



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

Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Diplomate

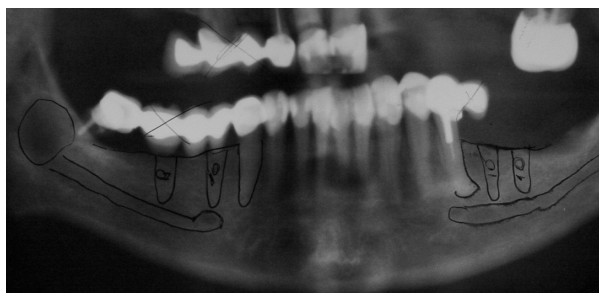
My Diplomate examination

Studia na Pomorskiej Akademii Medycznej ukończyłem w 1999 roku. Implantologią zajmuję się już od kilku lat, pierwszy mój implant pochodzi z 2003 roku, a pomimo wszczępienia do chwili obecnej ponad 2500 implantów uważam, że ciągle kształcenie w tym kierunku jest niezbędne i przynosi korzyści zarówno pacjentom jak i lekarzowi. W roku 2007 wzięłem udział w cyklu szkoleń Curriculum implantologii PSI i nie żałuję, pomimo, że jest to kurs dla osób zaczynających przygodę z implantologią.

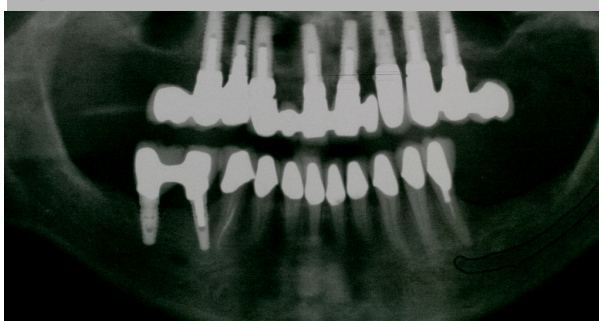
Gdy uczestniczymy w konferencji po raz pierwszy, wszystko dla nas jest nowe, każdy wykład niesie olbrzymią dawkę informacji - z doświadczenia wiem, że nie do końca prawdziwych lub działających tylko w rękach wykładowcy. Po kilku latach są to pojedyncze zdania, które mogą odmienić pracę we własnej praktyce. Curriculum jest właśnie takim kursem, cyklem szkoleń w różnych ośrodkach, gdzie oprócz możliwości poznania fantastycznych ludzi pasjonujących się podobnymi tematami lub zaczynających przygodę z implantologią, można podpatrzeć osoby bardziej doświadczone w pracy oraz trzeba przyswoić teorię, na którą w codziennej praktyce nie ma czasu, a która jest podstawą współczesnej implantologii. Kolejnym etapem rozwoju jest międzynarodowy tytuł Fellowship i wyższy Diplomate, potwierdzające umiejętności teoretyczne i praktyczne zdobyte w trakcie pracy.

Tytuł Diplomate ICOI oraz nadawany przez Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne – ekspert do spraw implantologii jest najwyższym stopniem przyznawanym przez międzynarodowe organizacje naukowe. Aby go otrzymać należy udokumentować kilkuletnią pracę z implantami, potwierdzić wszczępienie przynajmniej 200 implantów oraz obronić przed Komisją Egzaminacyjną prezentację ze swoimi 10 przypadkami z zakończonym leczeniem oddającym cały przekrój implantologii dostępny w prywatnym gabinecie. Przypadki muszą potwierdzać, iż wszczępiając implan-

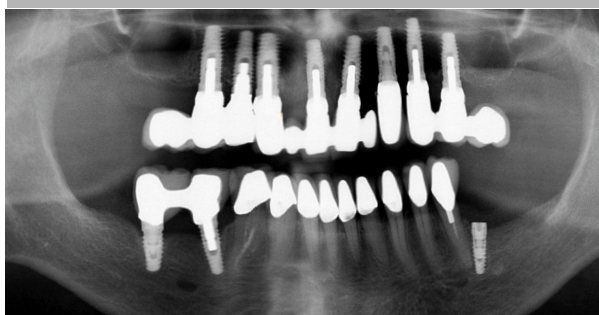
ty dążyliśmy do wcześniej założonego planu, potwierdzającego, że implantologia to nie tylko wszczępienie implantów, ale głównie diagnostyka, planowanie, szablony, odpowiednia technika zabiegowa, postępowanie pozabiegowe, protetyka i prowadzenie pacjenta w kolejnych latach umożliwiające podtrzymanie efektów leczenia. W trakcie egzaminu komisja składająca się z wybitnych specjalistów zadawała pytania, dotyczące prezentowanych przypadków, czasami „czepiała się szczegółów” typu osad na zębach przeciwstawnych przy oddawaniu pracy protetycznej, czy palce asysty widoczne na zdjęciach, ale to też jest na swój sposób słuszne, bo są to szczegóły, których sami byśmy nie zauważyli, a które są bardzo ważne, które mogły by w „świecie” nas ośmieszyć, a w końcu mamy być „członkami reprezentującymi” organizację implantologiczną polską i europejską.



Przypadek 1 - 2005 Kwiecień



Przypadek 1 - 2007 Lipiec



Przypadek 1 - 2009 Marzec

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

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

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

licowane ceramiką. Uzupełnienie tymczasowe stałe cementowane lub przykręcane.

Przypadek 1

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

Plan leczenia:

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

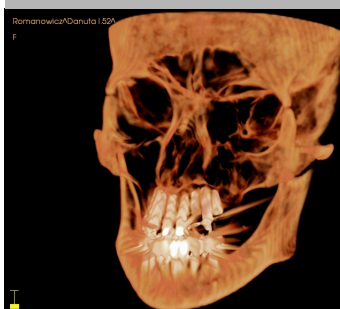
Leczenie rozpoczęto w 2005 roku. Łącznie wszczepiono pacjentce 11 implantów, zabiegi sinus-liftu otwartego nie były możliwe ze względu na zmiany w zatokach. Ostatni implant w okolicy 36 wszczepiłem w lipcu 2007 roku. W międzyczasie lekarz prowadzący



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Czerwiec



Przypadek 1 - 2008 Październik



Przypadek 1 - 2008 Październik

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

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

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

licowane ceramiką. Uzupełnienie tymczasowe stałe cementowane lub przykręcane.

Przypadek 1

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

Plan leczenia:

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

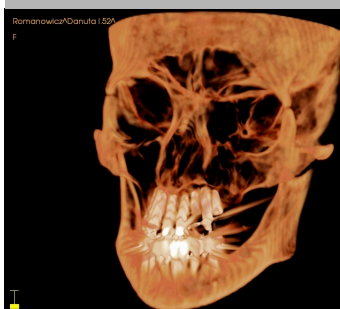
Leczenie rozpoczęto w 2005 roku. Łącznie wszczepiono pacjentce 11 implantów, zabiegi sinus-liftu otwartego nie były możliwe ze względu na zmiany w zatokach. Ostatni implant w okolicy 36 wszczepiłem w lipcu 2007 roku. W międzyczasie lekarz prowadzą-



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



Przypadek 1 - 2007 Styczeń



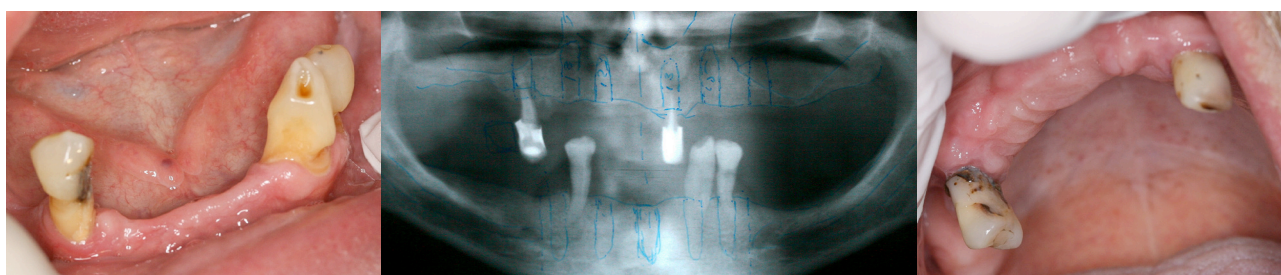
Przypadek 1 - 2007 Czerwiec



Przypadek 1 - 2008 Październik



Przypadek 1 - 2008 Październik



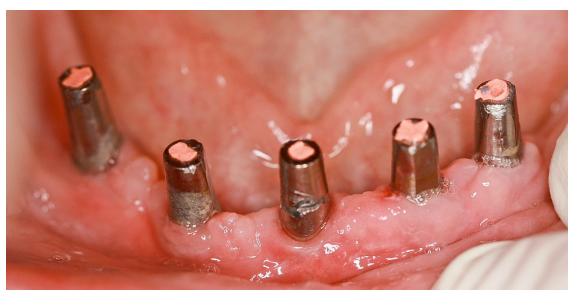
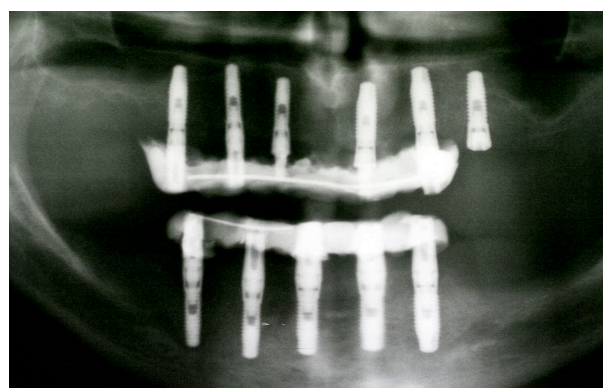
cy wykonał korony na zębach własnych pacjentki. Uzupełnienia stałe w szczęce wykonano w 2006 roku, natomiast w żuchwie po stronie prawej na początku 2007 roku.

Przypadek 2

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

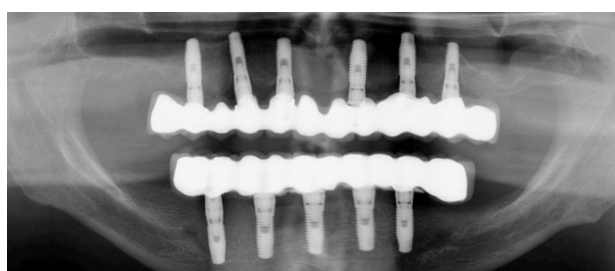
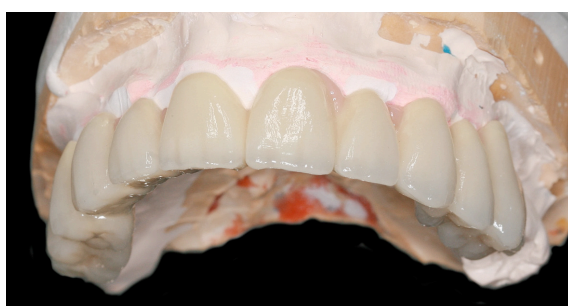
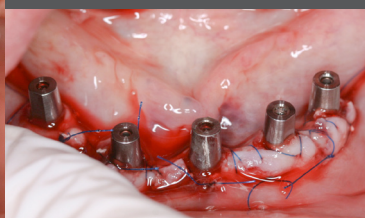
Plan leczenia:

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



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

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



Przypadek 2 - 2005 Maj

