pacjentów na temat roli płytki bakteryjnej, biofilmu ściśle związanego z chorobą zapalną tkanek przy implantach. Zapobieganie powikłaniom zapalnym jest łatwiejsze niż ich leczenie i ta myśl powinna być powtarzana zarówno pacjentom, jak i lekarzom. Pacjenci z historią choroby przyzębia, palacze, nadużywający alkoholu, chorzy na cukrzycę i ze złą higieną jamy ustnej, powinni być przed leczeniem implantologicznym poinformowani, że są w grupie ryzyka i leczenie implantoprotetyczne jest większym zagrożeniem powstania choroby wokół implantu. Leczenie skojarzone połączone z konsultacjami periodontologicznymi, pozwolą



Schemat 1- drzewo decyzji postępowania przy periimplantitis, opublikowane w Implant Dent 2012 Jun, 21(3):253; Okayasu K, Wang LH.



Ryc. 7 Fotoaktywna dezynfekcja przy periimplantitis laserem diodowym 635 nm z błękitem toluidyny;
 7a -zdjęcie małoobrazkowe implantu 26, widoczny kraterowaty zanik kości;
 7b - nałożony żel z błękitem toluidyny;
 7c - naświetlanie kieszeni od strony policzkowej;
 7d - naświetlanie od strony podniebiennej.

na ocenę nie tylko warunków kostnych pod kątem implantów ale również odpowiednie sklasyfikowanie tkanek miękkich. Klinicyści również powinien zdawać sobie sprawę, że periimplantitis jest trudne do leczenia i efekty mogą być nieprzewidywalne. Rutynowo-

wo kontrola implantów i ich odbudowy protetycznej na regularnych spotkaniach, pozwoli na wczesną prewencję i nie dopuszczenie do eskalacji problemu [5,28].

Piśmiennictwo

[1] MOMBELLI A, MULLER N, CIONCA N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res*; 23(6): 67-76, 2012.

[2] WENSTROM J, PALMER R. Consensus report of session 3:clinical trials. In Lang N, Karring T, Lindhe J, ed. *Proceedings of the 3rd European workshop on periodontology implant dentistry*. Berlin:Quintessence, 255-9, 1999.

[3] LINDHE J, MEYLE J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*; 35:282-5, 2008

[4] LANG NP, BERGLUNDH T., Periimplant diseases: where are we now?-Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*, 38:178-81,2011

[5] ZITZMANN NU, BERGLUNDH T. Definition and prevalence of peri-implant disease. *J Clin Periodontol* 35 (8):286-91, 2008

[6] NGUYEN-HIEU T., BORGHETTI A.&ABOUDHARAM G., Peri-implantitis: from diagnosis to therapeutics. *J Investig Clin Dent.*; 3(2),79-94, 2012

[7] BELIBASAKIS GN. Microbiological and immuno-pathological aspects of peri-implanti diseases. *Archives of Oral Biology* 59:66-72, 2014

[8] BOTERO JE, GONZALESAM, MERCADO RA. Subgingival microbiota in peri-implant mucosa lesions and adjacent teeth in partially edentulous patients. *J Periodontol*; 76:1490-5, 2005

[9] SHIBLI JA, MELO L, FERRARI DS. Composition of supra- and subgingival biofilm of subjects with healthy and diseased implants. *Clin Oral Implants Res*, 19:975-82, 2008

[10] MOMBELLI A. Microbiology and antimicrobial therapy of periimplantitis. *Periodontol* 2000, 28:177-89, 2002

[11] TRIPLETT RG, ANDREWS JA, HALLMON WW. Management of periimplantitis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 15:129-38, 2003

[12] ATA-ALI J, CANDEL-MARTI ME. Peri-implantitis: associated microbiota and treatment. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal* 16:e937-43, 2011

[13] MISHLER OP, SHIAU HJ. Management of peri-implant disease: a current appraisal. *J Evid Base Dent Pract*; 14S:53-9, 2014

[14] FURST MM,SALVI GE, LANG NP, PERSSON GR. Bacterial colonization immediately after installation on oral titanium implants. *Clin Oral Implants Res*; 18:501-8, 2007

[15] LEONHARDT A, DAHLEN G, RENVERT S. Five-year clinical, microbiological and radiological outcome following treatment of peri-implantitis in man. *J Periodontol*; 74:1415-22, 2003

[16] JANKOVIĆ S, ALEKSIC Z, DIMITRIJEVIC B, LEKOVIC V, CAMARGO P. Prevalence of human cytomegalovirus and Epstein-Barr virus in subgingival plaque at peri-implantitis, mucositis and healthy sites. A pilot study. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 40:271-6, 2011

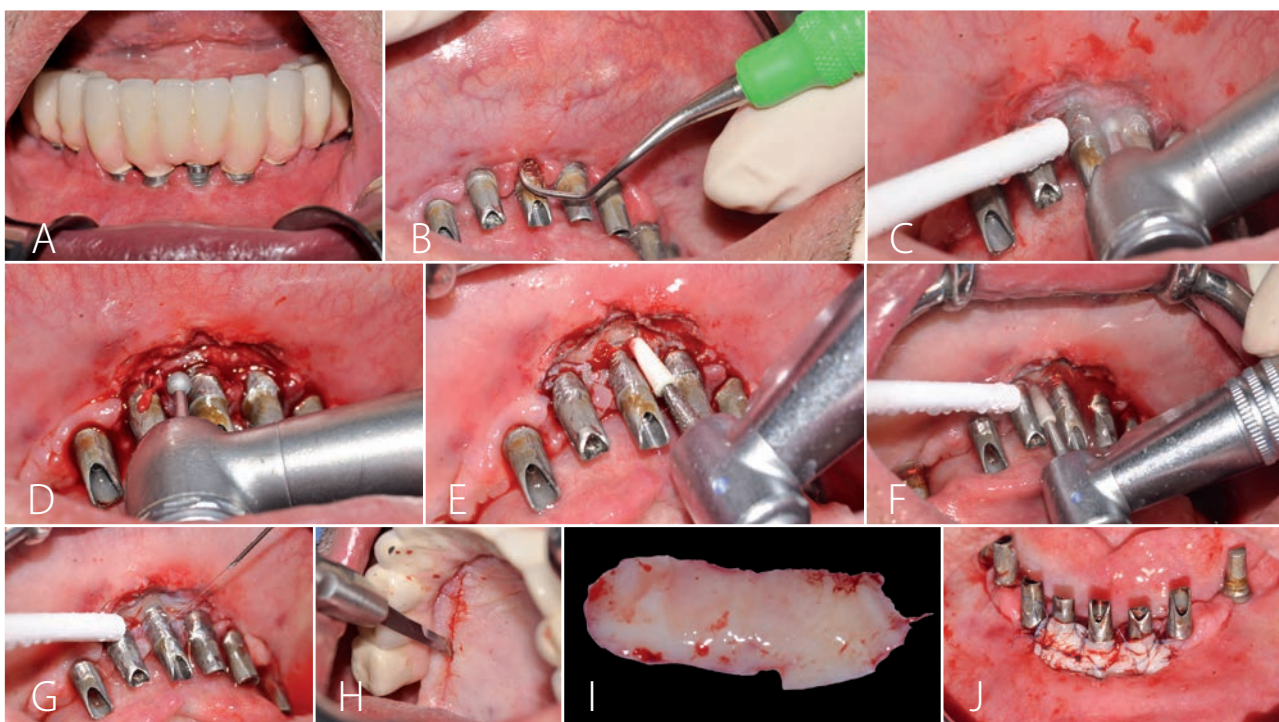
[17] KOLDSLAND OC, SCHEIE AA, AASS AM., Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol.*;81:231-8, 2010

[18] FRANSSON C, LEKHOLM U, JEMT T, BERGLUNDH T., Prevalence of subjects with progressive bone loss at implants. *Clin Oral Implants Res.*, 16:440-6, 2005

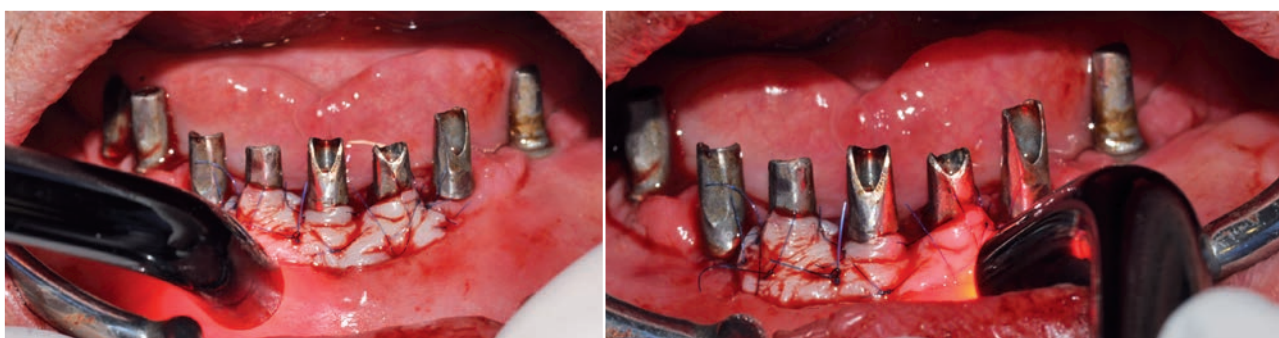
[19] FRANSSON C, WENNSTROM J, TOMASI C, BERGLUNDH T., Extent of peri-implantitis- associated bone loss. *J Clin Periodontol*; 36:357-63, 2009

[20] FRANSSON C, TOMASI C, PIKNER SS., Severity and pattern of peri-implantitis- associated bone loss. *J Clin Periodontol*; 37:442-8, 2010

[21] RENVERT S, ROOS-JANSACKER AM, LINDAHL C. Infection at titanium implants with or without



Ryc. 8. Chirurgiczne etapy leczenia periimplantitis;
 8a - sytuacja wyjściowa, brak strefy dziąsła przytwierdzonego AG, obnażone gwinty implantów;
 8b-g - zabieg czyszczenia implantu i implantoplastyki;
 8h-i - przeszczep tkanki nabłonkowej z podniebienia;
 8j - obraz bezpośrednio po zaszyciu.



Ryc. 9. Biostymulacja laserowa 635 nm (LLLT) jako wspomagająca gojenie na zakończenie etapu chirurgicznego leczenia periimplantitis.

a clinical diagnosis of inflammation. *Clin Oral Implants Res*, 18:509-16, 2007

[22] KAROUSSIS IK, SALVI GE, LANG NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res*; 14:329-39, 2003

[23] RENVERT S, PERSSON GR. Periodontitis as a potential risk factor for periimplantitis. *J Clin Periodontol*; 36:9-14, 2009

[24] FERREIRA SD, SILVA GL, CORTELLI JR., COSTA JE. Prevalence and risk variables for peri-implant disease in Brazilian subjects. *J Clin Periodontol*; 33:929-35, 2006

[25] RENVERT S, ROOS-JANSKER AM, CLAFFEY N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a literature review. *J Clin Periodontol*; 35:305-15, 2008

[26] HEITZ-MAYFIELD LJ, SALVI GE, BOTTICELLI D, MOMBELLI A, FADDY M, LANG NP. Anti-infective treatment of peri-implant mucositis: a randomised controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res*; 22:237-41, 2011.

[27] MOMBELLI A, LANG NP. Antimicrobial treatment of peri-implant infections. *Clin Oral Implants Res*; 3: 162-8, 1992.

[28] KARRING ES, STRAVROPOULOUS A, KARRING T. Treatment of peri-implantitis by the vector system. *Clin Oral Implants Res*;16:288-93, 2005

[29] RENVERT S, SAMUELSSON E, LINDAHL C, PERSSON GR. Mechanical non-surgical treatment of peri-implantitis: a double blind randomized longitudinal clinical study. I: clinical results. *J Clin Periodontol*; 36:604-9, 2009

[30] PERSSON GR, SALVI GE, LANG NP. Antimicrobial therapy using a local drug delivery system (arestin) in the treatment of peri-implantitis. I: Microbiological outcomes. *Clinical Oral Implants Research* 17:386-93, 2006

[31] SALVI GE, PERSSON GR, LANG NP. Adjunctive local antibiotic therapy in the treatment of peri-implantitis. Clinical and radiographic outcomes. *Clinical Oral Implants Research* 18:281-5, 2007

[32] PEDRAZZI V, ESCOBAR EC, CORTELLI JR. Antimicrobial mouthrinse use as an adjunct method in peri-implant biofilm control. *Braz Oral Res*;28(1) :1-9, 2014.

[33] BASSETTI M, SCHAR D, SCULEAN A, SALVI GE. Anti-infective therapy of peri-implantitis with adjunctive local drug delivery or photodynamic therapy: 12-month outcomes of a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Impl Res*. 25:279-87, 2014

[34] EICK S, MARKAUSKAITE G, NIETZSCHE S, LAUGISCH O, SALVI GE, SCULEAN A. Effect of photoactivated disinfection with a light-emitting diode on bacterial species and biofilms associated with periodontitis and peri-implantitis. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 10:156-167, 2013

[35] SCHWARZ F, SAHM N, SCHWARZ K, BECKER J. Impact of defect configuration on the clinical outcome following surgical regenerative therapy of peri-implantitis. *J Clin Periodontol*;37: 449-55, 2010

[36] ROMEO E, GHISOLFI M, MURGOLO N, CHIAPASO M. Therapy of peri-implantitis with resective surgery. A 3-year clinical trial on rough screw-shaped oral implants. Part I: clinical outcome. *Clin Oral Implants Res*; 16:9-18, 2005.

[37] SCHWARZ F, HERTEN M, SAGER M, BIELING K, SCULEAN A, BECKER J. Comparison of naturally occurring and ligature-induced peri-implantitis bone defects in human and dogs. *Clin Oral Implants Res*; 18:161-70, 2007

[38] MAROTTI J, TORTAMANO P, CAI S. Decontamination of dental implant surfaces by means of photodynamic therapy. *Lasers in Medical Science*; 28:303-9, 2013



lek. dent. Jacek Matys¹



Prof. Marzena Dominiak²

Ocena bólu podczas odsłaniania implantów za pomocą lasera erbowo-yagowego.

Pain estimation during implant exposure with use of the ERB-YAG laser

Słowa kluczowe:

laser erbowo-yagowy, ból, skala NRS-11, wszczep zębowy

Key words:

Erbium-Yag laser, pain, NRS-11 scale, dental implant

lek. dent. Jacek Matys¹, Prywatna Praktyka, Wschowa,
Lipowa 18, tel: 791511789,
mail: jacek.matys@wp.pl,
www.matysimplanty.pl

dr hab.n.med. Marzena Dominiak², prof. ndzw.
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław
tel.: 71 784 02 51,
e-mail. marzena.dominiak@umed.wroc.pl

Proces redukcji bólu podczas usuwania tkanki miękkiej za pomocą lasera Er:YAG próbuje się wyjaśnić się za pomocą 2 hipotez. Pierwsza zakłada wytworzenie się ochronnego płaszczka powstałego wskutek koagulacji białek wywołanych przez światło lasera, a druga opisuje zaklejenie zakończeń nerwowych w bezpośredniej strefie padanie jego wiązki [2,3].

Ból, jako składowa procesu chorobowego został sklasyfikowany na szereg sposobów. Jedną z podstawowych klasyfikacji bólu jest skala NRS-11[4]. Skala ta polega na świadomej, subiektywnej ocenie odczuwania bólu, dlatego stosuje się ją dla pacjentów od 10 roku życia. W skali NRS 0 oznacza brak bólu, 1-3 łagodny ból, 4-6 umiarkowany 7-10 silny.

W badaniach na laserach Er:YAG wykazano ich skuteczność w niszczeniu bakterii bytujących na zębach [5,6] i implantach [7], utrzymania sterylności pola zabiegowego[8], biostymulacji opracowywanej tkanki, waporyzacji i koagulacji tkanki miękkiej i fotoablacji tkanek zęba [9,10].

W badaniu wykorzystano Laser Er:YAG (LiteTouch,Syneron Dental), który jest jedynym urządzeniem na rynku posiadającym głowicę wbudowaną w przegubowy aplikator, połączony z korpusem urządzenia jedynie przewodem zasilającym. Takie rozwiązanie powoduje, że światło pokonuje krótką drogę do szafirowej końcówki pracującej, co wydatnie zmniejsza straty energii

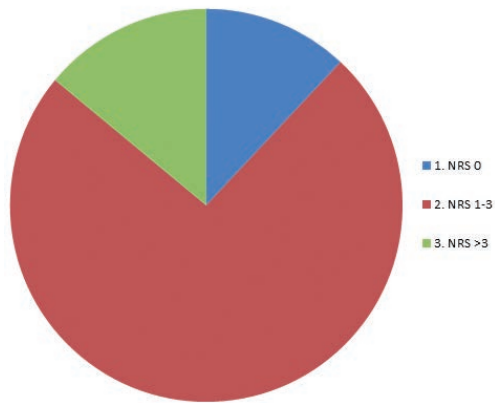
Streszczenie

Praca zawiera ocenę poziomu odczuwania bólu podczas zabiegu odsłonięcia implantów za pomocą lasera Er:YAG bez podania znieczulenia. Ból oceniano w zależności od grubości tkanki miękkiej nad śrubą zamykającą implantu według skali NRS-11 (Numeric Rating Scale). Łagodne odczuwanie bólu pozwala na przeprowadzenie drobnych zabiegów chirurgicznych bez podania jakiegokolwiek znieczulenia. Ma to znaczenia szczególne dla pacjentów z syndromem odontofobii, w której strach przed ukłuciem jest jedną z głównych jej przyczyn [1]. Minimalne krwawienie oraz precyzyjne odsłonięcie implantów pozwala na uzyskanie profilu wylania podobnego jak po tradycyjnym gojeniu tkanki miękkiej z zastosowaniem śruby gojącej. Pozwala to na natychmiastowe pobranie wycisku przy użyciu transferu wyciskowego i skróceniu czasu leczenia.

Abstract

The study provides an assessment of pain experienced during a procedure to expose implants using an Er:YAG laser without administering of an anaesthetic. Pain was assessed depending on the thickness of the soft tissue above the implant cover screw according to the NRS-11 scale (Numeric Rating Scale). When the sensation of pain is mild minor surgical procedures can be carried out without the need to administer any anaesthetic. This is especially important for patients suffering from odontophobia, one of the main causes of which is a fear of needles [1]. Minimal bleeding and precise exposure of implants makes it possible to achieve an emergence profile similar to that observed after traditional healing of soft tissue using a healing screw. This ensures that impressions can be taken immediately using transfer copings and with a shorter healing time.

Uncovering implants



Ryc. 1 Rozkład oceny odczuwania bólu w trzech przedziałach

i pozwala na zachowanie właściwego kształtu i rozkładu energii w obrębie wiązki lasera.

Cel pracy

Określenie poziomu i frekwencji dolegliwości bólowych według skali NRS-11 podczas odsłaniania implantów w zależności od głębokości preparacji tkanki miękkiej za pomocą lasera Er:YAG bez podania znieczulenia.

Materiał i metoda

Badaniem objęto pacjentów NZOZ Ka-dent we Wschowie leczonych implantologicznie w roku 2013 i 2014. Analizie poddano odsłonięcie 50 implantów Superline (firmy Dentium, Korea) u 32 pacjentów (28 kobiet i 4 mężczyzn) w wieku 28-69 lat. Wszystkie implanty zostały odsłonięte za pomocą lasera Er:YAG przy ustawieniu stałych parametrów pracy urządzenia 300mj, 18Hz, chłodzenie wodą ustawiono na 40%, kąt ustawienia końcówki pracującej 700.

Wszystkie implanty odsłonięto za pomocą końcówki szafirowej o rozmiarze 1.0x17 mm, w okresie 3-5 miesięcy od ich wszczępienia.

Ból oceniano za pomocą subiektywnej oceny pacjentów według skali NRS-11, gdzie 0 oznacza brak bólu, 1-3 łagodny ból, 4-6 umiarkowany 7-10 silny.

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10 za pomocą analizy wariancji ANOVA. W porównaniu poziomu odczuwania bólu w zależności od głębokości preparacji tkanek, otrzymano poziom istotności wyników poniżej 0,05.

Wyniki

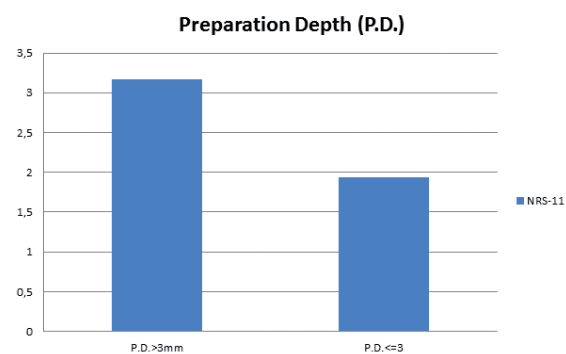
W przeprowadzonych badaniach głębokość preparacji tkanki miękkiej nad implantem wykonano w zakresie od 1 do 6 mm, a wartość zmierzonego bólu według skali NRS-11 rozkładała się od 0 do 5.

Średnia głębokość preparacji tkanki wyniosła 3,36 mm, a średni ból w skali NRS-11: 2,4.

Łagodny ból (NRS 1-3) w czasie zabiegu wykazano w 74%, umiarkowany (14%), a brak bólu w 12% przypadków. (Ryc. 1) Średnia wartość odczuwania bólu dla preparacji tkanki miękkiej w zakresie 1-3mm wyniosła 1.94 a od 4-6 mm 3,17. (Ryc.2) W żadnym przypadku nie stwierdzono-według poddanych zabiegom pacjentów- konieczności podania znieczulenia.

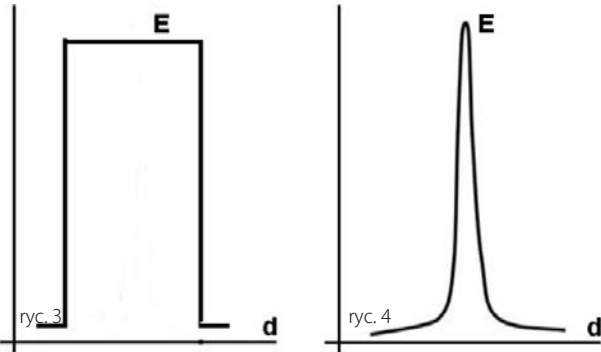
Dyskusja

Odczuwanie bólu i strach przed ukuciem igłą w celu podania środka znieczulającego jest jednym z powodów rzadkich wizyt części pacjentów w gabinetach chirurgii stomatologicznej. Technika laserowego cięcia tkanek w wydatny sposób zmniejsza odczuwanie bólu, a nawet pozwala na całkowitą rezygnację z podania środka znieczulającego przed wykonaniem drobnych zabiegów chirurgicznych [11]. Przedstawione badania wskazują na występowanie jedynie łagodnego bólu przy preparacji tkanki miękkiej w zakresie 1-6mm w 86% przypadków, a w 14% przekracza wartości 5 według skali NRS-11 tzn. bólu umiarkowanego. W opisanym badaniu ustawiono energię lasera na 300mJ i częstotliwość powtarzania impulsów na 18Hz, chłodzenie na 50%. Zastosowane ustawienie różni się od zalecanych przez innych autorów, według których maksymalny poziom energii nie powinien być większy niż 150mJ, a częstotliwość nie mniejsza jak 30Hz [12]. W opinii autora, kompensowanie niższej mocy lasera poprzez zwiększenie częstotliwości padania impulsów nie jest jednak najlepszym rozwiązaniem, ponieważ potęguje to efekt termiczny poprzez skrócenia czasu potrzebnego na ostygnięcie tkanki. Dlatego lepszy efekt daje zwiększenie mocy lasera przy zmniejszeniu jego częstotliwości. Natomiast stosowanie mniejszych mocy dla precyzyjnego cięcia jest zalecane dla laserów o pracy ciągłej czyli np. laser CO2.



Ryc. 2 Średnia wartość odczuwania bólu podczas preparacji tkanki miękkiej

W przeprowadzonym badaniu wykorzystano laser Er:Yag bez światłowodu, o prostokątnym rozkładzie energetycznym (krzywa Gaussa - Ryc. 3). Takie lasery generują dużą moc, równą w zakresie padania wiązki i z niskimi stratami energii podczas jej transportu. W większości obecnie stosowanych laserów wiązka energetyczna transportowana jest do końcówki za pomocą światłowodu, co w konsekwencji powoduje zaburzenie rozkładu energetycznego. W laserach ze światłowodem największa energia jest ulokowana jedynie pośrodku wiązki, a na jej obrzeżu jest znacznie niższa (Ryc. 4). To skoncentrowanie mocy wiązki w samym centrum, przy ustawionej względnie niskiej mocy, ale wyższej częstotliwości może wywołać uszkodzenie termiczne tkanki.



Ryc. 3 Rozkład Gaussa dla lasera z prostopadłym rozkładem energetycznym wiązki
Ryc. 4 Rozkład Gaussa dla lasera ze światłowodem

W laserach LiteTouch nie posiadających światłowodu energia wiązki transportowana jest bezpośrednio z rękojeści do końcówki pracującej w sposób jednolity. Prostokątny rozkład energii pozwala na równomierną ablację tkanki, nie powodując jednocześnie jej nadpalania, nawet przy zastosowaniu energii o wartości 300mj. Dodatkowo, względnie niska częstotliwość we współdziałaniu z czynnikiem chłodzącym nie pozwala na nadmierny wzrost temperatury tkanek. Ważne jest, aby preparowanie tkanki przeprowadzono z wykonaniem ruchów okrężnych, bez naświetlania statycznego tylko jednego punktu. Takie postępowanie powoduje zmniejszenie bólu i fotoablację tkanki bez jej nadpalenia.

Równomierna ablacja tkanek powoduje szybsze niż przy użyciu skalpela gojenie, a przede wszystkim, brak powstania blizny oraz brak lub minimalny obrzęk pooperacyjny [7,8].

W badaniu porównano także stopień odczuwania bólu w zależności od głębokości preparowanej tkanki miękkiej podczas odsłonięcia implantu. Średni poziom odczuwania bólu w zakresie cięcia do 3 mm i od 4-6mm wynosi w skali NRS-11 odpowiednio 1,94 i 3,17. Są to wyniki umożliwiające przeprowadzenie zabiegów w sposób atraumatyczny i nie wymagający podania nawet powierzchniowego znieczulenia.

Ponadto, ablacyjne działanie lasera pozwala na usuwanie tkanki miękkiej warstwa po warstwie, co umożliwi na dokładną preparację naświetlanej tkanki i wymodelowanie profilu wylania tkanki, podobne jak przy zastosowaniu śrub gojących. Dzięki zastosowaniu lasera można pobrać bezpośrednio po odsłonięciu implantu wycisk z poziomu transferu i dzięki temu skrócić czas leczenia.

Wnioski

Zastosowanie laserów staje się coraz bardziej popularne w zabiegach ablacji tkanek czy wykonywaniu biopsji [9]. Wykorzystanie laserów Er:YAG niesie ze sobą wiele zalet związanych z ich właściwościami. Główne zalety lasera Er:YAG wynikają z płytkiej penetracji światła lasera w głąb tkanki, sterylności pola zabiegowego, biostymulacji opracowywanej tkanki, minimalnej strefy koagulacji, potrzebnej do odbudowy tkanki oraz koagulacji zakończeń nerwowych, zmniejszając w ten sposób odczucia bólu w trakcie i po zabiegu [5].

Ablacyjne działania lasera w połączeniu z redukcją efektu obkurczenia tkanki pozwalają na precyzyjne modelowanie linii dziąseł oraz łatwe usuwanie hipertrofii dziąsłowej oraz wykonanie precyzyjnego odsłonięcia implantu. Cechy te pozwalają na skrócenie czasu leczenia protetycznego po implantacji. Badania wskazują, że praca lasera na powierzchni implantu nie powoduje uszkodzenia jego

struktury i zbytniego zwiększenia temperatury wszczepu [14,15]. W badaniach przy użyciu laserów Er:YAG należy zwrócić szczególną uwagę na ich budowę, która determinuje właściwości fizyczne padającej na tkankę wiązki światła. Klinicznie aby uzyskać podobny efekt fotoablacji tkanki, należy stosować różne ustawienia mocy i częstotliwości w laserach bez i ze światłowodem. Jednakże te pierwsze są bezpieczniejsze dla usuwanych tkanek (niższy efekt termiczny, szybsze gojenie). We współczesnych laserach dla precyzyjnego cięcia tkanki miękkiej można stosować większe moce w zakresie 300mj bez ryzyka uszkodzenia termicznego tkanki. Przy wprawnych ruchach operatora można również zwiększyć częstotliwość pracy lasera, nie powodując nadmiernego przegrzania tkanki.

Laser Er:YAG może być z powodzeniem stosowany w chirurgicznym usuwaniu małych zmian na błonie śluzowej jamy istnej bez podania znieczulenia. Bezpieczeństwo stosowania lasera Er:YAG na powierzchni implantu pozwala mu być alternatywą do tradycyjnego mechanicznego kiretażu w leczeniu perimplantitis [18,19,20,21].

Niewątpliwą zaletą techniki laserowej jest brak wykonania znieczulenia za pomocą igły. Ma to szczególne znaczenie w leczeniu dentofobii, której strach przed bólem związanym z podaniem znieczulenia jest jej jedną z głównych przyczyn.

Piśmiennictwo

[1] BRACHA H.S., VEGA E.M., VEGA C.B.: Posttraumatic dental-care anxiety (PTDA): Is dental phobia a misnomer? Hawaii. Dent. J; 2006, 37, 5, 17-19
 [2] FISHER SE, FRAME JW, BROWNE RM, TRANTER RM. A comparative histological study of wound healing following CO2 laser and conventional surgical excision of canine buccal mucosa. Arch Oral Biol; 1983;28:287-291
 [3] SCHULLER DE. Use of the laser in the oral cavity. Otolaryngol Clin North Am; 1990; 23:31-42
 [4] JENSEN MP, KAROLY P, O'RIORDAN EF, BLAND F, BURNS RS (June 1989). The subjective experience of acute pain. An assessment of the utility of 10 indices". Clin J Pain 5 (2): 153-9 doi:10.1097/00002508-198906000-00005. PMID 2520397.
 [5] CHEN C.-K, CHANG N.-J, KE J.-H, FU E, LAN W.H. Er:YAG laser application for removal of keratosis using topical anesthesia (2013) J of Dental Sciences, 8 (2),196-199
 [6] BERGER JW, D'AMICO DJ. Modeling of erbium: YAG laser-mediated explosive photovaporization: implications for vitreoretinal surgery. Ophthalmic Surg Lasers. 1997;28:133-139
 [7] ŻMUDAS, IGNATOWICZ E, STANKIEWICZ J: Laser Er:YAG w stomatologii – przegląd piśmiennictwa. Czas. Stomatol., 2008, 61, 4, 275-282.
 [8] ISHIKAWA I, AOKI A, TAKASAKI AA. Potential applications of Erbium:YAG laser in periodontics. J Periodontal Res; 2004, 39, 4: 275-285.
 [9] HOLCOMB JD. Versatility of erbium YAG laser: from fractional skin rejuvenation to full-field skin resurfacing. Facial Plast Surg Clin North Am; 2011;19:261-273
 [10] HORNING G M, COBB CM, KILLOY W J. Effect of an air-powder abrasive system on root surfaces in periodontal surgery. J of Clin Periodontol; 1987, 14, 213-220
 [11] RENVERT S, LESSEM J, DAHLE'N G, LINDAHL C, SVENSSON M. Topical minocycline microspheres versus topical chlorhexidine gel as an adjunct to mechanical debridement of incipient peri-implant infections: a randomized clinical trial. J of Clin Periodontol; 2006, 33, 362-369
 [12] MEHL A, FOLWACZNY M, HAFFNER C, HICKEL R. Bactericidal effects of 2.94 microns Er:YAG-laser radiation in dental root canals. J Endod; 1999, 25, 7: 490-493
 [13] MELLO I, ROBAZZA C R, ANTONIAZZI J H Influence of Er:YAG laser irradiation on apical sealing of four different sealers. Braz Dent J; 2004, 15, 3: 190-193
 [14] MOENE R, DE'CAILLET F, ANDERSEN E, MOMBELLI A. Subgingival plaque removal using a new air-polishing device. J of Periodontol; 2010, 81, 79-88
 [15] QUIRYNEN M, VOGELS R, PEETERS W, VAN STEEN-BERGHE D, NAERT I, HAFFAJEE A. Dynamics of initial subgingival colonization of 'pristine' peri-implant pockets. Clinical Oral Implants Research, 2006, 17, 25-37
 [16] GLENN V.A. Erbium Lasers in Dentistry, Dent Clin N Am, 2004, 48:1017-1059.
 [17] DOSTALOVA T, JELINKOVA H, KREJSA O, HAMAL H. Evaluation of the surface changes in enamel and dentin due to possibility of thermal overheating induced by Erbium:YAG laser radiation. Scanning Microsc 1996; 10(1):285-90.
 [18] EBERHARD J, EHLERS H, FALK W, ACIL Y, ALBERS HK, JEPSEN S. Efficacy of subgingival calculus removal with Er:YAG laser compared to mechanical debridement: An in situ study. J Clin Periodontol; 2003;30:511-518
 [19] TOMASI C, SCHANDER K, DAHLEN G, WENNSTROM JL. Short-term clinical and microbiologic effects of pocket debridement with an Er:YAG laser during periodontal maintenance. J Periodontol; 2006;77:111-118
 [20] CRESPI R, BARONE A, COVANI U. Er:YAG laser scaling of diseased root surfaces: A histologic study. J Periodontol; 2006;77:218-222
 [21] GASPIRC B, SKALERIC U. Clinical Evaluation of Periodontal Surgical Treatment With an Er:YAG Laser: 5-Year Results, J Periodontol; 2007;78 (10):1864-187.1.



CONTINUING DENTAL EDUCATION

CURRICULUM IMPLANTOLOGII MAŁOINWAZYJNEJ TRYB INDYWIDUALNY

**SZKOLENIE TEORETYCZNE
WARSZTATY HANDS - ON
LIVE - SURGERY**

SAMODZIELNE IMPLANTACJE

Każdy uczestnik wprowadza
samodzielnie 20 implantów

JESIEŃ 2014 - ZIMA 2014

DYREKTOR CURRICULUM

Dr Mariusz Duda

Ilość miejsc ograniczona

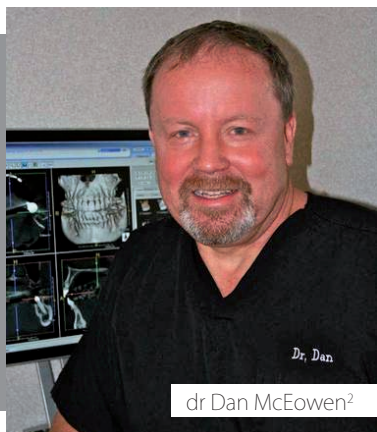


7 listopada 2014 - 24 kwiecień 2015, Katowice / Nowy Jork

CONTINUUM PERIO - IMPLANTOLOGII (2+2+4) Columbia University College of Dental Medicine Duda Clinic College of Dental Medicine

Dyrektorzy Continuum: dr D. Tarnow, dr J. B. Fine, dr M. Duda
Wykładowcy Columbia Faculty: Dr Christos Angelopoulos,
Dr Nurit Bittner, dr Thomas Magnani, Dr Gary Greenstein,
Dr Kinga Grzech, Dr Philip Kang, Dr David Koslovsky,
Dr Frank Valdinoto, Dr George Shelby White

Pierwsze w Polsce kompleksowe szkolenie perio -
implantologiczne o charakterze Continuum,
program stworzony specjalnie dla polskich lekarzy,
którzy wprowadzili już do swojej prywatnej praktyki implantologię.



dr Dan McEowen²



dr Armin Nedjat¹



tech. Norbert Bombá³

MIMI®-Flapless II – Dystrakcja kości w wąskich wyrostkach zębodołowych

MIMI®- Flapless II: Bone Distraction in Narrow Ridge

Słowa kluczowe:

technika minimalnie inwazyjna, implanty zębowe, dystrakcja kości,

Key words:

minimally invasive technique, dental implants, bone distraction

dr Armin Nedjat¹, dr Dan McEowen², tech. dent. Norbert Bombá³

^{1,3}Champions-Implants GmbH

Bornheimer Landstr. 8 - D - 55237 Flonheim

Tel. +49 (0)6734-914080,

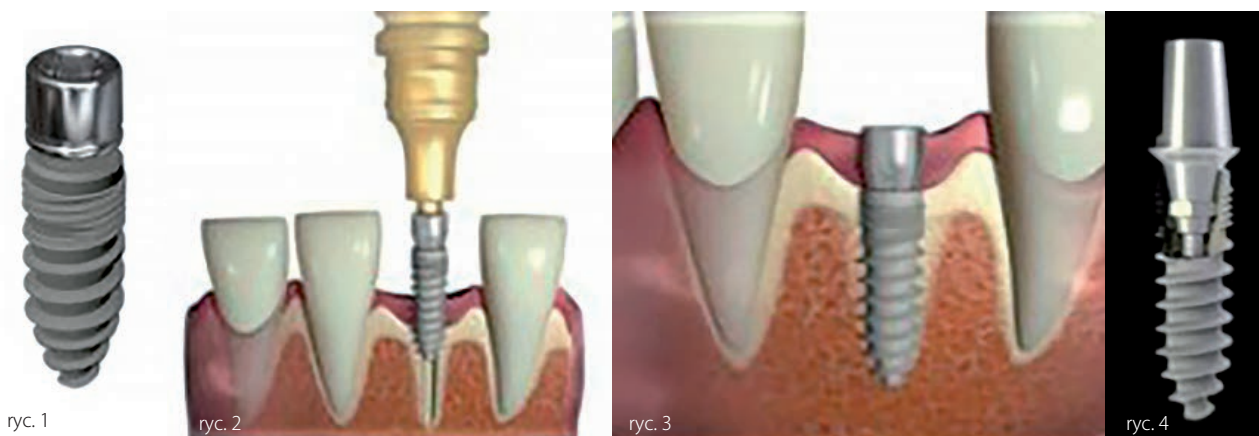
e-mail: nedjat@t-online.de, nobom@freenet.de

²Dr. Rudmann, Dr. Kane, Dr. McEowen

807 E Main St., Middletown, MD 21769,

tel. +301 293 6828

Najnowsze postępy w dziedzinie implantologii stomatologicznej umożliwiły leczenie pacjentów z niewystarczającą ilością tkanki kostnej w wąskim wyrostku zębodołowym. Z założenia technika MIMI® Flapless II jest przeprowadzana bez odwarstwiania płata śluzówkowo-okostnowego i może być wykorzystywana w przypadku 80% pacjentów. Metoda ta, zaprezentowana piętnaście lat temu przez dra Ernsta Fuchs-Schallera (Szwajcaria) może być włączona w zakres oferowanych zabiegów w większości gabinetów stomatologicznych. Technika jest łatwa do nauczenia, nie wymaga stosowania zbyt wielu specjalistycznych narzędzi, a osiągnięte dzięki niej rezultaty są stabilne i przewidywalne.



Ryc. 1-4

Dwuczęściowy implant Champions Implant (R)Evolution® przy pomocy łącznika Shuttle może zostać wszczepiony, jak gdyby był jedno-częściowy – i tak traktowany nawet w fazie protetycznej leczenia. Uniknięcie fizjologicznej utraty kości (Tarnow, Nowy Jork) jest możliwe, jeśli zaistnieją trzy warunki: platform switching, brak mikroszpar (nawet w przypadku implantów o średnicy 3,5mm), brak konieczności ponownego otwierania dziąsła w fazie protetycznej.

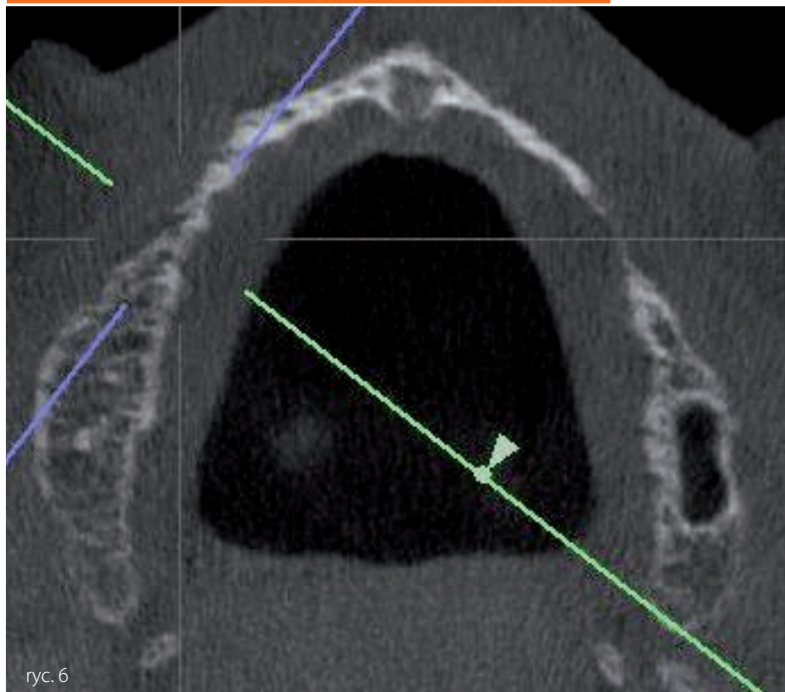


Ryc. 5: Schemat postępowania w technice MIMI® Flapless II

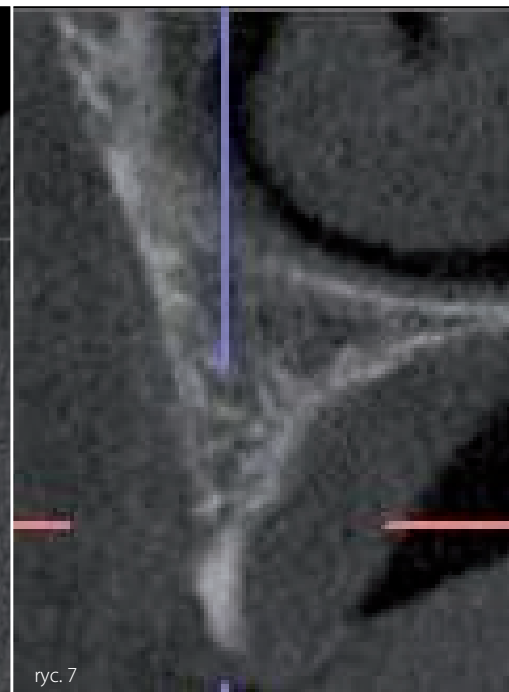
Przy pomocy prostych narzędzi oraz bez konieczności odwarstwiania płata śluzówkowo-okostnowego można przeprowadzić boczną ekspansję tkanki kostnej, kondensację, dystrakcję lub rozszczepienie kości. Kostnina regeneruje się szybko i solidnie. Optymalne odżywienie kości jest zapewnione dzięki ochronnej warstwie okostnej; zachowane jest również czterościenne obramowanie kostne. W prezentowanym przypadku dzięki zastosowaniu techniki MIMI® Flapless II, kość wyrostka została poszerzona o grubość do 6mm po 4 miesiącach leczenia. W tej samej sesji wprowadzono implanty Champions Implant (R)Evolution® z wy-

korzystaniem momentu obrotowego siły o wartości 40Ncm. Blaszka kortykałna zostaje odpowiednio opracowana i poszerzona techniką rotacyjną dla uzyskania wysokości potrzebnej do zaplanowanej implantacji dzięki osiowemu przemieszczeniu zmobilizowanych płytek kortykałnych w pozycji bocznej. Olbrzymią zaletą tej atraumatycznej metody jest uniknięcie odwarstwiania płata śluzówkowo-okostnowego: okostna i błona śluzowa nie są odwarstwiane od kości, co umożliwia zachowanie tzw. „biologicznie czynnego kontenera tkankowego.”

Przypadek 1



ryc. 6

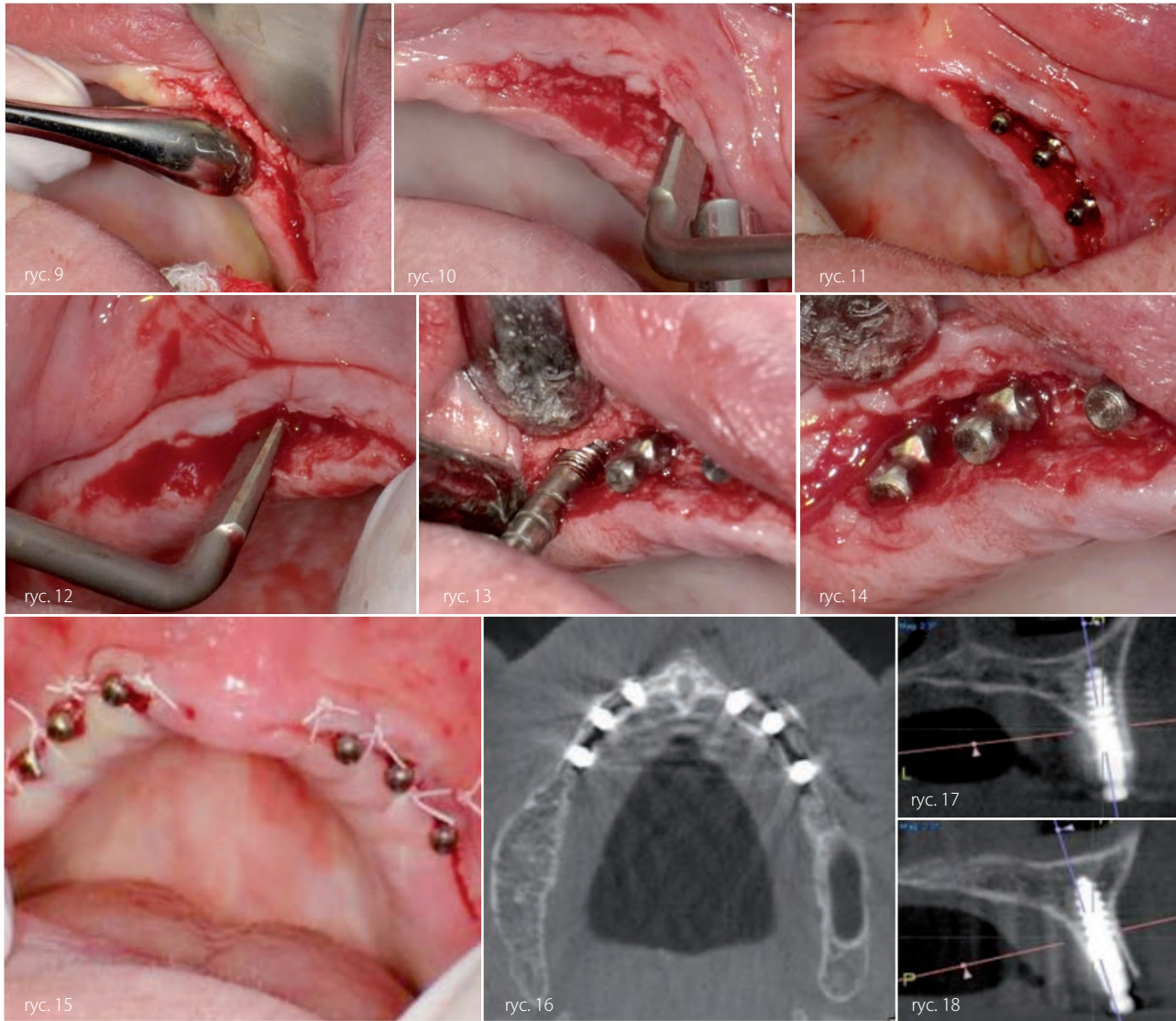


ryc. 7



ryc. 8

Ryc. 6-8
 Okolica zębów 15-25: minimalnie inwazyjną techniką MIMI®-Flapless II wprowadzono sześć jednoczęściowych implantów Champions® Implant Ball-Heads o długości 12mm i średnicy 3mm w celu podparcia protezy ruchomej. Choć początkowo wydawało się, że warunki kostne są korzystne, tomografia uwidoczniła najgorszy możliwy scenariusz: kość była cienka jak ostrze noża – o szerokości 2 mm w płaszczyźnie strzałkowej.



Ryc. 9-18
Dystrakcja kości i umieszczenie w ciągu jednej godziny 6 implantów Champions® Ball-Heads prowadzi do uzyskania stabilnych rezultatów długoterminowych, ze względu na samoistnie formującą się kostninę. Otrzymaliśmy stabilność pierwotną o wartości 40Ncm, dzięki oparciu o blaszkę podniebienną i przedśionkową kości wyrostka zębodołowego. Szybszą odbudowę kości można natomiast uzyskać poprzez pokrycie implantów biomateriałem np. Matri™BONE (Biom'up). Jednocześnie implanty sprostają natychmiastowemu obciążeniu, jednak należy pamiętać o informowaniu pacjentów o pierwotnej i wtórnej fazie osteointegracji.

Wnioski

Mobilizacja trzech warstw (przedśionkowej blaszki zbitej, okostnej i dziąsła przyczepionego) zagwarantowała uzyskanie stabilnych długoterminowych rezultatów –wszystko dzięki „pracy wykorzystującej zasady natury”: technika MIMI® Flapless II jest prosta do nauczenia się i nie ma potrzeby inwestowania w dużą ilość nowych narzędzi do gabinetu. Co jednak najważniejsze, pacjenci są bardzo zadowoleni z terapii, nie odczuwają bólu i są leczeni z wykorzystaniem wysokiej jakości uzupełnień protetycznych oferowanych za przystępną cenę.

FIG. 1-4
With the Shuttle, the two-piece Champions Implant (R)Evolution® can be placed like a one-piece implant even in the prosthodontic phase. „Physiological bone loss” (Tarnow, New York) can be avoided if there are 3 properties: Platform-Switching, no micro-gap (even not in the case of an implant diameter of 3.5 mm) and no gingiva reopening during the prosthodontic phase.

FIG. 5
Schematic procedure of the MIMI®-II flapless technique
With simple instruments and without a mucoperiosteal flap reflection, you can expand bone laterally (bone expansion/spreading) or perform a condensation, a distraction or a bone splitting. The callus regenerates itself quickly and reliably. Optimal bone nutrition can be ensured by the protected periosteum, and the four-wall container is preserved. With MIMI®-flapless II, bone was widened to 6 mm after 4 months in a particular case. In the same session where MIMI®-flapless II had been used, the Champions Implant (R) Evolution® was placed at a torque of 40 Ncm.

To proceed, the cortical lamella is prepared and widened by rotating it in order to gain the necessary height for the planned implant insertion. This is achieved by axially displacing the mobilized cortical plates in the lateral position. The great advantage of this non-traumatic procedure is that the incision with a flap reflection can be avoided. The periosteum and the mucosa are not detached, and the „biologically active container” is preserved.

CASE REPORT 1:
FIG. 6 – 8
Teeth sites 15-25: with MIMI®-flapless II, six 3.0 mm-diameter and 12 mm-long one-piece Champions® Implant-Ball-Heads were placed to support a removable prosthesis: although it looked as if there were enough bone, the scan revealed a terrible clinical diagnosis: bone was like a „knife” with 2 mm sagittally.

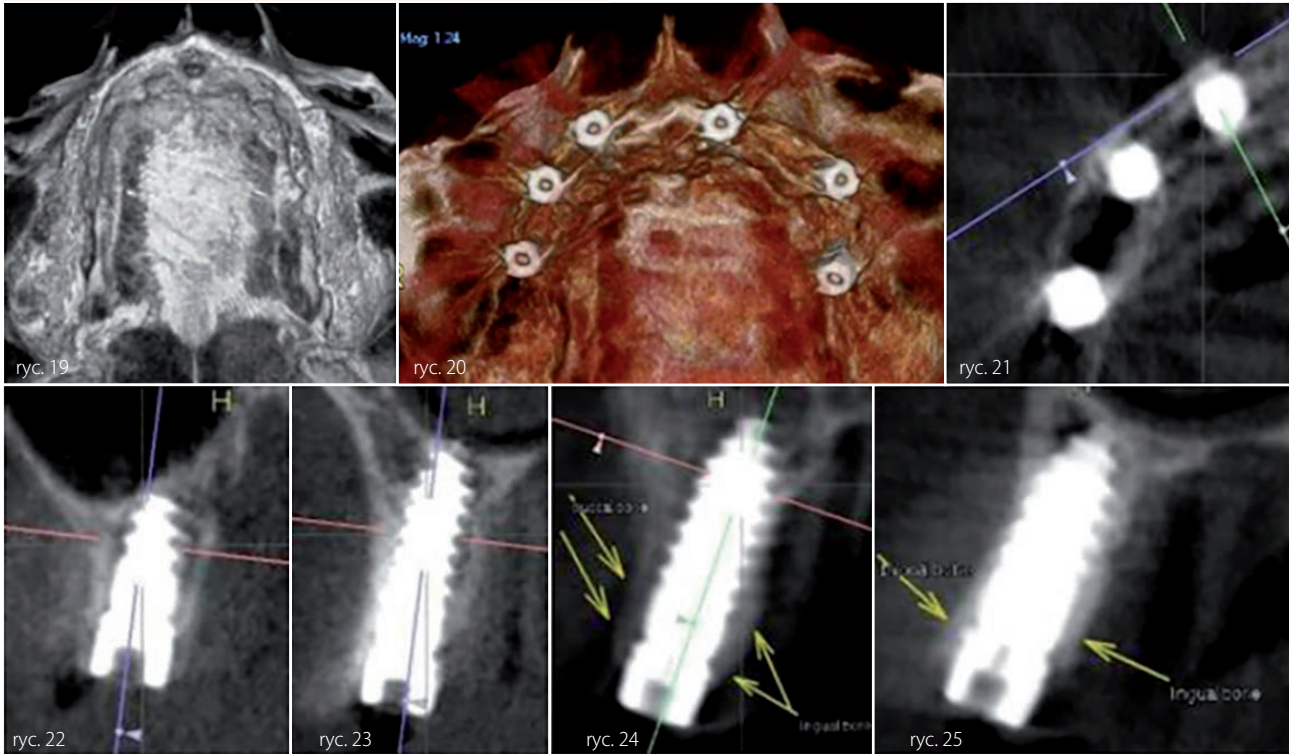
FIG. 9 - 18
Bone distraction and the placement of 6 Champions® Implant Ball-Heads within an hour have led to long-term stable results because the callus forms itself. We achieved primary stability of 40 Ncm through the palatal and vestibular cortical bone. Quicker reconstruction can be achieved if the inter-implant areas are filled with biomaterials such as Matri™BONE (Biom'up). One-piece implants can be immediately loaded, and the patient should be informed about primary and secondary osseointegration phases.

CASE REPORT 2
FIG. 19 – 25
The patient was provided with 6 Champions Implant (R)Evolution® to support a fixed prosthodontic restoration, which was screwed with Abutments „Multi-Unit”. You see the distraction from 2 to 6 mm without a mucoperiosteal flap reflection. Besides: patients do not feel pain, and results are stable. Contrary to lateral augmentations, this periosteum preserving method ensures nutrition of the bone walls by the intact periosteum.

CONCLUSION
The mobilization of the 3 Layers (vestibular cortical bone, periosteum and attached gingiva) has led to long-term stable results. Reliable and stable results have been achieved since you „work with Nature”. The MIMI®-flapless II technique is easy to learn, and you don't need to invest in many new instruments for your practices.

Most of all: patients are very satisfied with the treatment, do not feel pain and are treated with high-quality affordable prosthodontic restorations.

Przypadek 2



Ryc. 19-25

Pacjent został zaopatrzony przy pomocy 6 implantów Champions Implant (R)Evolution® celem podparcia odbudowy protetycznej przykręcanej do łączników „Multi-Unit”. Wyraźnie widać dystrakcję od 2 do 6 milimetrów osiągniętą bez konieczności odwarstwienia płata śluzówkowo–okostnowego. Pacjent nie doświadczał bólu w trakcie zabiegu, a co więcej, rezultaty leczenia były wyjątkowo stabilne. Inaczej niż w przypadku augmentacji bocznej kości wyrostka, metoda z zachowaniem okostnej zapewnia odpowiednie odżywienie ścian kości przez nienaruszoną okostną.

reklama

Płyn do płukania jamy ustnej
EludrilCLASSIC

Żel stomatologiczny
Elugel

WYJĄTKOWE
PRODUKTY...
...NA PODRAŻNIONE
DZIAŚŁA



Produkty polecane
przez lekarzy
implantologów





dr Michael Claar

Obiecujący materiał, który poprawia wyniki leczenia: Kwas hialuronowy w implantologii stomatologicznej

A promising material for improving therapeutic outcomes Hyaluronic acid in oral implantology

Słowa kluczowe:

kwasy hialuronowe, leczenie implantologiczne, podniesienie zatoki

Key words:

Hyaluronic acid, implant treatment, sinus lifting

dr Michael Claar
Leipziger Str. 164, 34123 Kassel, Niemcy
info@dr-claar.de
www.dr-claar.de

Kwas hialuronowy (HA) jest składnikiem macierzy zewnątrzkomórkowej we wszystkich rodzajach tkanek. Z chemicznego punktu widzenia jest naturalnie występującym polisacharydem należącym do glikozaminoglikanów (GSG). Wiele komórek ciała jest zdolnych do wytwarzania kwasu hialuronowego w błonach komórkowych, a tym samym, do zabezpieczenia ważnych szlaków metabolicznych. Oprócz tych właściwości kwas hialuronowy znany jest z udziału w różnych fazach gojenia ran. Promuje proliferację i migrację komórek oraz neoangiogenezę. W publikacjach udokumentowano również jego działanie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne.

Przypadek kliniczny:

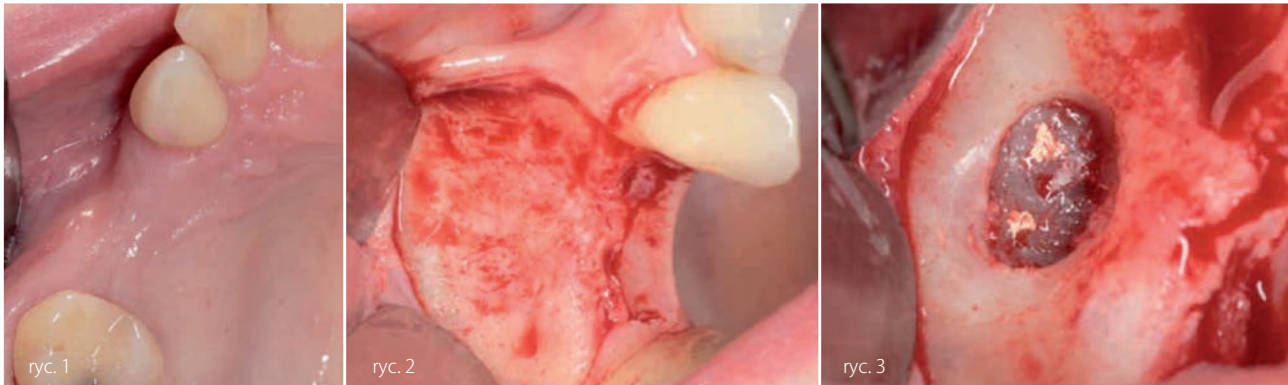
Do naszej kliniki zgłosiła się 28-letnia pacjentka celem zaopatrzenia implantami okolicy zębów 14 i 15, usuniętych w innym gabinecie po nieudanych próbach leczenia endodontycznego (Ryc. 1 i 16). Badaniem klinicznym i radiologicznym stwierdzono brak odpowiedniej ilości kości w wymiarze pionowym lecz dostatecznej szerokości wyrostka zębodołowego. Ze względu na wysokość kości wyrostka zębodołowego wynoszącą 5 mm omówiono z pacjentem możliwość augmentacji kości poprzez podniesienie dna zatoki szczękowej. Ze względu na fakt, iż 5 mm jest wystarczającą

Streszczenie

Kwas hialuronowy, stosowany rutynowo w wielu dziedzinach medycyny zaczyna być z powodzeniem wykorzystywany również w nowoczesnej implantologii stomatologicznej. Poniższe przypadki kliniczne ilustrują zastosowanie kwasu hialuronowego w zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej metodą zewnętrzną, z jednoczesnym wszczepieniem dwóch implantów Bone Trust Plus (Medical Instinct).

Abstract

Used on a routine basis in many areas of medicine, hyaluronic acid is now starting to be successfully employed in modern oral implantology as well. The following clinical case illustrates the use of hyaluronic acid in an external sinus floor elevation procedure with simultaneous insertion of two Bone Trust Plus implants (Medical Instinct).



Ryc. 1. Sytuacja wyjściowa: brak zębów 14 i 15.
Ryc. 2. Preparacja płata śluzówkowo-okostnowego i odsłonięcie przedniej ściany zatoki szczękowej.
Ryc. 3. Pozostałości uszczelniacza widoczne na membranie Schneidera.

Fig. 1 Clinical baseline situation with missing teeth 14 and 15.
Fig. 2 Preparation of the mucoperiosteal flap to expose the vestibular wall of the maxillary sinus.
Fig. 3 Sealer residue on the Schneiderian membrane.

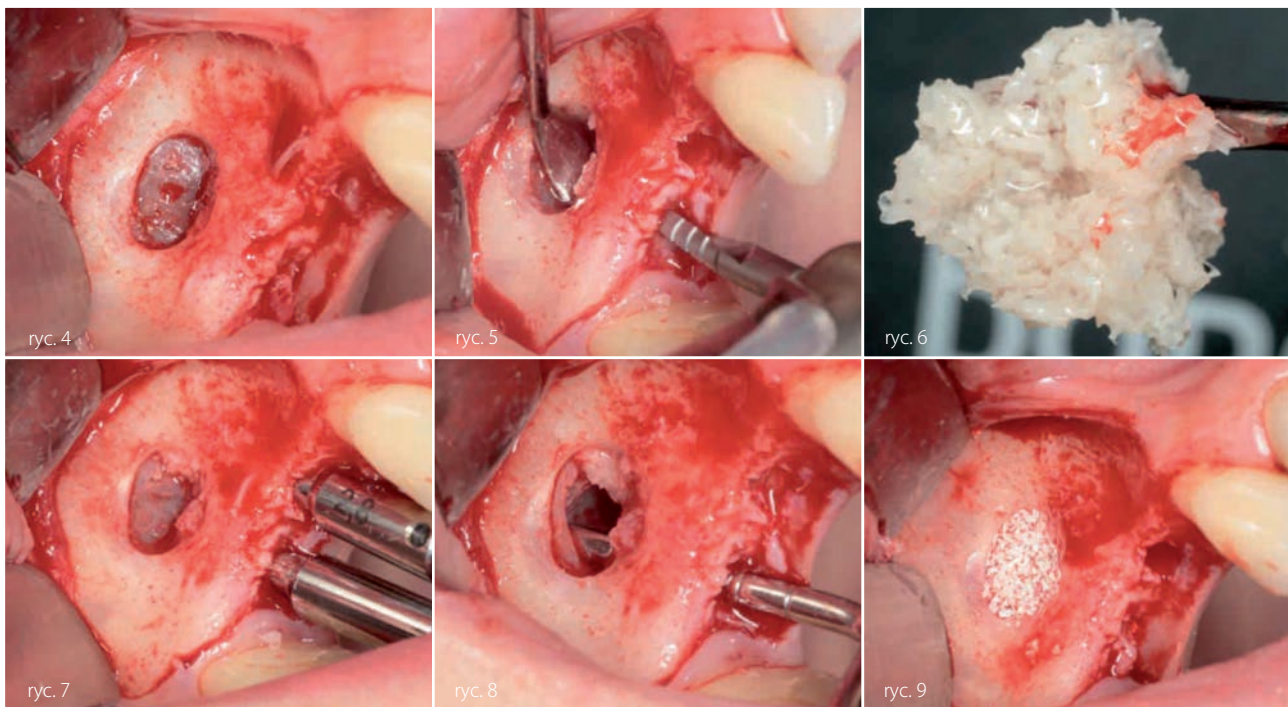
grubością kości dla uzyskania stabilności pierwotnej nowoczesnych wszczepów, podjęto decyzję o wprowadzeniu implantów podczas zabiegu augmentacji. Pacjentka została poinformowana o możliwości śródoperacyjnego wykorzystania kwasu hialuronowego w celu poprawy gojenia ran pozabiegowych.

W znieczuleniu miejscowym poprowadzono cięcie trapezowate i odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy (Ryc. 2). Odsłonięto przednią ścianę zatoki szczękowej i otworzono ją wiertłem diamentowym zgodnie z klasycznym schematem postępowania. Zabieg ten ujawnił pozostałości uszczelniacza znajdujące się bez-

pośrednio na membranie Schneidera (Ryc. 3). Rozdzielając tkanki na tępo, ostrożnie usunięto materiał, uważając, by pozostawić błonę nieuszkodzoną (Ryc. 4).

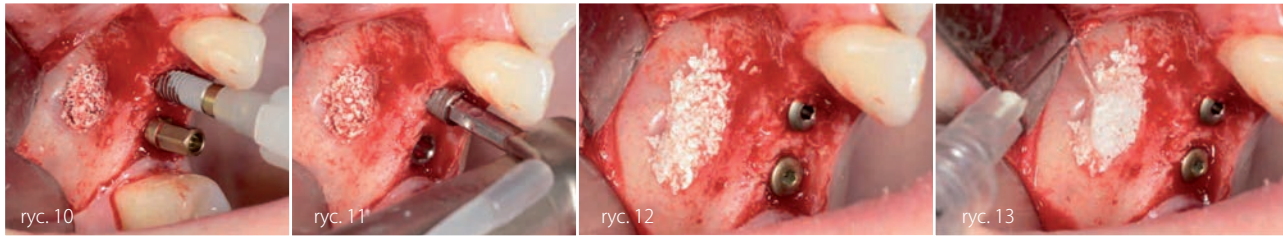
Następnie wykonano podniesienie dna zatoki. Łoża kostne implantów przygotowano przy pomocy zestawu wiertel Medical Instinct (Ryc. 5). Na tym etapie niezwykle ważne jest uniknięcie przypadkowej perforacji błony śluzowej zatoki szczękowej; wskazane jest jej chronienie tęnym narzędziem podczas zabiegu.

Po całkowitym opracowaniu łoża kostnego przystąpiono do dalszej augmentacji jamy zatoki szczękowej przy pomocy ma-



Ryc. 4. Pozostałości uszczelniacza usunięto bez naruszenia membrany.
Ryc. 5. Mechaniczna preparacja łoży implantów.
Ryc. 6. Materiał kośćczastępczy zmieszany z kwasem hialuronowym Tissue Support.
Ryc. 7. Piny do ustalenia równoległości.
Ryc. 8. Sondowanie łoży implantów.
Ryc. 9. Wprowadzenie materiału kośćczastępczego.

Fig. 4 The sealer residue has been removed without perforating the membrane.
Fig. 5 Mechanical preparation of the implant cavities.
Fig. 6 Augmentation material with Tissue Support.
Fig. 7 Parallelization pins in situ.
Fig. 8 Probing the implant cavity.
Fig. 9 Introducing the augmentation material.



Ryc. 10 Wprowadzenie dwóch implantów Bone Trust Plus.
Ryc. 11 Pozycjonowanie ostateczne implantów
Ryc. 12 Pierwotna stabilność implantów.
Ryc. 13 Wprowadzenie biomembrany Flex Barrier.

Fig. 10 Inserting two Bone Trust Plus implants.
Fig. 11 Positioning the final implant.
Fig. 12 Primary stability of the implants.
Fig. 13 Application of the Flex Barrier biomembrane.

teriału do sterowanej regeneracji kości, zmieszanego wcześniej zewnątrznie z kwasem hialuronowym (Tissue Support) (Ryc. 6 i 7). Olbrymią zaletą tej techniki jest doskonała plastyczność i ułatwienie formowanie augmentatu, wynikające z dodania kwasu hialuronowego Tissue Support LIQUI Gel. Pomaga to zapobiegać przemieszczaniu się materiału kościostępczego i zapewnia stabilność jego ułożenia (Ryc. 8 i 9).

Następnie wprowadzono dwa implanty Bone Trust Plus, któ-

aluron Acid Gel (Ryc. 13). Flex Barrier składa się z prostych oraz usieciowanych krzyżowo cząsteczek kwasu hialuronowego, opracowanych specjalnie dla potrzeb sterowanej regeneracji kości (GBR). Ze względu na znaczną lepkość, materiał ten jest gotowy do natychmiastowego zastosowania i zachowuje stabilność położenia. Po zakończeniu pokrycia miejsca augmentacji, ranę zaopatrzono bez naprężeń.



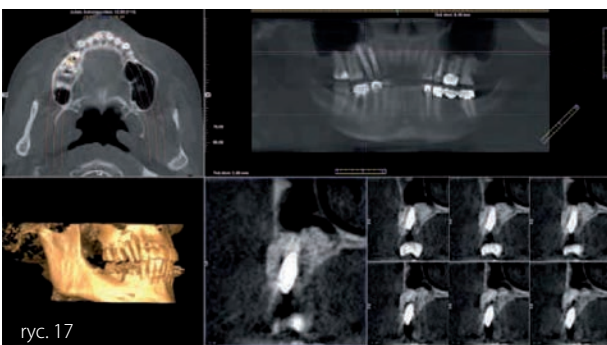
Ryc. 14 Odsłonięte implanty Bone Trust Plus.
Ryc. 15 Repozycja transferów wyciskowych
Ryc. 16 Profil warg pacjenta przed wprowadzeniem suprastruktury na implantach

Fig. 14 The exposed Bone Trust Plus implants.
Fig. 15 Repositioning pressure posts.
Fig. 16 Lip profile of the patient prior to insertion of the implant-supported superstructure.

re dzięki swojej makrostrukturze osiągają doskonałą stabilność pierwotną, nawet przy średniej jakości lub ilości kości. Usunięto przenośniki i wprowadzono śruby zamykające przy pomocy klucza sześciokątnego (Ryc. 10-12). Zapewniono boczne pokrycie miejsca augmentacji, a następnie wprowadzono Flex Barrier Hy-

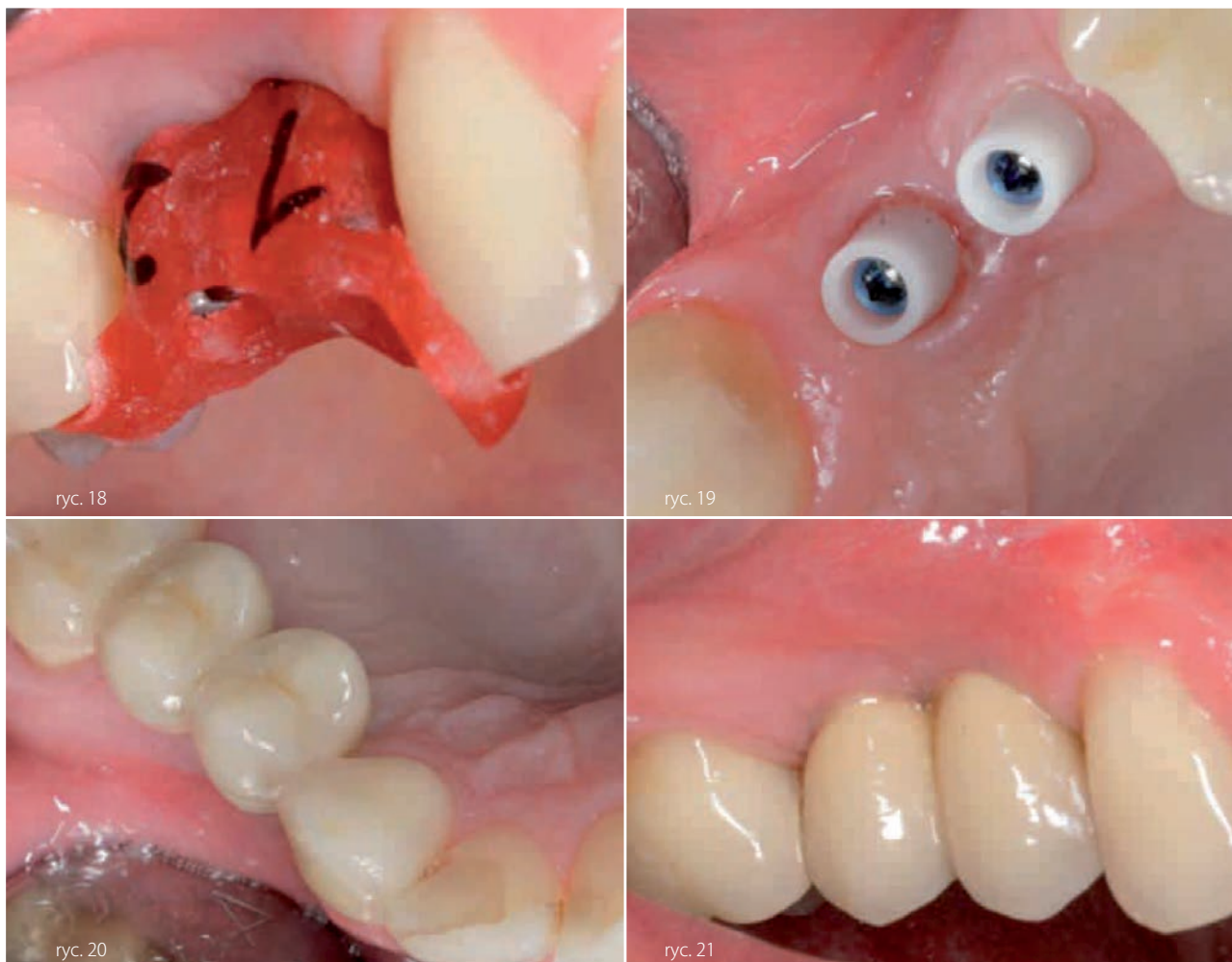
Cztery miesiące po zabiegu implantacji odsłonięto w znieczuleniu miejscowym implanty Bone Trust Plus. W badaniu klinicznym nie stwierdzono stanu zapalnego (Ryc. 14). Celem uzyskania prawidłowego kształtu tkanek miękkich, wokół implantu założono czapeczki gojące (gingiva-formery). Dziesięć dni później pobrano wyciski metodą zamkniętą przy pomocy techniki repozycji (Ryc. 15). W celu potwierdzenia prawidłowej augmentacji zatoki szczękowej oraz oceny prawdopodobieństwa osiągnięcia stabilnej osteointegracji wszczepionych implantów zastosowano obrazowanie trójwymiarowe przy pomocy tomografu stożkowego Gendex CB 500 (KaVo) (Ryc. 17). Zdjęcia uwiaryściły bardzo dobrą ossyfikację augmentatu, a transfery repozycyjne były we właściwej pozycji bez jakichkolwiek szpar.

System Implantów Bone Trust Plus produkowany przez Medical Instinct cechuje się doskonałą precyzją poszczególnych składników, umożliwiającą dokładne repozyjonowanie transferów wyciskowych. Po odlaniu modelu, w laboratorium przygotowano dwa indywidualne pełnoceramiczne łączniki oraz korony pełnoceramiczne w kształcie zębów przedtrzonowych. Po wykonaniu koron oba łączniki zostały przeniesione w miejsca wyznaczone



Ryc.17 Tomografia stożkowa ukazuje tworzenie kości w obszarze materiału kościostępczego po 4 miesiącach od zabiegu.

Fig. 17 The CBCT image shows very good ossification of the augmentation material after four months



Ryc. 18 Klucz z żywicy sprawdzający prawidłowe ustawienie łączników.

Ryc. 19 Sytuacja kliniczna przed zacementowaniem koron.

Ryc. 20 Korony ceramiczne po zacementowaniu.

Ryc. 21 Odbudowa protetyczna na implantach Bone Trust Plus w pozycji zębów 14 i 15

Fig. 18 Pattern resin index to test the correct placement of the abutments.

Fig. 20 All-ceramic crowns after cementing.

Fig. 19 Situation prior to cementing the crowns.

Fig. 21 Prosthetic placement of Bone Trust Plus implants at sites 14 and 15

przez klucz z żywicy, śruby mocujące natomiast dokręcono momentem obrotowym o wartości 25Ncm (Ryc. 18 i 19). Korony pełnoceramiczne zacementowano przy pomocy cementu Impla-Temp. Leczenie zakończono kontrolą okluzji i artykulacji (Ryc. 20 i 21).

Dyskusja

Według najnowszej literatury kwas hialuronowy ma pozytywny wpływ na proces gojenia ran oraz kości. W implantologii stanowi on idealną substancję nośną dla materiałów kościocząsteczkowych, znacznie ułatwiając ich stosowanie, a także przyspiesza proces tworzenia nowych osteoblastów.

Ze względu na znaczną lepkość, Flex Barrier wspomaga utrzymanie optymalnej ochrony pola zabiegowego i zapobiega jego infekcji. Z punktu widzenia ogólnych warunków klinicznych interesująca wydaje się jego rozpuszczalność i doskonała biokompatybilność oraz łatwość posługiwania się nim w trakcie zabiegów.

Autor, opierając swój osąd na obszernym doświadczeniu klinicznym w wykorzystaniu kwasu hialuronowego, uważa, że HA jest bardzo obiecującym materiałem, który może poprawić wyniki le-

czenia implantologicznego u wielu pacjentów.

Used on a routine basis in many areas of medicine, hyaluronic acid is now starting to be successfully employed in modern oral implantology as well. The following clinical case illustrates the use of hyaluronic acid in an external sinus floor elevation procedure with simultaneous insertion of two Bone Trust Plus implants (Medical Instinct).

Hyaluronic acid is a component of the extracellular matrix in virtually all types of tissues. In terms of chemistry, it is a naturally occurring polysaccharide belonging to the class of glycosaminoglycans (GSG). Many body cells are capable of producing hyaluronic acid in their cell membranes, thereby securing important metabolic transport pathways. Besides these general properties of hyaluronic acid, it is also known that this substance is involved in various phases of wound healing. It promotes cellular proliferation, cell migration, and neoangiogenesis. The literature also documents the anti-bacterial and anti-inflammatory properties of hyaluronic acid.

Clinical case

A 28-year-old woman presented at our implant practice requesting insertion of a permanent implant at sites 14 and 15. The teeth had had to be removed at another clinic as a result of failed endodontic procedures (Figs. 1 and 16). Clinical and radiological examinations showed a lack of adequate vertical bone but an adequate width of the alveolar ridge. Given that the residual vertical bone height was 5 mm, we discussed with the patient augmentation in the form of a sinus floor elevation. Since 5 mm of residual bone is usually sufficient for an adequate primary stability when using a modern implant system, we planned to insert the implants at the same time as the augmentation procedure.

The patient was informed about the option of an additional intraoperative application of hyaluronic acid to improve wound healing.

A trapezoid incision was made under local anaesthesia to reflect a mucoperiosteal flap (Fig. 2). The vestibular portion of the maxillary sinus was exposed and a maxillary sinus cover was prepared with a diamond burr according to the classical protocol. This process revealed residue of a sealer located directly on the Schneiderian membrane (Fig. 3). Using blunt dissection, this was removed, taking care to preserve the integrity of the Schneiderian membrane to the maximum extent possible (Fig. 4).

Then we performed the elevation. The implant cavities were mechanically prepared using a Medical Instinct drill set (Fig. 5). Here it is important to ensure avoiding any ac-

cidental perforation of the mucosa of the maxillary sinus; it is clinically beneficial to protect the mucosa with a blunt instrument.

After complete preparation of the implant cavities, we continued by augmenting the sinus cavity with a bone regeneration material, which we had mixed with hyaluronic acid (Tissue Support) extraorally (Figs. 6 and 7). The great advantage of this technique is the plasticity or formability of the augmentation material resulting from the addition of Tissue Support hyaluronic Acid Liqui Gels. This helps prevent any displacement of the regeneration material and assures a high level of positional stability (Figs. 8 and 9).

Next we inserted two Bone Trust Plus implants, which achieve excellent primary stability due to their specific macro-design, especially in the presence of intermediate bone quality or quantity. We removed the insertion posts using the hexagonal screwdriver, and inserted the locking screws (Figs. 10 to 12). Lateral coverage of the augmentation followed using Flex Barrier Hyaluronic Acid Gel (Fig. 13). Flex Barrier consists of simple and crosslinked hyaluronic acids and was developed especially for guided bone regeneration (GBR). Because of its high viscosity, this material is readily applicable and has high positional stability. After complete coverage of the augmentation, the wound was closed in a tension-free manner.

Four months after the implant insertion, surgery to expose the two Bone Trust Plus implants was performed under local anaesthesia. Our examination showed inflammation-free clinical conditions (Fig. 14). Two gingiva formers were inserted to shape the peri-implant structures.

Ten days later, closed impressions were obtained using a repositioning technique (Fig. 15). To confirm the success of the augmentation in the area of the maxillary sinus and to verify that permanent osseointegration of the implants could be anticipated, we obtained a three-dimensional X-ray image using the Gendex CB 500 (KaVo) (Fig. 17). The

X-ray images showed very good ossification of the augmentate, and the two repositioning pressure posts were properly in place without any gaps.

The Bone Trust Plus implant system by Medical Instinct is impressive for the great precision of its components, enabling precise repositioning of the impression copings. After constructing a model, two all-ceramic abutments were individually prepared, and an all-ceramic superstructure in the form of two premolars was prepared in the dental laboratory.

After completion of the crowns, both abutments were inserted using a patternresin key and the two retaining screws were attached with 25 Ncm of torque (Figs. 18 and 19). The all-ceramic crowns were cemented with ImplaTemp cement, and the treatment session concluded with occlusion and articulation checks (Figs. 20 and 21).

Discussion

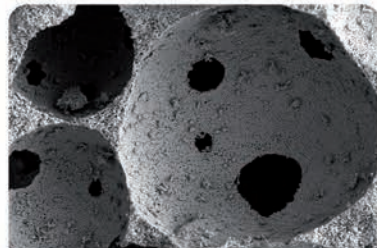
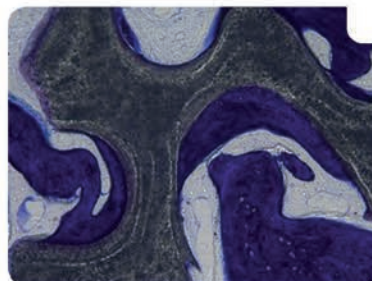
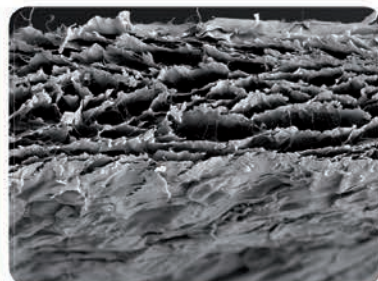
We know from the literature that positive effects have been ascribed to hyaluronic acid with respect to wound and bone healing. In implantology, hyaluronic acid represents an ideal carrier material for bone regeneration materials, because hyaluronic acid significantly improves their application. Moreover, it augments the formation rate of new osteoblasts.

Because of its viscosity, Flex Barrier contributes to the optimal shielding of the surgical site and thereby helps prevent bacterial contamination of the surgical field. Particularly interesting in general clinical terms are the very good handling properties of the material, its resorbability and good biocompatibility.

Based upon the author's extensive clinical experience with hyaluronic acid, he regards it as a highly promising material for improving therapeutic outcomes in patients.

Materiał był wcześniej publikowany w EDI-Journal nr 4/2013, 64-68.

reklama



Sterowana regeneracja tkanek

- syntetyczne i naturalne materiały kościostępcze
- materiały hemostatyczne i membrany
- Osseo^{Plus} Transfer - zestaw do przeszczepów kości
- jakość "Made in Germany" w uczciwej cenie

Więcej na temat produktów BEGO Implant Systems na: www.dental.pl

PRODUKTY
W 100% WYKONANE
W NIEMCZECH

POZNAJ SZCZEGÓŁY OFERTY
TEL. 22 717 58 70

DENON
DENTAL

CEDE 2014 STOISKO 3D.2 PAW. 8

NATURALIZE

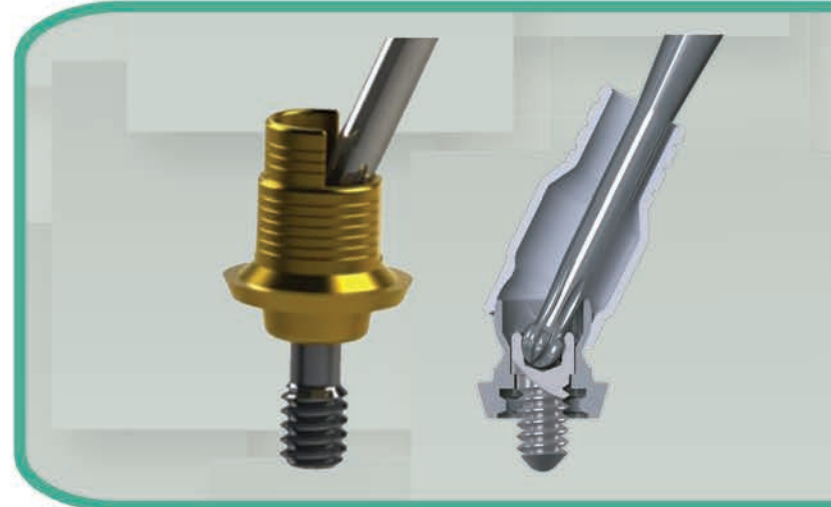
Flex barrier to specjalistyczny preparat na bazie kwasu hialuronowego umożliwiający rekonstrukcję, odbudowę i modelowanie tkanek miękkich.

Tissue support to innowacyjny produkt mający szerokie zastosowanie w implantologii, periodontologii i stomatologii estetycznej.



DYNAMIC ABUTMENT SOLUTIONS

- Abutmenty o swobodzie ruchu od 0° do 28°
- Podstawy tytanowe do systemów CAD/CAM
- Kompatybilny z większością systemów implantologicznych m.in. Astra, Nobel, Straumann, Biomet 3i i wiele innych
- Już ponad 50.000 Dynamicznych Abutmentów zostało założonych w krajach Unii Europejskiej



DIO IMPLANT

- Połączenie HEX 2,5 mm
- Powierzchnia HSA
- Platform Switching
- Wiertła produkowane przez Millfer Swiss®
- Indywidualne łączniki
- Praktyczne szkolenia w kraju i za granicą



Leading Implant Centers wzbudza poruszenie w implantologii stomatologicznej

Prof. Ady Palti



Richard Schneider

Zug, Lipiec 2014 |

W dobie wzrastającej liczby tytułów, którymi posługują się lekarze dentyści, bardzo niewielu pacjentów wie, o czym mówią wiszące na ścianach poczekalni certyfikaty kształcenia i doskonalenia zawodowego. Dżungla informacji w Internecie, a przede wszystkim, portale oceny lekarzy dentyistów, na których można znaleźć niepochlebne wypowiedzi, tym bardziej utrudniają pacjentom obiektywne spojrzenie na to zagadnienie.

Leading Implant Centers, niezależny portal internetowy poświęcony dziedzinie implantologii, istnieje na rynku od roku i powstał z myślą zaradzenia temu problemowi. Kryteria przyjęcia są zgodne z obowiązującymi w renomowanych i uznanych na arenie międzynarodowej towarzystwach implantologicznych. Dla przyjęcia implantologa i umieszczenia na liście tego portalu znaczenie ma wyłącznie jakość posiadanego wykształcenia oraz zdane egzaminy i posiadane certyfikaty poświadczające nabyte umiejętności w dziedzinie implantologii.

Richard M. Scheider, dyrektor zarządzający portalem i dr Ady Palti, profesor kliniczny Uniwersytetu Nowojorskiego, członek Komisji Naukowej, pionier i ekspert w dziedzinie implantologii stomatologicznej wyjaśniają aktualną sytuację dotyczącą kształcenia implantologicznego oraz znaczenie portalu internetowego na rynku implantologicznym.

Panie Dyrektorze, dlaczego założył Pan portal internetowy Leading Implant Centers i co wyróżnia właśnie ten portal spośród innych portali poświęconych implantologii?

Richard Schneider: Jesteśmy jedynym portalem internetowym, który weryfikuje posiadane przez lekarzy implantologów egzaminy/certyfikaty, zanim zostaną oni przyjęci na członków społeczności portalu. Eksperti w dziedzinie implantologii, których lista znajduje się na naszym portalu, to specjaliści prezentujący najwyższy na rynku poziom wykształcenia i certyfikacji. Głównym celem istnienia naszej strony jest umożliwienie pacjentom znalezienia odpowiednio wykwalifikowanego implantologa oraz zapewnienie im ważnych informacji przed podjęciem leczenia. Dlatego też chcemy sprawić, aby rynek usług implantologicznych był transparentny i prezentował prawdziwą wiedzę o jakości wykształcenia umieszczonych na naszej liście ekspertów.

Zawodowe towarzystwa dentyistyczne posiadają wprawdzie strukturę kształcenia zapewniającą uzyskanie wysokich kwalifikacji,

nie mogą jednak, z powodów politycznych, dokonywać różnicowania pomiędzy dentyistami czy też wyróżniać w jakiś sposób, tych o wysokich kwalifikacjach. Powoduje to, że również Państwo nie możecie przekazywać pacjentom w sposób bezpośredni i wyraźny, że są implantolodzy o najwyższym poziomie wykształcenia potwierdzonym certyfikatami, jak i dentyści o niższym poziomie kwalifikacji.

Zanim założyliśmy nasz portal, byliśmy zaskoczeni tym, ile stron internetowych poświęconych implantologii nie brało w ogóle pod uwagę, ani nie sprawdzało kwalifikacji implantologów. Byliśmy i wciąż jesteśmy negatywnie zaskoczeni widniejącymi na tych stronach upięszonymi ocenami niektórych dentyistów, na których widniały wcześniej opinie o co najmniej wątpliwym charakterze. Na szczęście, wielu konsumentów i pacjentów jest tego świadomych i nie polega już tak łatwo na takich ocenach. Złe oceny były po prostu usuwane z tych stron, a pozostawiano tylko korzystne.

Kiedy zatem samemu jest się zainteresowanym danym tematem i szuka się opinii innych osób, staje się często przed dylematem braku zaufania do uzyskiwanych informacji. Albo ma się szczęście i trafi na dobrą społeczność internetową, albo – i to z pewnością zdarza się wielu pacjentom, przeżywa się rozczarowanie.

Panie Profesorze, z Pana inicjatywy powstało 10 lat temu Niemieckie Towarzystwo Implantologiczne (DGOI), którego prezydentem był Pan przez sześć lat. Zna Pan zatem doskonale rynek usług implantologicznych. Dlatego kieruję do Pana pytanie, dlaczego jest to tak ważne, aby Koleżanki i Koledzy podejmowali kształcenie podyplomowe w dziedzinie implantologii i kończyli certyfikowane kursy?

Prof. Ady Palti: Towarzystwa zawodowe popierają koleżeńską, ducha pracy zespołowej oraz wysokiej jakości kształcenie podyplomowe lekarzy dentyistów, techników dentyistycznych i asystentek. Ścisła współpraca świata nauki i praktyki oraz liczne kontakty na poziomie krajowym i międzynarodowym to mocne strony towarzystw. Kształcenie i doskonalenie zawodowe jest bardzo ważne, ponieważ sprawia, że Koleżanki i Koledzy stają przed pacjentami z czystym sumieniem. Uczestnicząc w takich szkoleniach można zdobyć wiedzę teoretyczną i nauczyć się od doświadczonych implantologów wielu praktycznych procedur. W regionalnych grupach szkoleniowych dochodzi do wymiany doświadczeń, a doświadczone Koleżanki i Koledzy służą pomocą i radą. Podejmowanie doskonalenia swoich umiejętności powinno być oczywistością dla każdego lekarza dentyisty.

Ilu jest dentystów, przykładowo w Niemczech, którzy spełniają kryteria przyjęcia na listę implantologów rekomendowanych przez portal internetowy i jakie są to kryteria?

Richard Schneider: Ważnym zagadnieniem w dziedzinie implantologii jest rosnący i lukratywny dla dentystów rynek usług implantologicznych. Stąd też coraz większa liczba lekarzy dentystów organizuje się w różnych krajowych i międzynarodowych towarzystwach i podejmuje dalsze kształcenie. W rzeczywistości jednak tylko ok. 2 % wszystkich działających dentystów może się u nas zarejestrować. Informujemy o tym fakcie odwiedzających nas pacjentów.

Kryteria przyjęcia są surowe: Leading Implant Centers przyjmuje na członków tylko takich lekarzy dentystów, którzy w swoich towarzystwach zawodowo-naukowych mogą wykazać się posiadaniem najwyższej jakości wykształcenia i ukończeniem certyfikowanych szkoleń z dziedziny implantologii stomatologicznej i/lub posiadają stopień lekarza specjalisty.

Każdy członek musi dodatkowo wykazać się posiadaniem czteroletniego doświadczenia zawodowego w dziedzinie implantologii stomatologicznej, ukończeniem odpowiednich szkoleń i posiadaniem certyfikatów oraz odpowiednio udokumentowanym samodzielnym wprowadzeniem przynajmniej 200 implantów.

Dlaczego jest tak niewiele dobrze wykształconych implantologów oraz czy to prawda, że wielu dentystów, którzy nie posiadają odpowiedniego wykształcenia, zajmuje się implantologią?

Prof. Ady Palti: Wykształcenie oraz doskonalenie wiedzy i umiejętności z zakresu implantologii są bardzo czasochłonne, aczkolwiek obserwujemy bardzo pozytywny trend, że wiele Koleżanek i Kolegów rozumie, że obranie takiej drogi się opłaca. Niestety, to prawda, że implantologiem może okrzyknąć się każdy dentysta, ponieważ tytuł ten nie jest zastrzeżony.

A które specjalności dentystyczne są chronione prawnie i godne polecenia lekarzom dentystom chcącym podjąć szkolenie specjalizacyjne?

Prof. Ady Palti: Chronione prawnie są tytuły, które można uzyskać po certyfikowanych szkoleniach uznanych przez naukowe towarzystwa stomatologiczne. Nie można jednak niestety zastrzec kształcenia w ogóle.

Panie Dyrektorze, jakie cele Pan stawia przed sobą w następnych latach prowadząc portal?

Richard Schneider: Jak już wspominałem, najważniejsze jest dla nas osiągnięcie transparentności dla wyedukowanych pacjentów. Kolejnym celem jest, aby nasz portal był pierwszym odwiedzanym adresem w poszukiwaniu kwalifikowanego implantologa, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Dlatego też pragniemy zbudować działającą w szerokim zakresie i na poziomie międzynarodowym sieć implantologów pod marką Leading Implant Centers. Chciałbym tu też podkreślić, że nie jesteśmy portalem prowadzącym ranking. Oznacza to, że oceniamy i prezentujemy implantologów, kierując się tylko posiadanymi przez nich kwalifikacjami. Jest to dla nas jedyne twarde kryterium.

Do dnia dzisiejszego funkcjonujemy w 25 krajach. Rada naukowa składa się z ośmiu implantologów, pochodzących z sześciu różnych krajów i posiadających wieloletnie doświadczenia, w tym również w zakresie kształcenia implantologów.

Pozytywny oddźwięk ze strony wykwalifikowanych implanto-

logów sprawia, że ciągle poszerzamy zakres naszej działalności w wymiarze międzynarodowym, co jest przede wszystkim z korzyścią dla pacjentów. Udzielamy pomocy przez informację, dzięki czemu świadomy pacjent może z dobrym samopoczuciem i pewnością poddać się planowanym zabiegom.

Chcemy ponadto poprzez taką działalność naszego portalu wzbudzić wśród dentystów silny popyt na kształcenie się w dziedzinie implantologii, ponieważ tylko w ten sposób będziemy mogli budować szeroką ofertę dobrych implantologów. Dzięki temu możemy odpowiedzieć pacjentom na ważne pytanie: „Jak znaleźć dobrego implantologa?”.

A co decyduje o odniesieniu sukcesu w implantologii?

Prof. Ady Palti: Po pierwsze, co oczywiste, wykształcenie i dalsze doskonalenie umiejętności oraz doświadczenie w praktyce zawodowej. W podejściu do pacjenta, dobry implantolog powinien natomiast przekonywać umiejętnościami otwartej komunikacji oraz wysokim stopniem empatii na etapie proponowania planu leczenia, a konkretnie przejrzystością w omawianiu kosztów, metody postępowania i stosowanych materiałów. Szczególnie pacjenci, którzy wykazują wysoki poziom lęku, potrzebują w procesie leczenia empatii i cierpliwości ze strony implantologa.

Panie Dyrektorze, jaki sygnał chce Pan przekazać lekarzom dentystom?

Richard Schneider: Przede wszystkim chciałbym podziękować za zaufanie wszystkim członkom i radzie naukowej. Nasi dotychczasowi członkowie są zachwyceni tym, ile zyskali dzięki naszemu portalowi i z tego też powodu chcą przekonać Koleżanki i Kolegów do zarejestrowania i zaprezentowania się na naszej platformie. Osiągnięcie transparentności w środowisku lekarzy dentystów praktykujących w dziedzinie implantologii jest w końcu niezmiernie godnym i wartym wsparcia zadaniem. Każdy, kto stale inwestuje w swoje doskonalenie zawodowe i poszerza swoją wiedzę o najnowsze doniesienia, co może udokumentować odpowiednimi certyfikatami, musi w końcu posiadać interes w tym, aby na pierwszy rzut oka wyróżniać się od tych kolegów, którzy nie podejmują takich starań. Ponieważ jedno jest pewne: mało kto jest w stanie interpretować, a co dopiero oceniać kwalifikacje implantologa na podstawie świadectw, certyfikatów czy wypowiedzi, które są w obiegu na rynku.

Pomoc może zatem tylko konsekwentne wyjaśnianie i transparentność. Do tego przyczynia się aktywnie Leading Implant Centers i dlatego istnienie tego portalu zasługuje na wsparcie.

Bardzo dziękuję za ten krótki wywiad.

Wywiad przeprowadziła Anja Thunert

www.leadingimplantcenters.com



Wiesław Długosz¹

Quasipodmiot leczniczy - praktyka indywidualna zatrudniająca lekarzy na kontrakcie.

Quasi health-care entity – individual practice for dentists employed on contractual basis

¹APB Kancelaria Brokerska
90-437 Łódź Al. Kościuszki 80/82 pokój 302
(42) 663 11 50, 691 968 693
wieslaw.dlugosz@apb-broker.pl

Wielu lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską zatrudnia innych lekarzy, najczęściej na zasadzie tzw. kontraktu, bez rejestracji podmiotu leczniczego. W skrajnym przypadku indywidualna praktyka lekarska nazywana jest kliniką i wykonuje świadczenia szpitalne. Te quasipodmioty lecznicze kierują się dość prostą motywacją ograniczania kosztów własnej działalności oraz fałszywym przekonaniem, że nie obciążają się odpowiedzialnością za szkody wyrządzone przez zatrudnionych lekarzy oraz, że ta forma działalności nie rodzi innych negatywnych konsekwencji. Tymczasem działalność quasipodmiotów leczniczych rodzi dość duże zagrożenie dla właścicieli tych praktyk lekarskich, a także spowodować komplikacje na pacjentów i zatrudnionych lekarzy.

Przypomnijmy krótko podstawowe zasady, których dalsze konsekwencje posłużą do wyjaśnienia zagadnienia.

u.d.l. - Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

u.z.l.l.d. - Ustawa z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

CEIDG - Centralna Ewidencja Działalności Gospodarczej; www.ceidg.gov.pl.

RPWDL - Rejestr Podmiotów wykonujących działalność leczniczą; www.rpwdl.csioz.gov.pl, odrębny dla praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych.

Forma udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza:

- Na podstawie zatrudnienia się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.
- Jako przedsiębiorca. Dla tej formy wymagana jest rejestracja działalności gospodarczej w CEIDG oraz rejestracja podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego w RPWDL.

Zatrudnienie lekarza odbywa się w przedsiębiorstwie, najczęściej na podstawie umowy o pracę, na zasadach obowiązujących w Kodeksie Pracy. W tej kategorii potocznie mówi się o zatrudnieniu na podstawie umów zlecenia czy o dzieło, które są de facto przyjęciem umowy cywilno-prawnej (zlecenia), dla której zasady opisuje Kodeks Cywilny.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą wg. u.d.l.:

Praktyki zawodowe – działalność indywidualna lekarza przedsiębiorcy we wszystkich swych odmianach (indywidualna, grupowa praktyka lekarska, specjalistyczna, w miejscu wezwania, wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego).

Podmioty lecznicze - przedsiębiorcy (we wszystkich formach, działalności jednoosobowej lub spółki), a także samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia itd. „Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego” art. 5. ust. 3 u.d.l.

Podwykonawcą jest przedsiębiorstwo, które w ramach swej działalności przyjmuje zlecenie (kontrakt) na wykonanie części usług realizowanych przez głównego wykonawcę, który zawarł z pacjentem umowę o wykonanie świadczenia leczniczego. Np. podwykonawcą będzie chirurg zarejestrowany, jako „indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”, którym szpital posługuje się do udzielenia świadczeń leczniczych pacjentom szpitala.

Kontrakt, w kontekście wykonywania świadczeń leczniczych, jest umową między podmiotami gospodarczymi, które określają swoje wzajemne zobowiązania i korzyści. Np. przykład relacja między szpitalem a podwykonawcą. Kontraktem nie będziemy nazywać zatrudnienia lekarza, jako osoby (nieprowadzącej działalności gospodarczej) na umowie zlecenia lub o dzieło.

Odpowiedzialność deliktowa i kontraktowa.

Odpowiedzialność deliktowa sprawcy, który z winy swojej wyrządził szkodę poszkodowanemu bez związku z relacją umowną (zobowiązaniem) między tym poszkodowanym a sprawcą. Art. 415 kc, „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Np. nieumyślne, nieostrożne działanie lekarza dentysty spowodowało, że pacjent doznał obrażenia oka, lub narzędzie endodontyczne wpadło mu do gardła. Praktycznie każde spowodowanie obrażeń ciała pacjenta rodzi odpowiedzialność deliktową.

Odpowiedzialność kontraktowa zobowiązanego (udzielającego świadczeń leczniczych) wynikająca z stosunku umownego, który polega m.in. na porady, starannym leczeniu, zgodnie z zasadami sztuki, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami. Tu z art. 471 kc. wynika zobowiązanie do naprawienia szkody wynikającej m.in. z: błędów w sztuce, niestaranności, niewłaściwego rozpoznania, braku zapewnienia pacjentowi odpowiedniego standardu świadczeń leczniczych, itp.

Należy podkreślić, że w przypadku udzielania świadczeń leczniczych, ta sama przyczyna szkody może rodzić jednocześnie oba rodzaje odpowiedzialności: deliktową i kontraktową. Od pacjenta zależy wybór podstawy prawnej dochodzenia roszczeń.

Odpowiedzialność za pracowników.

Zgodnie z art. 120 kp, pracodawca jest wyłącznym odpowiedzialnym za szkodę wyrządzoną przez pracownika.

Odpowiedzialność za zleceniobiorców, w tym podwykonaw-

ców, kształtuje kodeks cywilny odmiennie w zależności od rodzaju odpowiedzialności. W przypadku odpowiedzialności:

Deliktowej - zleceniodawca ponosi odpowiedzialność:

- Na podstawie art. 429 kc., **chyba, że zleceniodawca nie ponosi winy w wyborze**, albo że wykonanie powierzył osobie lub przedsiębiorstwu, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności. Na przykład: zatrudniając specjalistę do wykonania określonego zabiegu zleceniodawca nie ponosi odpowiedzialności, ale ponosiłby odpowiedzialność gdyby powierzył innej osobie, która nie ma odpowiedniego przygotowania zawodowego.
- Na podstawie art. 430 kc, **gdy zleceniobiorca podlega jego kierownictwu** i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Na przykład, zatrudniając pomoc dentystyczną na umowę zlecenia „pracodawca” ponosi pełną odpowiedzialność za szkody deliktowe.

Kontraktowej - zleceniodawca ponosi bez wyjątku pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez zleceniobiorcę, zgodnie z art. 474 kc. Zatem szkody wyrządzone przez błąd w sztuce zleceniobiorcy, np. złe rozpoznanie, złe wykonanie zabiegu, niewłaściwa porada, rodzą odpowiedzialność zleceniodawcy.

Roszczenie zwrotne głównego wykonawcy do osób, którymi się posłużył.

Podmiot, który udzielił świadczeń zdrowotnych i wypłacił pacjentowi odszkodowanie za szkodę, wyrządzoną przez pracownika, zleceniobiorcę lub podwykonawcę, będzie mógł do nich wstąpić z roszczeniem zwrotnym, tj. żądaniem od sprawcy zwrotu wypłaconego odszkodowania. W przypadku wyrządzenia szkody przez:

Pracownika – do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 kp), chyba, że pracownik wyrządził szkodę umyślnie, wtedy do 100 % wypłaconego odszkodowania,

Zleceniobiorcy i podwykonawcy do 100% wypłaconego odszkodowania, jednak nie więcej niż w stopniu przyczynienia się do szkody.

Roszczenie regresowe zakładu ubezpieczeń

Jeżeli to zakład ubezpieczeń wypłaci pacjentowi odszkodowanie z polisy OC zobowiązanego podmiotu, to w myśl art. 828 kc. przechodzi na niego roszczenie zwrotne tego podmiotu, do osoby odpowiedzialnej za szkodę (pracownika, zleceniobiorcy lub podwykonawcy). Roszczenie regresowe przysługuje ubezpieczycielowi do wysokości wypłaconego odszkodowania.

Indywidualna praktyka lekarska nie może zatrudniać innych lekarzy.

Każdy lekarz może utworzyć przedsiębiorstwo w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i wybrać dowolnie: rejestrację praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego.



Podmioty lecznicze są z zasady strukturami większymi, zarówno w sensie majątkowym jak i osobowym, które bez ograniczeń mogą zatrudniać lekarzy zarówno na umowę o pracę, zlecenie, czy posługiwać się podwykonawcami do stałego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Praktyki zawodowe, w tym indywidualna i grupowa praktyka lekarska, są działalnościami wykonywanymi osobiście, jak sama nazwa wskazuje indywidualnie, a w przypadku grupowej praktyki przez grupę zidentyfikowanych osób działających razem. U.z.l.d. w art. 53 ust. 2. dopuszcza w indywidualnej i grupowej praktyce zawodowej zatrudnianie innych lekarzy tylko w dwóch przypadkach, w celu:

- Odbycia stażu lub szkolenia,
- „Udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego” pod warunkiem poinformowania organu prowadzącego rejestr (OLI) o zatrudnieniu zgodnie z art. 53. ust. 3 u.z.l.d.

Wyjątek od zasady osobistego/indywidualnego wykonywania świadczeń leczniczych ma na celu wyłącznie „zapewnienie większej liczby miejsc szkoleniowych dla systemu kształcenia lekarzy”. Natomiast zatrudnianie w „celu udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego” ma charakter jednostkowy i konkretny oraz w określonym celu. Zwracamy tu uwagę na użycie słów „udzielenia” i „określonego”, które mają charakter zawężający, w odróżnieniu od słowa „udzielania” i „określonych”. Nie można „udzielenia określonego świadczenia” rozszerzać na stałe powierzenie pracy lekarzowi podwykonawcy czy pracownikowi. Lekarz prowadzący praktykę zawodową może jednorazowo zatrudnić innego lekarza, np. na umowę o dzieło lub zlecenie, czy nawet powołać podwykonawcę do konkretnego świadczenia leczniczego, np. anestezjologa, chirurga, implantologa lub innego specjalistę, który wykona określoną część świadczenia realizowanego przez głównego wykonawcę, wspólnie z nim, lub nawet zamiast niego.

W obu przypadkach (wspólnie lub zamiast niego) należy pamiętać również o indywidualności relacji z pacjentem, który od samego początku, gdy pojawił się w indywidualnej praktyce lekarskiej i wyraził zgodę na leczenie, to w sensie cywilnym zawarł umowę z przedsiębiorcą prowadzącym tę indywidualną praktykę lekarską, nie zaś z jego pracownikiem ani podwykonawcą. Przedsiębiorca ten, odpowiada nie tylko za czynności lecznicze wykonywane przez siebie, ale także za wszystkie inne czynności, których wykonanie powierzył, zgodnie z zasadami opisanymi wyżej. Każdy z nas, w sposób naturalny, stosuje i rozumie tą zasadę, gdy np. udaje się do szpitala, gdzie jest wielu pracowników, zleceniobiorców i podwykonawców. Jako pacjentów nie interesuje nas, na jakiej podstawie zatrudnienia dany lekarz udziela nam świadczeń leczniczych. W przypadku szkody złożymy roszczenie do szpitala i to od niego, jako od struktury większej z większym majątkiem i stosownie pewniejszym zabezpieczeniem finansowym w postaci ubezpieczenia OC, będziemy domagać się odszkodowania. Nic nie zwalnia bezpośredniego sprawcy szkody z odpowiedzialności, zgodnie z zasadami kodeksowymi. Jednakże sprawę ewentualnego roszczenia do osoby sprawcy szkody (pracownika, zleceniobiorcy, podwykonawcy) uznamy za drugorzędną, gdyż są to osoby zmienne w strukturze szpitala, być może nie mają majątku ani stosownego ubezpieczenia, z którego można zaspokoić roszczenie w całości, a równie dobrze mogą wyjechać z kraju i roszczenie będzie wysoce utrudnione. Należy również zauważyć, że większość szkód ma niejednorodną przyczynę i dodatkowo zależną od działania szeregu osób uczestniczących w procesie leczenia w danej placówce, w tym oczywiście od lekarza prowadzącego, ale także

od pozostałego personelu pomocniczego i zarządu placówki, którego obowiązkiem jest organizacja udzielania świadczeń leczniczych i wprowadzanie procedur bezpieczeństwa. Poszukiwanie indywidualnego sprawcy lub sprawców i ich stopnia przyczynienia się do szkody nie może opóźniać, ani ograniczać procesu odszkodowawczego dla pacjenta. Dlatego sprawy przyczynienia się do szkody rozpatrywane są w postępowaniu regresowym, po wypłacie odszkodowania dla pacjenta z polisy OC głównego zobowiązanego tj. głównego wykonawcy świadczenia leczniczego, z którym pacjent zawarł umowę.

Nie można odmówić racji osobom, które zauważają, że art. 53.



ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest wadliwie skonstruowany, co prowadzi do sporów w zakresie jego interpretacji. Jednak intencja ustawodawcy jest dość jasna i potwierdzona m.in. w odpowiedzi podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 21258 w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej i zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, z dnia 7 kwietnia 2011 r. **„Indywidualna praktyka lekarska ma umożliwić ”indywidualne”, jak wskazuje nazwa, wykonywanie zawodu lekarza. Jest to praktyka w swej istocie jednoosobowa...”**.

Większość opinii prawnych, zamawianych przez OIL, na temat art. 53. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazuje na: niejasną redakcję przepisu, niefortunność legislacyjną, ograniczenie swobody działalności gospodarczej, ograniczenie konstytucyjnej równości wobec prawa. Niektóre opinie zawierają nawet wnioski o usunięcie art. 53 u.z.l.d.

Zgadzam się z zarzutami niejasnej reakcji i niefortunności legislacyjnej, ale trudno zgodzić się zarzutem ograniczenia swobody działalności gospodarczej czy nierówności wobec prawa, gdyż lekarze mogą, bez wyjątku, zarejestrować podmiot leczniczy, w którym bez ograniczeń mogą zatrudniać innych lekarzy. A co do równości wobec prawa to odwróćmy sytuację i zastanówmy się, co mają powiedzieć lekarze przedsiębiorcy, którzy utworzyli podmioty lecznicze i ponieśli z tego tytułu wyższe koszty:

- Dostosowania pomieszczeń w celu spełnienia wyższych wymagań sanitarnych i fachowych pomieszczeń i urządzeń w tym dostępu osób niepełnosprawnych,
- Rejestracji podmiotu leczniczego u wojewody,
- Ubezpieczenia OC.

Gdyby zgodzić się z interpretacją, że praktyka indywidualna może zatrudniać innych lekarzy, to właśnie lekarze tworzący podmioty lecznicze byłiby stawiani w niekorzystnej sytuacji i nierówności wobec prawa, jak również ich pozycja konkurencyjna byłaby gorsza niż quasipodmiotów leczniczych.

Dysonując pomieszczeniami, sprzętem i personelem pomocniczym praktyka indywidualna zaprasza do współpracy innych lekarzy, najczęściej prowadzących własne indywidualne praktyki, którzy chętnie skorzystają z przygotowanego miejsca, umawiania pacjentów, dobrej lokalizacji i pozycji marketingowej, a nazewnictwo typu „klinika”, podkreślające powagę, status i skalę stworzy poczucie bezpieczeństwa dla personelu i pacjentów. Tymczasem, zgodnie z art. 89 ust. 6 u.d.l., oznaczenia „klinika” mogą używać wyłącznie podmioty udostępniające uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia „kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia”. Nazwa ta jest ustawowo zastrzeżona, tak samo jak nazwy: adwokat, radca prawny czy broker ubezpieczeniowy.

Niefortunność tworzenia zapisów prawa połączona z naturalną tendencją to rozszerzania zakresu działalności możliwie niskim kosztem oraz niskim poziomem kontroli działalności leczniczej prowadzi do dość powszechnego zacierania granicy między podmiotem leczniczym a praktyką lekarską, w skrajnych przypadkach prowadząc do zatrudniania w jednej praktyce zawodowej kilkunastu lekarzy, a także wykonywania w niej świadczeń szpitalnych, które można wykonywać wyłącznie w ramach działalności szpitala, który może być utworzony wyłącznie przez podmiot leczniczy (patrz art 2, ust.1 pkt. 9 u.d.l.) nie zaś indywidualną praktykę leczniczą.

Odkrycie nieprawidłowości jest dość proste nawet na odległość.

- Na stronie internetowej quasipodmiotu leczniczego widać ilość lekarzy pracujących w danej praktyce indywidualnej, która na wzór szpitala, zatrudnia ich na kontrakcie w fałszywym przekonaniu, że nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody przez nich wyrządzone.
- W szerokiej ofercie i osiągnięciach spotykamy również świadczenia szpitalne, w tym także z zakresu skomplikowanej chirurgii plastycznej.
- W internetowym rejestrze RPWDL można stwierdzić wykonywanie działalności w formie praktyki zawodowej nie zaś podmiotu leczniczego.

Umowy między quasipodmiotem leczniczym a lekarzami.

W większości przypadków lekarze współpracujący z quasipodmiotem leczniczym nie mają żadnych umów, po prostu wykonują świadczenia dla pacjentów quasipodmiotu, a rozliczenie następuje na podstawie uzgodnionego podziału korzyści. Mimo braku pisemnej relacji, należy uznać, że strony łączy umowa zlecenia między podmiotami gospodarczymi, gdzie współpracujący lekarz jest podwykonawcą. Spisanie umowy niewiele zmienia, poza ewentualnym wzajemnym określeniem obowiązków i bardzo częstym ustaleniem, że to lekarz zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody w sprzęcie quasipodmiotu oraz wyrządzone pacjentom, co w domyśle miało oznaczać, że quasipodmiot za nic nie odpowiada. Tymczasem, nawet bez spisania umowy w zakresie szkód polegających na zniszczeniu mienia quasipodmiotu i tak odpowiada za nie podwykonawca, gdyż: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia” (art. 415 kc). Natomiast w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi, żadna relacja umowna między quasipodmiotem a podwykonawcą (lekarzem), nie może zmienić ogólnych zasad odpowiedzialności, określonych przez kodeks cywilny. Pacjent przychodzący do „kliniki” quasipodmiotu leczniczego

nie może ponosić negatywnych konsekwencji umów zawartych z jego podwykonawcami. Dodatkowo pacjent zawarł umowę o udzielenie świadczenia leczniczego (najczęściej niepisaną) z quasipodmiotem, a nie z jego podwykonawcą, czego dowodem będzie m.in. oznaczenie miejsca udzielania świadczeń i paragon. Zatem obowiązywać będą zasady ogólne opisane we wstępie i dlatego quasipodmiot będzie musiał w większości przypadków ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez lekarza podwykonawcę, oczywiście z zachowaniem prawa regresu do podwykonawcy/ zleceniobiorcy. Nieskuteczne byłoby również wpisanie do umowy odpowiedzialności wyłącznej podwykonawcy.

W niektórych przypadkach podwykonawcy mają spisana umowę najmu pomieszczeń i sprzętu od „kliniki” quasipodmiotu. Intencją tej umowy jest uzyskanie wyłącznej odpowiedzialności najemcy za wszystkie szkody, a w szczególności wyrządzone pacjentowi. Jednak okazuje się, iż ów „najemca” leczy pacjentów tej „kliniki”, paragon wystawia „klinika”, a miejsca wykonywania działalności leczniczej jest oznaczone wyłącznie danymi „kliniki”. Zatem umowa z pacjentem o świadczenie lecznicze nie jest zawierana z „najemcą”, tylko z „kliniką”, a również pacjent działa w przekonaniu, że przyszedł do „kliniki”. Pieniądze również inkasuje „klinika” i okresowo rozlicza korzyści z „najemcą”. Dodatkowo wynajmująca „klinika” nawet nie zgłosiła do CEIDG działalności gospodarczej polegającej na wynajmie. W przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi należy uznać, że ów „najemca” jest podwykonawcą i w konsekwencji „klinika” ponosi odpowiedzialność z zachowaniem prawa regresu do podwykonawcy.

Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby przedsiębiorca prowadzący indywidualną praktykę lekarską, zamiast działać bezprawnie, jako quasipodmiot leczniczy, rzeczywiście rozszerzył działalność gospodarczą o wynajem nieruchomości i sprzętu medycznego innym lekarzom prowadzącym swoje indywidualne praktyki zawodowe. Może on dodatkowo świadczyć usługi: umawiania pacjentów, oddelegowania personelu medycznego do pomocy najemcom, zapewniania wszelkich wymogów sanitarnych miejsca udzielania świadczeń, zakupu i przygotowania materiałów medycznych i narzędzi w tym zapewnienia sterylności, a także usługę przechowywania dokumentacji medycznej, jednak dopiero po poinformowaniu każdego z pacjentów i odebraniu jego pisemnej zgody na przechowywanie jego dokumentacji przez inną osobę/ firmę niż praktyka lekarza najemcy, który wykonuje mu świadczenie lecznicze. Dla każdego z najemców trzeba oznakować praktykę w pomieszczeniach, które wynajmuje i prowadzić odrębną kasę fiskalną. Najemcy muszą zgłosić do CEIDG i RPWDL lokalizację wynajmującego, jako miejsce wykonywania świadczeń. Sposób wzajemnego rozliczenia ma tu wtórne znaczenie. Najważniejsze jest to, aby pacjent od samego początku w sensie przekonania jak i w sensie zawartych umów wiedział, że zawiera umowę na leczenie z tym najemcą, nie zaś z wynajmującym. Należy pamiętać jednak o podatku Vat w wysokości 23%, od wynajmu i pozostałych usług, który chyba sprawi, że ta forma współpracy stałaby się nie tylko trudna, ale i nieopłacalna.

Negatywne konsekwencje administracyjne.

Lekarz, który zarejestrował indywidualną praktykę zawodową zatrudniając innych lekarzy i podwykonawców:

- De facto prowadzi podmiot leczniczy bez jego obowiązkowego zgłoszenia do rejestru podmiotów leczniczych, mimo

że warunkiem prowadzenia tej działalności jest uzyskaniu wpisu do rejestru (art. 103. u.d.l.).

- Nie poinformował organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu innego lekarza, (art. 53. ust. 1. u.z.l.l.d).

Konsekwencjami są:

Kara pieniężna: Nakładana jest na podstawie z art. 107 ust. 2 u.d.l. przez organ prowadzący rejestr w drodze decyzji administracyjnej, w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wykreślenie z rejestru: Na podstawie art. 108 u.d.l. wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą ulega wykreśleniu m.in. w przypadku:

- Złożenia niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, o którym mowa w art. 100 ust. 2, u.d.l. że:

dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą; Znane mu są i spełnia warunki wykonywania działalności leczniczej,

Rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem.

Grzywna z art. 60 § 1 kodeksu wykroczeń; „Kto wykonuje działalność gospodarczą bez wymaganego zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wpisu do rejestru działalności regulowanej lub bez wymaganej koncesji albo zezwolenia, podlega karze ograniczenia wolności albo grzywny.”

Negatywne konsekwencje z punktu widzenia ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Lekarz nie poinformował zakładu ubezpieczeń o tym, że prowadzi:

- Podmiot leczniczy bez zgłoszenia do rejestru,
- Zatrudnia innych lekarzy,

a są to okoliczności istotne z punktu widzenia prawdopodobieństwa wypadku (wyrządzenia szkody) i mają istotny wpływ na składkę. Zakład ubezpieczeń oszacował standardowe ryzyko i objął ochroną wyłącznie szkody wyrządzone przez jednoosobową praktykę zawodową, tj.: jedną osobę lekarza (z zastrzeżeniem wyjątków). Oszacowane ryzyko dotyczy również czynności wykonywanych przez osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). Jednak zakład ubezpieczeń nie objął ochroną działalności de facto podmiotu leczniczego, zatem przedmiot ochrony jest istotnie różny od ryzyka wnoszonego przez tę praktykę.

Załóżmy, że szkodę wyrządził inny lekarz, stale wykonujący pracę w „klinice” quasipodmiotu, pracownik lub podwykonawca. Jak już wykazałem powyżej lekarz prowadzący quasipodmiot odpowiada za ewentualną szkodę gdyż:

- Jest odpowiedzialny za działania osób, którymi się posługuje,

w tym zatrudnionych innych lekarzy i podwykonawców (na kontrakcie) jak za własne;

- Umowa pacjenta o świadczenie usługi leczniczej jest zawarta jest z quasipodmiotem, nie zaś z jego pracownikiem czy podwykonawcą.

System ubezpieczeń obowiązkowych jest powołany w celu ochrony ważnych społecznie interesów osób poszkodowanych, zatem z faktu podania przez quasipodmiot nieprawidłowych danych do zawarcia ubezpieczenia OC nie można wyciągać konsekwencji uderzających w poszkodowanego pacjenta, nie można zmniejszyć, ani odmówić wypłaty odszkodowania z tego powodu.

Konsekwencją jest:

- **Żądanie od ubezpieczyciela zapłaty wyższej składki z obowiązkowych umów ubezpieczeń OC**, gdyż musi on wypłacić pełne odszkodowanie pacjentowi, choć pobrał za małą składkę i dlatego ma prawo żądać od ubezpieczonego quasipodmiotu zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem zwiększenia prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego wskutek okoliczności niepodanych do jego wiadomości. Prawo to dotyczy wszystkich okresów ubezpieczenia, również wstecz.
- **Odmowa wypłaty odszkodowania z dobrowolnych umów ubezpieczeń OC**, gdyż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

Niewielką pociechą jest to, że zakłady ubezpieczeń we wnioskach nie pytają o to czy indywidualna praktyka lekarska zatrudnia innych lekarzy, dlatego można się bronić podnosząc, że te okoliczności przy zawarciu umowy były nieistotne dla ubezpieczyciela. Rzeczywiście obecnie, jest to jeszcze ryzyko niezidentyfikowane przez ubezpieczycieli, a konsekwencje w postaci dopłaty składki z obowiązkowych umów ubezpieczeń wyjątkowo łagodne. Jednak zakład ubezpieczeń z całą pewnością i stanowczością wyegzekwuje swoje prawa, gdyż stwierdzi, że:

- Zgłoszony przedmiot ochrony zawartego ubezpieczenia OC (ryzyko indywidualnej praktyki leczniczej) był zupełnie inny niż faktycznie wnoszony do ryzyka (ryzyko działalności podmiotu leczniczego).
- Nie mógł przypuszczać, że ta „klinika” działa niezgodnie z prawem i w zasadzie nie musi o to pytać przed zawarciem ubezpieczenia.

W przypadku sporu, ubezpieczyciel może zgłosić do organu rejestrowego wniosek o kontrolę działalności, która może doprowadzić do kary lub wykreślenia z rejestru.



Negatywne konsekwencje dla podwykonawców quasipodmiotów.

Działalność lecznicza indywidualnych praktyk lekarskich, jako podwykonawców może być wykonywana w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, ale nie może w innej indywidualnej praktyce zawodowej, z zastrzeżeniem wyjątków: szkolenia i udzielenia określonego świadczenia.

Lekarz podwykonawca ma obowiązek zgłosić do rejestru RPWDL adresy miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych i przechowywania dokumentacji medycznej, a w przypadku współpracy z quasipodmiotem tego nie robi.

Konsekwencją może być:

- Kara pieniężna na podstawie art. 107 ust. 2 u.d.l.,
- Wykreślenie z rejestru (w skrajnym przypadku) na podstawie art. 108 u.d.l.

Negatywne konsekwencje dla pacjenta.

W przypadkach roszczeń pacjentów do quasipodmiotów na początku następuje pewne zamieszanie, co do poszukiwania odpowiedzialnego za szkodę i zobowiązanego do wypłaty odszkodowania. Zgodnie z intencjami umów między „kliniką” a podwykonawcą przepychanka przybiera najczęściej formę zakończenia współpracy, a pacjent na własną rękę tak jak umie, poszukuje zobowiązanego, którym wg „kliniki” jest podwykonawca. Z czasem trafia do adwokata lub radcy prawnego, który dość szybko ustala zobowiązaną „klinikę” i składa roszczenie do ubezpieczyciela OC „kliniki”, która miewa dość duże trudności z dokumentacją

procesu leczenia niezbędnej do oceny zasadności składanych roszczeń pacjenta. Pacjent nie ponosi negatywnych konsekwencji ze strony ubezpieczyciela, jeżeli uda mu się udowodnić słuszność roszczenia m.in. na podstawie dokumentacji medycznej lub jej braku, jednak miewa on utrudniony proces odszkodowawczy.

Osobiście nie znam doniesień o faktycznym nałożeniu kar, czy kontrolach w ww. zakresie wśród praktyk zawodowych i mam wrażenie, że okręgowe izby lekarskie wolą pozostawić te sprawy własnemu życiu. Ministerstwo odpowiedzialne za zapisy ustawy nie planuje naprawy niefortunnosci legislacyjnej w tym zakresie. Można powiedzieć, że państwo zarówno na etapie tworzenia prawa i jego egzekucji jest trochę nieporadne. Może to i dobrze, bo w zasadzie, jeżeli tworzy się nieporadnie prawo to może i lepiej jest, gdy się je nieporadnie egzekwuje. A z drugiej strony, najlepiej jest chyba prowadzić działalność leczniczą tak jak leczenie - zgodnie z zasadami sztuki, dla bezpieczeństwa pacjentów i własnego.

Opisane ryzyko prawne może zmaterializować się z powodu spektakularnej szkody osobowej wyrządzonej pacjentowi przez quasipodmiot leczniczy, która uruchomi procesy szerokiej weryfikacji działalności leczniczych praktyk zawodowych. Choć przyczyną wystąpienia tego ryzyka jest niefortunnosc zapisów prawa, beczynność organów rejestrowych i odpowiedzialnego ministerstwa oraz skłonność lekarzy do „chodzenia na skróty”, to spodziewam się, że organy państwa nie będą poczuwać się do odpowiedzialności i prędzej urządzią nagonkę na lekarzy, niż rozwiążą problem.

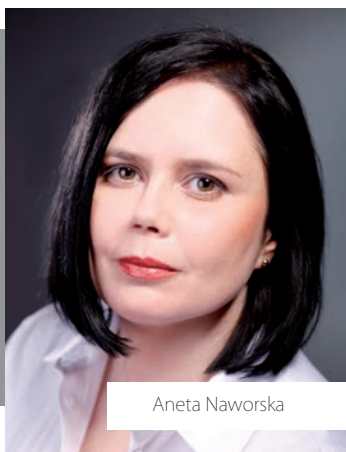
reklama

APB Kancelaria Brokerska
Assurance Platform of Brokers

**Specjaliści
w ubezpieczeniach
dla specjalistów**

- ▶ OC dla lekarzy
- ▶ zgody pacjenta
- ▶ reprezentowanie przed zakładem ubezpieczeń
- ▶ pomoc prawna
- ▶ ubezpieczenia majątkowe

APB Kancelaria Brokerska
Wiesław Długosz 691 968 693
Andrzej Rogala 601 288 417
90-437 Łódź, Al. Kościuszki 80/82, pokój 302
tel. 42 663 11 50, faks 42 663 11 51
apb@apb-broker.pl



Aneta Naworska

Przegląd wybranych praw pacjenta na tle wyroku z dnia 30 stycznia 2014 r. wydanego przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie (sygn. akt I ACa 663/12) dotyczącego błędu z zakresu implantologii.

A review of certain rights of the patient in light of the ruling of 30 January 2014 handed down by the Court of Appeal in Szczecin (Case no. I ACa 663/12) concerning an error in implantology procedure.

Aneta Naworska, radca prawny
Kancelaria Naworska Marszałek Jarzemska sp.k w Toruniu
www.knmp.pl

Prawa pacjenta - ogólny zarys

Prawa pacjenta wynikają z licznych przepisów prawa, począwszy od ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Kodeksu Cywilnego, Konstytucji RP oraz innych. Katalog tych praw, podobnie jak katalog dóbr osobistych, jest otwarty i będzie wciąż rósł.

Do najważniejszych praw pacjenta należą przede wszystkim: prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawo do opinii innego lekarza, pielęgniarki, położnej lub zwołania konsylium lekarskiego, prawo do informacji, prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem, prawo do wyrażenia uświadomionej zgody, prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza oraz prawo do poszanowania intymności i godności.

Stan faktyczny analizowanej sprawy

Pacjentka zgłosiła się do stomatologa (zwanego dalej: „X”) z licznymi brakami w uzębieniu zarówno w szczęce jak i w żuchwie. Z ustaleń Sądu wynika, że w okresie od 12 marca 2009 r. do 18 lutego 2010 r. powódka odbyła 19 wizyt w gabinecie stomatologicznym X. X wszystkie zabiegi u pacjentki wykonał osobiście. Ustalony dla pacjentki plan leczenia rozpoczynała higieniza-

cja jamy ustnej. X przeprowadził instruktaż higieny jamy ustnej, usunął kamień nazębny i nazębną płytkę bakteryjną. Następnie usunął pacjentce trzy zęby (32, 33, 42) i przeprowadził zabieg augmentacji oraz oszlifował zęby pod korony pełnoceramiczne. Po wygojeniu ran po usunięciu zębów, pacjentce został wszczepiony 1 implant. X zapewnił pacjentkę, że implant się przyjął. X w żuchwie pacjentki wykonał korony pełnoceramiczne na podbudowie tlenku glinu. Korony na zębach siecznych zespolił parami 11 z 12 oraz 21 z 22. W odcinkach bocznych, po stronie prawej, zespolił trzy korony (na zębach 23, 24 25) i dołączył brakujący ząb 26. Po stronie lewej zespolił korony 13 z 14 i dowiesił jeden ząb uzupełniający braki w okolicy 15 i 16.

Po dwóch miesiącach wokół koron, na dziąsłach pacjentki pojawiło się zaczerwienienie, a korony zaczęły się kruszyć. Objawy te zaniepokoiły pacjentkę, więc zgłosiła je X, który jej wyjaśnił, że zaczerwienienie może być związane z używaniem niewłaściwej szczoteczki, zaś kruszenie wynika z użycia zbyt małej ilości kleju do zamocowania koron. X w ramach gwarancji uszkodzonej korony zadeklarował chęć zwrotu poniesionych przez pacjentkę kosztów. Ostatecznie jednak w żaden sposób nie poprawił założonych pacjentce koron, lecz przystąpił do zakładania implantów, tzn. usunął zęby sieczne w żuchwie oraz wprowadził 8 implantów we wcześniej zaplanowane miejsca.

W okolicę zęba 46 wprowadził implant A, w okolicę zębów 36, 37, 38 implanty S i w odcinku przednim 4 implanty: w okolicy zębów 41 i 31 implanty S, w miejscu zębów 42 i 32 implanty (...). W ten sposób zrealizowany został ustalony przez pozwanego plan leczenia. Po tygodniu implant wprowadzony w okolicę 37 wypadł. X poinformował pacjentkę, że prawdopodobnie się nie przyjął. Pacjentka była również niezadowolona z pozostałych implantów,

które w jej ocenie różniły się od siebie i zostały wstawione krzywo. X zapewniał pacjentkę, że tak musi być, a kiedy implanty zostaną obudowane, nie będzie tego widać. Pacjentka miała jednak wątpliwości, co do tych zapewnień, zwłaszcza, że nadal utrzymywał się u niej stan zapalny dziąseł żuchwy oraz obrzęk dziąseł szczęki. Poza tym, pacjentka odczuwała silne dolegliwości bólowe.

Postanowiła więc skorzystać z konsultacji innych specjalistów z zakresu implantologii. Sąd pierwszej instancji doszedł do przekonania, że leczenie protetyczno - implantologiczne u pacjentki zostało przez X przeprowadzone nieprawidłowo. Potwierdziły to, przede wszystkim, opinie biegłych. W dniu wydawania opinii przez biegłych, u pacjentki nadal występowały braki w uzębieniu. Ciągle też utrzymywał się stan zapalny przyzębia brzęznego zębów oraz obrzęk brodawek międzyzębowych, powstały na skutek nieprawidłowego działania X. Biegli stwierdzili u pacjentki obecność zbyt głębokich kieszonek dziąsłowych oraz wskazali, iż zespolone korony protetyczne 23, 24, 25 są kompletnie zniszczone, połamane, ząb ceramiczny uzupełniający lukę po brakującym zębie 26 jest odłamany, połamane są także wykonane uzupełnienia protetyczne. Leczenie protetyczne, które podjęła pacjentka, nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, zaś leczenie implantologiczne, z uwagi na wadliwe wszczepienie implantów, zakończyło się całkowitym niepowodzeniem. Biegły w swej opinii wskazał również, iż celowe będzie usunięcie wszystkich implantów, dokonanie augmentacji w miejscach wymagających odbudowy kości, wprowadzenie implantów znanego i sprawdzonego systemu i po zakończeniu procesu osteointegracji, wykonanie uzupełnienia protetycznego w postaci koron i mostów.

W świetle tak brzmiącej opinii biegłych, oczywistym było, iż pacjentka w skutek nieprawidłowego leczenia zastosowanego przez X poniosła szkodę. Sąd uznał, iż przyznane pacjentce odszkodowanie musi uwzględniać koszty, które pacjentka poniosła, ponosi i ponosić będzie w przyszłości, dlatego też konieczne stało się ustalenie przez Sąd odpowiedzialność X na przyszłość. Sąd miał tu na względzie, przede wszystkim to, że leczenie przeprowadzone przez X zakończyło się niepowodzeniem i będzie musiało zostać przeprowadzone ponownie. Zważywszy na to, że nie ma pewności, czy jakiś lekarz podejmie się jego przeprowadzenia z uwagi na wcześniejsze działania pozwanego, polegające na zastosowaniu mało znanego systemu implantów, Sąd nie mógł wyczerpująco ustalić zakresu skutków szkody wyrządzonej pacjentce przez stomatologa, gdyż możliwym jest, że na skutek działań X pacjenta może stracić swoje zdrowe zęby, jeszcze przed podjęciem kolejnego leczenia implantologicznego.

W związku z tym, że istnieje realna możliwość pogorszenia się stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, X będzie musiał ponieść za to odpowiedzialność¹. Sąd I instancji zasądził od X na rzecz pacjentki kwotę 320.720 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia łącznie, gdzie kwota 120.720 zł stanowi odszkodowanie płatne wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 18 stycznia 2012 r. do dnia zapłaty. Wyrok Sądu I instancji - Sądu Okręgowego, na skutek apelacji złożonej przez pozwanego stomatologa, został zmieniony w ten sposób, iż zmniejszono zasądzoną pacjentce kwotę. I tak, zasądzono od pozwanego na rzecz pacjentki łącznie kwotę: 242.720 zł, w tym kwotę odszkodowania 92.720 zł oraz zadośćuczynienia w wysokości 150.000 zł.

1 Stan faktyczny został przedstawiony na podstawie uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 stycznia 2014r. sygn. akt I ACa 623/12.

Naruszenie praw pacjenta: prawa do informacji, prawa do świadczeń medycznych udzielonych z należytą starannością, do uświadomionej zgody oraz do dokumentacji medycznej.

Analizując stan faktyczny sprawy oraz obowiązujące ustawodawstwo należy z całą stanowczością stwierdzić, iż stomatolog naruszył szereg praw pacjentki. Wykonując zawód medyczny należy mieć zawsze na uwadze konieczność przestrzegania praw pacjenta.

Prawo do informacji

W przedmiotowej sprawie lekarz naruszył prawo pacjentki do informacji w ten sposób, iż: przed wdrożeniem leczenia nie uzgodnił z pacjentką zasad procedury chirurgicznej przy augmentacji kości i wprowadzaniu implantów i nie poinformował jej o zagrożeniach i ewentualnych powikłaniach związanych z wszczepieniem implantów.

Ponadto, lekarz nie przedstawił pacjentce całkowitego planu leczenia, sposobu postępowania, orientacyjnego czasu leczenia i nie poinformował o celu wykonania rozległych uzupełnień stałych w szczęce. Przepis art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, iż: pacjent ma prawo do wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia, wynikach przeprowadzonych badań, rozpoznaniu (diagnozie) i rokowaniu na przyszłość. Powinnością lekarza jest dokładne wyjaśnienie pacjentowi proponowanego sposobu diagnozowania i leczenia, łącznie ze wskazaniem stopnia ryzyka z tym związanego. Informacje udzielone pacjentowi powinny wskazywać przewidywane następstwa dla życia i zdrowia pacjenta w przypadku zastosowania lub nie określonych procedur medycznych. Lekarz powinien poinformować pacjenta o skuteczności i przydatności leczenia lub jego braku.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością

Zarówno biegli, jak i Sąd w przedmiotowej sprawie stwierdzili, iż lekarz nie powinien przed doprowadzeniem do właściwego poziomu higieny jamy ustnej pacjentki podejmować się wykonania u niej jakichkolwiek zabiegów implantologicznych i protetycznych. Pomimo stwierdzenia braku właściwej higieny jamy ustnej, szczególnie w postaci znacznej ilości płytki nazębnej, zdecydował się jednak na wykonanie skomplikowanych zabiegów. Ponadto, stomatolog nie monitorował poziomu higieny jamy ustnej pacjentki w trakcie kolejnych jej wizyt. Tym samym, pozwany lekarz utracił możliwość powoływania się na przyczynienie pacjentki do powstania szkody z uwagi, na to, że nie dbała o właściwą higienę jamy ustnej.

W przedmiotowej sprawie biegli stwierdzili, iż nieodpowiedni poziom higieny jamy ustnej, który miał miejsce u pacjentki, dyskwalifikował ją do leczenia implantologicznego. Zignorowanie tego parametru przez lekarza było ewidentnym błędem medycznym. W ocenie biegłych pacjentka wymagała kompleksowego leczenia obejmującego postępowanie periodontologiczne, chirurgiczne i protetyczne przez zespół lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach. Mając na uwadze powyższe, trzeba stwierdzić, że stomatolog nie udzielił świadczenia medycznego z należytą starannością, co więcej, dopuścił się rozlicznych uchybień w procesie leczenia powódki, co skutkowało przypisaniem mu zawinienia w postaci

co najmniej niedbalstwa w zakresie przeprowadzanych procedur medycznych.

Prawo pacjenta do uświadomionej zgody

W przedmiotowej sprawie Sąd stwierdził, iż: zgoda na zabieg medyczny musi być wyrazem rozeznanego stanowiska „poinformowanego uświadomionego pacjenta”. Zgoda na zabieg medyczny nie może zostać uznana za niewadliwą, jeśli zostało naruszone prawo pacjenta - gdy nie udzielono określonych informacji, m.in. w zakresie stanu zdrowia i diagnozy, w zakresie alternatywnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, w zakresie skuteczności i przydatności proponowanego leczenia, czy w zakresie ryzyka zabiegu, a jeśli istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta. Aby pacjent mógł dokonać świadomego wyboru, musi zostać poinformowany o takich metodach.

W świetle zebranego przez Sądy obu instancji materiału dowodowego, nie można jednoznacznie stwierdzić, iż zgoda wyrażona przez pacjentkę na zastosowanie procedury medycznej była zgodą uświadomioną. W sytuacji, gdy lekarz nie udzielił pacjentce informacji, o zagrożeniach i ewentualnych powikłaniach związanych z wszczepieniem implantów, nie można uznać, że zgoda jej była niewadliwa.

Prawo do dokumentacji medycznej

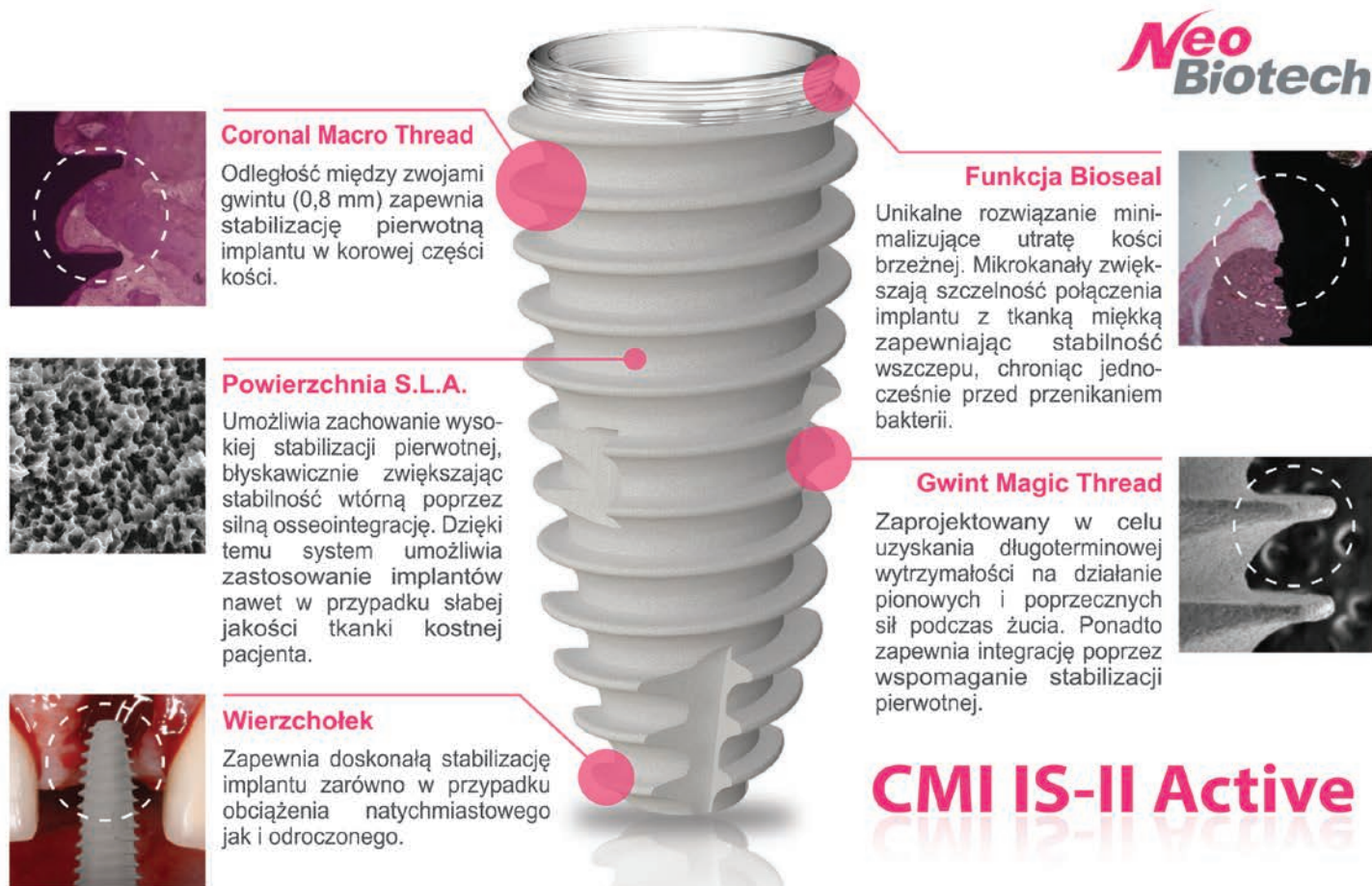
Prawo do dokumentacji medycznej, zostało naruszone przez to, że na żądanie pacjentki, lekarz nie wydał jej kopii dokumentacji

medycznej. Dopiero po interwencji Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy, dokumentacja została wydana. Na podstawie art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Obowiązek wydania pacjentowi dokumentacji medycznej wynika wprost z cytowanej już ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W tym miejscu należy wskazać, iż pacjent ma pełne prawo otrzymać swoją dokumentację. Zarówno jej oryginał za pokwitowaniem, jak i kopię czy też odpis. W sytuacji, gdy pomiot medyczny dysponuje elektroniczną dokumentacją medyczną, możliwe jest przekazanie dokumentacji na nośniku elektronicznym. W 2017r., kiedy wejdą w życie przepisy wprowadzające obowiązek prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, zostaną poszerzone sposoby przekazywania pacjentom oraz uprawnionym instytucjom dokumentacji medycznej.

Podsumowanie

Zapisy dokonane w dokumentacji medycznej powinny potwierdzać, to iż prawa pacjenta były przez lekarza respektowane. W przedmiotowej sprawie tak jednak nie było. W dokumentacji medycznej pacjentki brakowało danych z wywiadu ukierunkowanych na leczenie implantologiczne, podczas gdy zwyczajowo pacjent przed zabiegiem powinien być poinformowany o procedurze implantologicznej oraz o konieczności zastosowania osłony antybiotykowej. Na taką procedurę pacjent przed zabiegiem musi wyrazić zgodę. Brak tych zapisów jednoznacznie potwierdza to, iż naruszono prawo pacjentki do informacji, a także do podjęcia świadomej zgody co do zakresu leczenia.

reklama



Neo Biotech

Coronal Macro Thread
Odległość między zwojami gwintu (0,8 mm) zapewnia stabilizację pierwotną implantu w korowej części kości.

Powierzchnia S.L.A.
Umożliwia zachowanie wysokiej stabilizacji pierwotnej, błyskawicznie zwiększając stabilność wtórną poprzez silną osseointegrację. Dzięki temu system umożliwia zastosowanie implantów nawet w przypadku słabej jakości tkanki kostnej pacjenta.

Wierzchołek
Zapewnia doskonałą stabilizację implantu zarówno w przypadku obciążenia natychmiastowego jak i odroczonego.

Funkcja Bioseal
Unikalne rozwiązanie minimalizujące utratę kości brzeżnej. Mikrokanaly zwiększają szczelność połączenia implantu z tkanką miękką zapewniając stabilność wszczepu, chroniąc jednocześnie przed przenikaniem bakterii.

Gwint Magic Thread
Zaprojektowany w celu uzyskania długoterminowej wytrzymałości na działanie pionowych i poprzecznych sił podczas żucia. Ponadto zapewnia integrację poprzez wspomaganie stabilizacji pierwotnej.

CMI IS-II Active

Spotkanie Miłośników Endodoncji

PULP FICTION 16

Kielce, 4-7 grudnia 2014

Patronat:



Serdecznie zapraszamy na kolejne, już **XVI Międzynarodowe Sympozjum Pulp Fiction**, które odbędzie się w komfortowym, dogodnie usytuowanym **Centrum Kongresowym "Binkowski" w Kielcach**. Hotel zapewni doskonale warunki zarówno do nauki jak i do odpoczynku.

Tematyka tegorocznego Sympozjum będzie obejmować nowoczesne metody i techniki leczenia endodontycznego, zagadnienia z dziedziny implantologii oraz endo-perio, a także najnowsze osiągnięcia w mikrochirurgii. Bogaty program naukowy z pewnością zadowoli wszystkich Uczestników, a przygotowane imprezy towarzyszące uatrakcyjnią pobyt na konferencji.

Jesteśmy dumni, że światowej sławy Wykładowcy wpisali na stałe we własny harmonogram corocznych kongresów, program naszych grudniowych spotkań Pulp Fiction. W poprzednich latach wykłady i warsztaty prowadzone były przez uznanych specjalistów w dziedzinie endodoncji i implantologii. Naszymi gośćmi byli m.in.: Elisabetta Cotti (IT), Marga Ree (NL), Frederic Barnett (USA), Giuseppe Cantatore (IT), Arnaldo Castellucci (IT), Gilberto Debelian (NOR), Gianluca Gambarini (IT), Gary Glassman (USA), Syngcuk Kim (USA), Meetu Kohli (Indie), Samuel Kratchman (USA), Francesco Maggiore (DE), Carl E. Misch (USA), Marius Steigmann (DE), Martin Trope (USA), Mitsuhiro Tsukiboshi (Japonia), Jorge Vera (Meksyk). W tegorocznej edycji udział wezmą między innymi: **Arnaldo Castellucci (Włochy), Sashi Nallapati (Jamajka), Dorota Chojnacka, Tomasz Machan, Witold Jurczyński i Michał Józwiak**.

Szczegółowe informacje będą sukcesywnie zamieszczane na stronie: www.profident.pl





Mariusz Oboda

Profesjonalna rekrutacja

Professional recruitment

Słowa kluczowe:

rekrutacja, kompetencje, zasoby, umiejętności, dopasowanie kandydata do gabinetu, model STAR, pytania rekrutacyjne

Key words:

Recruitment, competencies, resources, skills, adjusting the candidate to the dental office, STAR model, recruitment questions

Mariusz Oboda, Justyna Pająk
Oboda Consulting & Training Group, ul. Kazimierza Wielkiego 50/159
61-863 Poznań
www.oboda.net
e-mail: biuro@oboda.pl

Na wstępie tego artykułu chcemy podzielić się fundamentalną myślą związaną z rekrutacją profesjonalnie przeprowadzona rekrutacja, wybór właściwej osoby to co najmniej 70% sukcesu. Efektywna rekrutacja to primus inter pares wśród elementów wpływających na profesjonalny wizerunek dobrze zorganizowanego gabinetu.

Przy okazji tematu rekrutacji zwracamy uwagę na fakt, że w ciągu ostatnich lat wyraźnie zmieniły się oczekiwania pacjentów dotyczące zachowań poszczególnych osób pracujących w gabinecie stomatologicznym. Pociąga to za sobą konieczność weryfikacji kryteriów, którymi należy się kierować przy wyborze poszczególnych osób. Z badań kwestionariuszowych, jakie wykonał na grupie 506 pacjentów w całej Polsce wynika, że 79% badanych osób uważa, że zachowanie rejestratorki i asystentki jest bardzo ważne i ważne z punktu widzenia satysfakcji pacjenta z wizyty. 90% badanych uważa, że umiejętności interpersonalne lekarza są bardzo ważne i ważne z punktu widzenia satysfakcji pacjenta. Jak widać, oczekiwania pacjentów są wysokie i dotyczą również innych, niż tylko jakość leczenia, aspektów wizyty. Jak wynika z naszych badań „Tajemniczy Pacjent” i z audytów w wielu gabinetach w całej Polsce, oczekiwania te stale rosną i w coraz więk-

Streszczenie

Artykuł porusza temat rekrutacji do zespołu gabinetu stomatologicznego. Autor opisuje jak należy przygotować się do rekrutacji: od podjęcia decyzji o zatrudnieniu nowej osoby do stworzenia listy zasobów i kompetencji, które zatrudniona osoba ma posiadać, z podziałem na 3 grupy: wiedza/umiejętności, kompetencje osobowościowe oraz motywacja do pracy. Następnie autor przybliża zagadnienie odpowiedniego prowadzenia rozmowy rekrutacyjnej w oparciu o model STAR.

Abstract

The article discusses recruitment procedures for a dental surgery team. The author describes how to prepare for such a recruitment: from the moment the decision is taken to recruit a new person right up to drawing up a list of the qualities and competencies the required employee should possess, divided into 3 groups: knowledge/skills, personal competencies and motivation to work. The author then addresses the question of how to properly conduct a recruitment interview based on the STAR model.

szym stopniu wpływają na poziom satysfakcji pacjenta z wizyty. To wszystko wpływa na kryteria wyboru osób do pracy z pacjentem. Jak zatem efektywnie przeprowadzić ten tak ważny dla profesjonalnego funkcjonowania gabinetu proces?

Profesjonalizm procesu rekrutacji, to w znacznym stopniu sztuka przygotowania. Wiele osób tego nie robi, jako że jest przekonana, że dobrze wie, kogo chce zatrudnić, czują to gdzieś głęboko „w trzewiach”, jednak z trudem są w stanie wymienić cechy rekrutowanej osoby na dane stanowisko. Jeszcze większe wyzwanie stanowi dla nich stworzenie hierarchii tych cech. W konsekwencji pobieżne określenie kryteriów i ich ważności sprawia, że nasz umysł nie ma jasnych instrukcji, na co się uwrażliwić w trakcie rozmowy rekrutacyjnej, nie ma odpowiedniego filtra, przez który może analizować rekrutowaną osobę. W efekcie nie zadajemy odpowiednich pytań i nie znajdujemy odpowiedzi na kluczowe kwestie. Dodatkowo, rozmowa kwalifikacyjna to dynamiczny proces, w którym bez jasno wytyczonego celu, łatwo „pójść z prądem” i na końcu zdać sobie sprawę z tego, że po godzinie sympatycznego kontaktu z drugim człowiekiem wciąż nie za wiele o nim wiemy oprócz ogólnych stwierdzeń typu „był miły”. W efekcie prowadzi to do tego, że np. zatrudniamy najlepszą z przesłuchanych kandydatek, która okazuje się, że jest co prawda bardzo życzliwa, ale pacjenci wchodzą jej na głowę, nie jest w stanie sprawnie zarządzać ruchem, a zatrudniona asystentka na każdą uwagę lekarza reaguje obrażeniem się. Tak jak mówiliśmy, oczekiwania pacjentów rosną, szczególnie w obszarze tzw. w psychologii umiejętności miękkich. Są one trudniejsze w rozwoju i wymagają zaangażowania samego zainteresowanego, jak i dość mocno absorbują czas przełożonego. Dlatego zdecydowanie zalecamy zrekrutowanie osoby, która posiada te kompetencje już „na wejściu”.

Pierwszy etap przygotowania do rekrutacji polega na bardzo dokładnym zwiualizowaniu sobie tego, w jaki sposób osoba na tym stanowisku ma pracować, jaka ma być w kontakcie z pacjentami i w kontakcie z resztą członków zespołu. Nasze wyobrażenie powinno być bardzo szczegółowe i powinno dotyczyć różnych kontekstów. Ten etap zadania będzie dobrze wykonany, jeżeli na jego podstawie będziemy w stanie dokładnie określić kompetencje i zasoby jakie musi posiadać zatrudniona osoba, by pracować właśnie tak, jakbyśmy tego od niej oczekiwali. Określając kompetencje dzielimy je na 3 główne kategorie:

1. wiedza/doświadczenie
2. kompetencje osobowościowe/dopasowanie kandydata do specyfiki gabinetu
3. motywacja (zarówno do pracy na danym stanowisku, jak i konkretnie w naszym gabinecie).

Określona **wiedza i doświadczenie** przeważnie budzą najmniej wątpliwości, są to zagadnienia, z których zgłębianiem osoby prowadzące rekrutację radzą sobie najlepiej. Nie zmienia to jednak faktu, że odpowiedzenie sobie na pytanie dotyczące wiedzy i doświadczenia jest kluczowym elementem rekrutacji. Minimum ilu letnie doświadczenie ma posiadać zatrudniany lekarz? Jakie doświadczenie ma w wykonywaniu określonych zabiegów, jaką ilość określonych prac wykonali, z jakim efektem? Czy wystarczy, że asystentka/higienistka będzie po szkole, czy też ma mieć już doświadczenie w pracy? Czy rejestratorka musi mieć wykształcenie wyższe? Od odpowiedzi na te pytania powinniśmy zacząć.

Następna kategoria to **predyspozycje osobowościowe**. W przypadku rejestratorki ważne mogą być takie kompetencje jak:

- łatwość nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem, zdolność do budowania indywidualnych relacji w krótkim czasie,
- pogodne usposobienie,
- umiejętność zdyscyplinowania pacjenta, asertywność w stosunku do niego,
- wysoki poziom uporządkowania i dokładność w pracy,
- obsługa rządzeń biurowych,
- umiejętność koordynacji kilku elementów jednocześnie,
- umiejętność współpracy w zespole.

Jeśli chodzi o higienistkę czy lekarza, po weryfikacji wiedzy i doświadczenia istotne mogą być:

- umiejętność budowania relacji,
- zdolność do posługiwania się prostym językiem,
- gotowość do obrazowego przedstawienia pacjentowi jego problemów, umiejętność wykonywania zdjęć aparatem fotograficznym - gotowość do pracy z ekranem zewnętrznym,
- umiejętność motywowania pacjenta, wzbudzania określonych stanów świadomości i stanów emocjonalnych
- umiejętność budowania swojego autorytetu w oczach pacjenta itd.

Lista kompetencji u każdej z osób prowadzących praktykę może być inna; różna może być też ich hierarchia. Chcę tutaj wyraźnie jeszcze raz zaznaczyć, że w momencie, gdy poziom danej kompetencji u zatrudnionej osoby będzie się drastycznie różnił od oczekiwanego, współpraca z tą osobą, z dużą dozą prawdopodobieństwa nie obędzie się bez zgrzytów. Lekarz, dla którego motywowanie i edukowanie pacjenta nie ma szczególnego znaczenia, może mieć spory problem z zastosowaniem się do obowiązujących w danym gabinecie procedur, gdyż z perspektywy jego świata, nie będzie w nich widział szczególnego sensu. Bardzo nieśmiała, cicha i potulna asystentka nie zbuduje w naturalny sposób swojej własnej relacji z pacjentem, a higienistka myśląca o swojej roli bardziej w kategoriach „pani od usuwania kamienia” będzie miała problem, by z wykorzystaniem kamery prowadzić z pacjentem rozmowę na temat jego nawyków dotyczących codziennej higieny i ich konsekwencji. Oczywiście nie mówię, że zmiany w tym zakresie nie są możliwe. Doświadczenie jednak pokazuje, że bywają one bardzo trudne dla obydwu stron. Zdecydowanie stoimy na straży stanowiska, że lepiej szukać dłużej, przeprowadzić kolejną rekrutację, niż wybrać najlepszą ze słabych i potem musieć się z konsekwencjami tej decyzji zmagać w codziennej pracy całego zespołu.

Ostatnią kategorię stanowi **motywacja do pracy**, zarówno do pracy na danym stanowisku, jak i do pracy w naszym gabinecie. Tak jak w przypadku lekarza badanie motywacji do zawodu nie ma szczególnego sensu (już sam wysiłek włożony w edukację przeważnie pokazuje, że ona gdzieś tam jest), bardzo istotne jest zbadanie motywacji do pracy właśnie u nas i realizowania obowiązujących w naszym gabinecie standardów postępowania z pacjentem. Najczęściej na tym polu wynikają nieporozumienia, które są wynikiem pobieżnie przeprowadzonego procesu rekrutacji, który np. w przypadku lekarza sprowadza się do skoncentrowania się na ocenie wiedzy z pominięciem oceny cech osobowości i motywacji do realizacji standardów tego gabinetu.

Badanie motywacji jest niezwykle istotne także w przypadku średniego personelu, a szczególnie rejestratorki. Często możemy dać się zwieść bardzo dobremu CV, które jasno pokazuje, że kandydatka ma bardzo zróżnicowane i ciekawe doświadczenie oraz

podejmowała w swoim życiu wiele wymagających aktywności zawodowych. W efekcie zadowoleni ją zatrudniamy, a ona po 3 miesiącach odchodzi z pracy... Tak, jak w przypadku lekarza zwracamy uwagę na motywację do pracy właśnie u nas, tak w przypadku rejestracji zalecamy uwrażliwienie się na motywację do pracy na tym właśnie stanowisku. Czy aby na pewno jest to to, co nasz kandydat chce robić, czy też może być to tylko krótki przystanek na drodze do poszukiwania bardziej ambitnego zajęcia...

Reasumując, profesjonalne przygotowanie procesu rekrutacji należy zacząć od wypisania **5-10 kluczowych kompetencji i cech osoby** na rekrutowane stanowisko w każdej z wyżej wymienionych 3 grup. Warto także uporządkować je na skali hierarchii i zastanowić się, z czego ewentualnie można zrezygnować, a co jest absolutnie nienegocjowane. Co można rozwijać, a co bezwzględnie powinna posiadać wybrana osoba. Odpowiednio przeprowadzony proces przygotowania powinien dać nam wyraźny obraz oczekiwanych zachowań na danym stanowisku w różnych kontekstach zawodowych.

Tak przygotowani możemy podejść do **procesu rekrutacji**. Będzie on polegał na ustaleniu, na jakim poziomie nasz kandydat posiada dane zasoby i kompetencje - rozmowa rekrutacyjna ma na celu stworzenie rzeczywistego obrazu danego kandydata. Tworzą go odpowiedzi na zadawane pytania. Budowanie obrazu kandydata sprowadza się do zadawania mu pytań, które ukazują poziom jego kompetencji i wynikające z nich zachowania w określonych przez nas kontekstach. Często osoby prowadzące rekrutację zadają pytania w rodzaju „Czy jest pani komunikatywna?”. Są one bardzo ogólne, z góry wiemy, jaką odpowiedź otrzymamy, w związku z czym one nic nie wnoszą. Jak w takim razie pytać? Bardzo szczegółowo uczymy tego na szkoleniach, na łamach tego artykułu powiemy: KONKRETNIE. Oznacza to, że należy zadawać pytania dotyczące danych zachowań, sytuacji, celem osadzenia rzeczonych cech i przymiotów, których posiadanie nasz kandydat deklaruje. Dobrze sprawdzają się pytania dotyczące konkretnych zdarzeń, gdzie dana cecha się uwidoczniła. Przydatnym narzędziem jest tutaj model STAR, który stanowi podstawę działania każdego profesjonalnego rekrutera:

Znacznie lepiej jest zapytać np. kandydatkę na rejestratorkę o sytuację, w której musiała pracować pod dużą presją czasową, dowiedzieć się, co konkretnie musiała robić i jakie przynosiło to skutki. Da nam to całkiem konkretny ogląd na to, na ile jej definicja dobrej pracy pod presją jest podobna do naszej oraz na ile rzeczywiście aktywności, które podejmowała pozwalają na stwierdzenie, że radzi sobie na wystarczającym poziomie w tego typu sytuacjach. Zadawanie się deklaracjami przeważnie nie ma większego sensu i niewiele wnosi do rozmowy. W związku z tym, serdecznie za-

S

Situation - sytuacja (w jakiej sytuacji...?)

T

Task - zadanie (na czym dokładnie polegało pani/pana zadanie...?)

A

Action - działanie (co pani zrobiła...?)

R

Result - rezultat (jaki był efekt...?)

chęcamy do spojrzenia na listę sporządzonych kompetencji na dane stanowisko i zastanowienie się, jak można się o nie zapytać przywołując konkretne sytuacje – czy to z poprzedniego miejsca pracy, czy z jakiegokolwiek kontekstu. Dobrym sposobem jest także prośba o ocenę poziomu danej kompetencji na skali 1-10, a następnie poproszenie o uzasadnienie takiej, a nie innej oceny, powołując się na konkretne zdarzenia. Często może się okazać, że druga osoba deklaruje posiadanie niezliczonej liczby przymiotów, a proszona o podanie przykładów takich a nie innych zachowań nie wie co powiedzieć.

Drugą skuteczną strategią jest nie tyle pytanie się o to, jak było w przeszłości, a przedstawianie kandydatowi konkretnych przypadków, konkretnych sytuacji z prośbą o przedstawienie tego, jakby się wtedy zachował. Bardzo skuteczne są wszelkie pytania typu „Co by pan/pani zrobiła, gdy...?” (np. w przypadku rekrutacji na stanowisko rejestratorki *Jakby się pani zachowała, gdyby pacjent po raz trzeci nie przyszedł na umówioną wizytę?, Co by pani zrobiła, gdyby pacjent po wizycie zaczął głośno zgłaszać obiektywne do ceny?, Jak poradziłaby sobie pani z płaczącym 5-latką w poczekalni?, Jakby pani zareagowała, gdyby przez telefon pacjent powiedział, że się do nas nie umówi, bo mamy za drogo?*). Pozwala to na określenie potencjału danej osoby nawet w momencie, gdy wcześniej nie pracowała na stanowisku tego typu – pokazuje jej podejście do pracy i też jej własny pomysł na to, jak powinna wyglądać jej rola zawodowa i jakie zachowania powinna reprezentować.

W efekcie, po rozmowie rekrutacyjnej powinniśmy posiadać jasny i konkretny obraz poziomu cech występujących u kandydata, które wcześniej określiliśmy jako kluczowe. Na ich podstawie budujemy sobie obraz zachowań i postępowania naszego kandydata w określonych przez nas jako ważne kontekstach zawodowych. Porównujemy ten obraz z obrazem kandydata idealnego. W oparciu o różnice i podobieństwa między tymi dwoma obrazami będziemy mogli podjąć odpowiednią decyzję. Zdaję sobie sprawę z tego, że proponowany przeze mnie sposób prowadzenia rekrutacji może zająć więcej czasu, podczas przygotowania i samej rekrutacji, jednak zdecydowanie uważam, że jest to najszybszy sposób pozyskania odpowiedniej osoby do zespołu. Pomaga uniknąć wielu błędów, które kosztują znacznie więcej. Proces przygotowawczy tworzy się raz i w przypadku następnej rekrutacji można wyciągnąć wręcz „gotowca”. Po drugie, oszczędza się czas już później. Wdrażanie nowoprzyjętej, umiejętnie zrekrutowanej osoby trwa krócej, nie wymaga ona tak dużej uwagi z naszej strony, nie tracimy czasu i energii na trudne rozmowy z personelem, z których zdaje się mało co wynikać i... nie musimy za jakiś czas od nowa wprawiać całą rekrutacyjną maszynę w ruch, gdyż mamy stały, dobrze dobrany i sprawnie pracujący personel, czego szczerze Państwu życzymy.

MIĘDZYNARODOWE CERTYFIKATY UMIEJĘTNOŚCI IMPLANTOLOGICZNEJ

Egzaminy umiejętności można zdawać bez uczestnictwa w szkoleniu Curriculum Implantologii PSI pod warunkiem spełnienia kryteriów wstępnych, m. in. dotyczących ilości udokumentowanych przypadków implantologicznych, należy być także członkiem PSI, DGOI oraz ICOI.
www.psi-icoi.pl; tel. 32 203 27 85

Szczegółowy harmonogram i procedura
przygotowania do egzaminu
www.psi-icoi.pl

Certyfikat Umiejętności – Implantolog Fellowship

- 2 lata doświadczenia w implantologii
- 4 lata po ukończeniu studiów
- 2 lata członkostwa w PSI/DGOI/ICOI
- wykaz przynajmniej 50 wszczepionych implantów lub 20 przypadków, w których zastosowano leczenie kości szczęk metodami implantologicznymi
- dokładna dokumentacja fotograficzna 10 z nich
- prezentacja w programie powerpoint, keynote, pdf (max. 10 zdjęć dokumentujących 1 przypadek)

Certyfikat Umiejętności – Implantolog Ekspert ds. implantologii stomatologicznej Diplomate

- 4 lata doświadczenia w implantologii
- 6 lat po ukończeniu studiów
- 2 lata członkostwa w PSI/DGOI/ICOI
- wykaz przynajmniej 200 wszczepionych implantów lub 70 przypadków, w których zastosowano leczenie kości szczęk metodami implantologicznymi
- dokładna dokumentacja fotograficzna 10 z nich
- prezentacja w programie powerpoint, keynote, pdf (max. 10 zdjęć dokumentujących 1 przypadek)





1. KONFERENCJA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PERIODONTOLOGICZNEGO Perio 2014

1. Konferencja PTP oraz Sekcji Periodontologii PTS odbyła się 28 marca 2014r. w warszawskim hotelu Marriott. Choć Polskie Towarzystwo Periodontologiczne powstało dopiero w ubiegłym roku, to już pierwsza konferencja, jaką zorganizowało okazała się wielkim sukcesem nie tylko frekwencyjnym. Znakomity program i największe nazwiska współczesnej światowej periodontologii zaowocowały przyjazdem prawie 200 uczestników i kompletem na sali wykładowej oraz na warsztatach, w czasie których prof. Mariano Sanz z Universidad Complutense de Madrid poprowadził szkolenie praktyczne z zakresu plastycznej chirurgii śluzówkowo-dziąsłowej, a prof. Eli Friedwald z Tel Avivu wprowadził w tajemnicę sterowanej regeneracji kości (GBR) i postępowanie z tkankami w nowoczesnej implantologii stomatologicznej.

Konferencji towarzyszyła sesja plakatowa dotycząca periodontologii i chorób błony śluzowej jamy ustnej, a Zarząd PTP zwołał Konferencję Prasową, aby zwrócić uwagę nie tylko branżowych mediów na problemy, jakie niesie z sobą zaniedbanie profilaktyki w zakresie periodontologii. Programowi naukowemu tradycyjnie towarzyszyła wystawa firm.

WYKŁADY

prof. Renata Górska, prezes PTP, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Niechirurgiczne a chirurgiczne leczenie chorób przyzębia. Koncepcje poznane i niepoznane

prof. Mariano Sanz, Uniwersytet Complutense, Madryt–
Obecne i przyszłe podejście do regeneracji przyzębia

prof. Serge Dibart, Uniwersytet Bostoński
Nowe opcje lecznicze: Piezocision w kompleksowym leczeniu multidyscyplinarnym

prof. Frank Weiland, Szkoła Dentystyczna w Wiedniu
Połączenie Perio-Orto: sposoby leczenia ortodontycznego w przypadkach periodontologicznych

prof. Phoebus Madianos, Uniwersytet Ateński
Diagnostyka i leczenie periimplantitis



prof. R. Gruszka



fot. G. Rosiak DTI



SESJA IMPLANTOLOGICZNA PODCZAS TARGÓW KRAKIDENT



Już po raz czwarty podczas marcowych Targów Krakdent odbyła się Sesja Implantologiczna organizowana przez dra Grzegorza Ziętkę z Krakowa. 8 marca w całodniowym kursie wzięło udział ponad stu lekarzy.

W ramach działalności Klubu Aktywnego Implantologa PSI dr Grzegorz Ziętek zaprosił swoich kolegów implantologów, renomowanych wykładowców oraz zaprzyjaźnione firmy do wzięcia udziału w Sesji Implantologicznej na tegorocznym Krakdencie.

W przerwie między zakupami i spotkaniami towarzyskimi zainteresowani implantologią i implantoprotetyką lekarze dentyści mogli wziąć udział w całodniowym kursie, nad którym honorowy patronat objęło Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne. Patronat naukowy sprawował prezydent PSI dr Mariusz Duda, natomiast "Implantologia Stomatologiczna" była patronem prasowym.

Nad wysokim poziomem merytorycznym czuwał Komitet Naukowy w osobach prof. zw. dr hab. n. med. Ryszarda Koczorowskiego, prof. zw. dr hab. n. med. Macieja Romanowicza, prof. zw. dr hab. n. med. Joanny Wysokińskiej-Miszczuk, lek. med. lek. dent. dr hab. n. med. Krzysztofa Osmoli i dra n. med. Andrzeja Szwarczyńskiego.

WYKŁADY

dr n. med. Andrzej Szwarczyński, M.Sc., Dyplomate ICOI
Zastosowanie implantów SPI Thommen Medical w różnych sytuacjach klinicznych oraz małoinwazyjne podniesienie dna zatoki szczękowej

lek. dent. Grzegorz Ziętek, Dyplomate ICOI
Procedury augmentacyjne – kiedy, jaki materiał i implant powinniśmy użyć, aby osiągnąć sukces



fot. Wojciech Królikowski

dr n. med. Mariusz Duda, Dyplomate ICOI

Most czy overdenture - możliwości i ograniczenia przy całkowitej odbudowie implantoprotetycznej łuków zębowych

prof. dr Gabriele Edoardo Pecora, D.M.D., D.D.S

Ekstremalne uproszczenie w nawigacji implantologicznej - technika FLYONE

prof. dr Darko Božić

Implantacja natychmiastowa – czy są jakieś korzyści? Kiedy, jak i dlaczego?

lek. dent. Jerzy Szymczak, Dyplomate ICOI

Dystrakcja pozioma wąskiego wyrostka zębodołowego z jednoczesną implantacją - opis przypadków

dr n. med. Hubert Kubica

Implantacja natychmiastowa w trudnych warunkach kostnych. Jak osiągnąć estetykę w warunkach zaawansowanej choroby przyzębia.



12. KONGRES PTS

Już po raz 12. odbył się Kongres Stomatologów Polskich, który co pięć lat organizuje Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Tym razem kilkuset stomatologów spotkało się w aulach Collegium Maximum Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniach 9-12 kwietnia w Krakowie.



Motto, które przeświecało programowi - „Wszyscy jesteśmy połączeni” - było realizowane zarówno pod względem programowym, jak i towarzyskim. Żadna z dyscyplin stomatologii nie mogła czuć się pominięta, a zwrócenie uwagi na multidyscyplinarne podejście do leczenia pacjentów powinno zaowocować w codziennej praktyce lekarskiej, nie tylko wśród stomatologów.

Obrady naukowe zainaugurowała sesja „Współczesna medycyna wobec wymagań stomatologii. Największe osiągnięcia dziedzin stomatologii ostatnich 5 lat i ten kierunek był konsekwentnie realizowany podczas trzech dni prelekcji. Przedstawiciele wszystkich specjalizacji mogli zaprezentować osiągnięcia swoich ośrodków i zapoznać się najnowszymi wynikami badań, realizowanych aktualnie w Polsce i Europie.

Jednym z ważnych elementów Kongresu, była debata na temat stanu zdrowia jamy ustnej Polaków, zakończona popisaniem deklaracji w sprawie podjęcia działań w tym zakresie. Podkreślano szczególnie znacznie stomatologii dziecięcej, a także działań profilaktycznych i edukacyjnych we wszystkich grupach wiekowych. Intensywnym obradom naukowym towarzyszył bogaty program wieczornych spotkań w bardziej kameralnym gronie.

Pierwszego wieczoru, po uroczystej inauguracji Kongresu w Teatrze im. Juliusza Słowackiego, przedstawiono wyniki sprawozdawczo-wyborczego Walnego Zebrania PTS, podczas którego

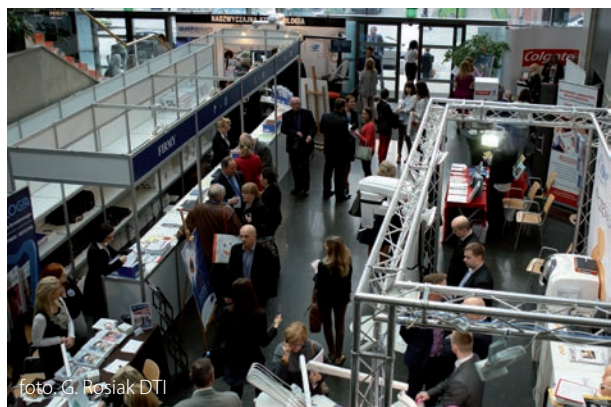


foto: G. Roślak DTI

na stanowisko Prezydenta PTS, na kolejną kadencję wybrano prof. Bartłomieja W. Losterę.

W czwartek niecodzienną przyjemnością była możliwość spędzenia wieczoru w Sukiennicach, gdzie w Galerii Polskiego Malarstwa i Rzeźby XIX wieku zaserwowano uroczystą kolację, a w piątek na nadzwyczajnym posiedzeniu, w podziemiach krakowskiego Rynku zebrali się członkowie Akademii Pierre Faucharda. Podczas uroczystej Gali prezydenci wszystkich towarzystw stomatologicznych zostali uhonorowani pamiątkową statuetką z okazji 12. kongresu PTS. Miło nam również poinformować, że 1. wiceprezydent PSI prof. zw. dr hab.n.med. Ryszard Koczorowski otrzymał tytuł honorowego członka PTS.

Zgodnie z tym, co zapowiadali organizatorzy, 12. kongres PTS był okazją do podsumowania rozwoju polskiej stomatologii oraz działalności szkoleniowej w okresie minionych pięciu lat, a przede wszystkim wytyczeniem realnego celu, do którego powinna ona zmierzać.



Prof. B. Loster, prof. A. Wojtowicz, dr Suliborski, dr J. Zbozeń, dr M. Duda

Miejsce: Monachium, Niemcy

Termin: 7-9 maja 2015 r.

Prowadzący: Prof. dr Markus Hürzeler

Kontakt: Marcin Miłkowski
+48 609 929 691



CONNECTING SCIENCE™



Excellence in Implantology

Zaawansowany kurs z zakresu technik chirurgicznych oraz implantologii estetycznej

Prof. Markusa Hürzeler



www.facebook.com/Galica.fotografia



www.behance.net/marekgalica



www.google.com/+Marekgalicaphotography

KORZYŚCI Z CZŁONKOSTWA w PSI

AFILIACJA W MIĘDZYNARODOWYCH ORGANIZACJACH ICOI I DGOI



- certyfikat potwierdzający członkostwo w DGOI
- certyfikat potwierdzający członkostwo w PSI
- certyfikat potwierdzający członkostwo w ICOI
- program ubezpieczeniowy przygotowany specjalnie dla lekarzy implantologów
- pomoc prawna w razie problemów zawodowych
- wzór zgody na przeprowadzenie zabiegu implantologicznego

PRENUMERATA CZASOPISM:

- „Stomatologia Współczesna” - 6 numerów w roku
- „Implantologia Stomatologiczna” - 2 numery w roku
- „Implant Dentistry” ICOI - 6 numerów w roku
- „Zeitschrift Für Orale Implantologie” DGOI - 4 numery w roku

preferencyjne warunki udziału w kongresach PSI/ICOI/DGOI

możliwość udziału w szkoleniu Curriculum Implantologii

możliwość przystąpienia do Egzaminu Umiejętności

możliwość wykupienia dostępu do aktywnego korzystania z platformy dentalxp w pakiecie premium na preferencyjnych warunkach



3 - 4 PAŹDZIERNIKA 2014

5. KONGRES BEGO IMPLANT SYSTEMS

HOLIDAY INN HOTEL, WARSZAWA-JÓZEFÓW

Cena dla członków PSI oraz OSIS:

1290 zł

Cena regularna:

1490 zł

Wykłady i warsztaty prowadzone przez uznanych wykładowców m.in. z zakresu:

- chirurgii
- implantoprotezy
- regeneracji tkanek miękkich i twardych
- fotografii stomatologicznej
- technik komputerowych w implantologii stomatologicznej
- budowania relacji z pacjentami implantologicznymi

Informacje i zapisy tel. **501 748 430**

www.dental.pl

ORGANIZATOR:

**DENON
DENTAL**

PARTNERZY:

Holiday Inn
WARSZAWA JÓZEFÓW

Szewczyk Auto
DOPASOWANY DO CIEBIE

PATRONI MEDIALNI:

**DENTAL
FORUM**

dti] Dental
Tribune
International

IMPLANTOLOGIA
STOMATOLOGICZNA

**STOMATOLOGIA
WSPÓŁCZESNA**

Carestream
DENTAL

Optident
DIGITAL DENTAL SOLUTIONS

OBODA
Consulting & Training Group

POZNAJ PREMIEROWY CS 8100 3D WSZECHSTRONNY TOMOGRAF, W CENIE KTÓRĄ POLUBISZ

- Szerokie, optymalne pole obrazowania (od 4 cm x 4 cm aż do 8 cm x 9 cm)
- Sensor najnowszej generacji 4T CMOS - doskonała jakość w rozdzielczości do 75 μ m
- **NAJWYŻSZA JAKOŚĆ W KORZYSTNEJ CENIE**



W celu umówienia pokazu w gabinecie
lub udzielenia dodatkowych informacji:

22 188 11 89

www.carestreamdental.pl, www.optident.pl

3D DLA KAŻDEGO! Poznaj najnowszy tomograf CS 8100 3D

Wiemy jak wielu, stomatologów czekało na tomografię dopasowaną do ich codziennej pracy. System o niewielkich rozmiarach, wysokiej jakości, optymalnym polu obrazowania i w rozsądnym budżecie. Z CS 8100 3D systemy obrazowania 2D/3D zyskują dziś nowy wymiar. Poznaj najnowszy, wielofunkcyjny Tomograf 3D CBCT, który zaprojektowaliśmy w oparciu o potrzeby większości praktyk. Odliczanie zakończone. Nowa jakość 3D jest faktem.

- Szerokie, optymalne pole obrazowania (od 4 cm x 4 cm aż do 8 cm x 9 cm)
- Sensor najnowszej generacji 4T CMOS - doskonała jakość w rozdzielczości do 75 μ m
- Szeroki wybór programów anatomicznych dopasowanych do budowy pacjenta
- Wyjątkowo łatwe i intuicyjne pozycjonowanie pacjenta, błyskawiczna akwizycja i niska dawka
- Profesjonalne wsparcie serwisowe, szkoleniowe i doradcze

www.Optident.pl

Optident jest Wyłącznym Dystrybutorem Carestream Dental w Polsce.
Optident S. J., 53-032 Wrocław, ul. Jeździecka 12, tel. 71 781 84 62, 501 242 101

