Magyar Fogorvos

XI. Magyar Fogorvosnapok
2017. május 5-6.

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXVI. évfolyam 2017/2.



E-osztály kombinált üzemanyag-fogyasztás: 3,9-6,3 l/100 km, kombinált CO2-kibocsátás: 102-144 g/km.

Intelligens mestermű.

Bármi is vár Önre, E-osztály személyautója időben tudni fog róla. Egy példa: ha az ütközés kockázata fennáll, a PRE-SAFE® Sound hangjelzéssel óvja meg hallását. Mercedes-Benz E-osztály: beavatkozik, ha kell. És csak akkor.

A tájékoztatás nem teljes körű. Az adatok helyességéért, tévedésért vagy nyomdahibáért felelősséget nem vállalunk.
* További részletek a www.mercedes-benz.hu/szerviz oldalon.

Mercedes-Benz
The best or nothing.

Pappas Auto
Klasszisokkal vezet. www.pappas.hu

Pappas Auto Magyarország Kft.
1133 Budapest, Kárpát u. 21. Tel.: (06 1) 451 2200 • 1117 Budapest, Hunyadi János út 6. Tel.: (06 1) 463 7400 4002
Debrecen, Mikepércsi út 73/b Tel.: (52) 525 360 • 7630 Pécs, Koksz u. 125. T el.: (72) 539 539
8000 Székesfehérvár, Seregélyesi út 131. Tel.: (22) 889 180 • 6725 Szeged, Vásárhelyi P. u. 15. Tel.: (62) 466 375
www.pappas.hu

Kérjük, fogadja el meghívásunkat a FOGORVOS PÁHOLY-ba.

fogorvospaholy.webdoki.hu
(zárt orvosi portál, regisztráció szükséges)

RICHTER GEDEON

Szíves figyelmébe ajánljuk
fogászati javallatokban is adható termékeinket.

AKTIL® DUO

amoxicillin + klavulánsav

Az **odontogén infekciók kezeléséhez**
Aktil® Duo filmtabletta és szuszpenzió.

Adagolás: naponta 2x



Flamborin®

metamizol

Gyors és erőteljes **fájdalomcsillapításhoz**
Flamborin csepp (málnaízű oldat).

Felnőtt adag: 20 csepp.



Mindkét termék laktózmentes és adható a felnőttek mellett gyermekeknek is.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Szakorvosi Marketing Osztály: 431 4026
www.richter.hu Gyógyszerbiztonsági Osztály: 505 7032 drugsafety@richter.hu, Version ID: KEDP/VAAIBK, LZD:2017.03.27.

Flamborin® 500mg/ml belsőleges oldatos cseppek.
Hatóanyag: metamizol-nátrium-monohidrát. **Terápiás javallatai:** sérülést, műtétet követő akut, súlyos fájdalmak, kólika, tumoros fájdalom. Egyéb kezelésre nem reagáló akut és krónikus fájdalmak, illetve magas láz. **Adagolás**: a testsúlytól vagy az életkortól függően változó egyszeri és maximális napi adagokat az alkalmazási előirat tartalmazza. **Az alkalmazás módja:** kevés vízbe kell csepegtetni a megfelelő adagot és szájon át bevenni. **Ellenjavallatok:** a gyógyszer összetevőivel, más pirazolon-, ill. pirazolidin-származékkal szembeni túlérzékenység. Analgeticum asthma szindróma, analgetikum intolerancia, a vérképző rendszer betegségei, örökletes G6PD hiány, akut intermittáló porphyria. Terhesség 1. és 3. trimesztere, szoptatás. 3 hónaposnál fiatalabb vagy 5 kg-nál kisebb testsúlyú csecsemők. **Mellékhatások:** hypotonia, ritkán bőrkiütés, túlérzékenységi reakció, leukopénia. **Rendelhetőség:** csak vényre kiadható gyógyszer. **TB támogatás:** nem támogatott. **Forgalomba hozatali engedély száma:** OGYI-T-22832/01. **Alkalmazási előírás engedélyszáma:** OGYI/30447/2014. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!** További részletes információ a www.ogyei.gov.hu oldalon található. Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előírás dátuma: 2015 .05. 06.

AKTIL® DUO hatóanyag: 875mg/125mg filmtbl.: 875 mg amoxycillinum (amoxycillinum trihydricum formájában), 125 mg acidum clavulanicum (kalium clavulanicum formájában). Szuszp.: 400 mg amoxycillinum (amoxycillinum trihydricum formájában), 57 mg acidum clavulanicum (kalium clavulanicum formájában)/5ml. **AKTIL® hatóanyag:** 250mg/125mg: 250mg amoxicillinum, 125 mg acidum clavulanicum; 500mg/125mg: 500mg amoxicillinum, 125 mg acidum clavulanicum. **Javallat:** amoxicillin és klavulánsav kombinációra érzékeny mikroorganizmusok okozta fertőzések: légúti, fül-orr-gégészeti fertőzések, húgy-ivarszervi fertőzések, bőr és lágyrészfertőzések, fogászati és egyéb fertőzések. **Mellékhatások:** allergiás reakciók, gasztrointesztinális tünetek. **Figyelmeztetés:** nem adható együtt disulfirammal, methotrexattal. Ellenjavallat: penicillin érzékenység. **Adagolás:** A szuszpenzió ttkg szerinti adagolását illetve a tabletták ajánlott adagolását a részletes alkalmazási előirat tartalmazza. **Alkalmazási előiratok engedély számai:** 17619/55/2003, 9109/41/2003 **Kiszerelés-rendelhetőség-fogyasztói ár-TB támogatás-fizetendő ár:** filmtbl. 875 mg/125 mg: 14x + V 2315 Ft / 562 Ft / 1753 Ft; 500mg/125mg : 21x + V: 2349Ft/ 546 Ft/ 1803 Ft; 250mg/125mg 21x + V: 1673 Ft/ 418 Ft/1255 Ft; Por 400 mg/57 mg/5 ml 1x8,75 g 35 ml-hez: 750 Ft / 187 Ft / 563 Ft EÜ 50% : 750 Ft/374 Ft/ 375 Ft. Por 400 mg/57 mg/5 ml 1x17,5 g 70 ml-hez: 1497 Ft / 374 Ft / 1123 Ft Eü 50% : 1497 Ft/ 749 Ft / 748 Ft. Az esetleges változások a www.oep.hu honlapon tekinthetők meg. További részletes információt az alkalmazási előirat tartalmaz www.ogyei.gov.hu! **Az utolsó jóváhagyott alkalmazási előirat dátuma:** 2010. december 29.

lek
a Sandoz company

RICHTER GEDEON



Fogorvosnapok

A XI. Magyar Fogorvosnapok a Fogorvosi Tagozat húszegynéhány évét foglalja keretbe. A szervezők készülnek, hogy méltóképp fogadhassák a nagyszámú jelentkezőket. A tradíciók köteleznek, a Fogorvosnapok ünnep, nagy szakmai seregszemle. Az aktív fogorvos kollégák jelentős része elfogadta a szíves invitálást. A megszokott továbbképző program ezúttal nem a klinikum határterületeire, a betegségek általános orvosi vetületeire és fogorvosi vonatkozásaira fókuszál, mint két évvel ezelőtt, hanem új formába szerkesztve exponál izgalmas, mindennapi gyakorlati kérdéseket. Emellett a fogszabályozás tematikus szatellit-minikonferenciája, workshopok és fogtechnikus szekció színesíti a palettát. Nem marad el a hagyományos szakmapolitikai fórum sem, bár itt a meghívottak részvétele mindig tartogat meglepetéseket.

A helyszín ezúttal rendhagyóan új lesz, a Millenáris Park hatalmas területe, ahol nagyszabású szakmai kiállítást szervez állandó együttműködő partnerünk, a FoKeSz. Jó közlekedési és parkolási lehetőségek, nagy tér, kellemes környezet szolgálja a résztvevők kényelmét.

A 2016-os év bíztató üzenetei, a tárgyalásos egyezségkötés, a reményteli ígéretek a közelmúlt homályába veszni látszanak. A szunnyadó téli hónapok után ismét felszínre tör az elégedetlenség. Jönnek sorba az örökzöldek: lendületbe jön a tervezettnél ismét magasabb kórházadósság (talán megint rosszul tervezték, és a tüneti terápia helyett az oki eredményesebbnek bizonyulna), a védőnőknek ígért béremelés érthetetlenül a negyedére zsugorodott, a világhírű Pető Intézet terápiát végző konduktorai sorra mondanak fel, és a fogorvosok is aláírásgyűjtésbe kezdtek, valamint a Kamara is megírta levelét a miniszterelnöknek címezve.

E sorok írója, aki a rendszerváltó kezdetek óta már sok mindent látott, megélt és megtapasztalt, kissé szomorúan konstatálja, hogy nincs új a nap alatt, a velünk kapcsolatos „történetek” újra és újra megismétlődnek. Emlékezem… 2001 Kamara-székház, a Fogorvosi Tagozat meghívására eljön a miniszter és államtitkára, szép ígéretek, azonos hullámhosszon vagyunk, lelkesedés. Biztatnak, hogy a pontérték nem süllyedhet három forint alá, sőt, éppen most jóval felette van. Kisvártatva már nem ők vannak. 2002 ősz, újabb reménykedés, hiszen a közszféra 50%-os béremelésnek örül. Majd alábbhagy a „teljesítménypont” szárnyalása, a nagy rendszerben újra felolvad minden. Az iskolások népszerű időt múlató torpedójátéka esetünkben is gyakorlattá válik: talált, süllyed. Félő azonban, hogy a süllyedő hajóról a nagy menekülés a mentőcsónakokon megszokott folyamattá válik. A közellátást a bomlasztó hatások megrendítik, a kollegák jó része már idegen vizeken evezik odaát, vagy az egyre erősödő magánszférában találja meg boldogulását.

Újra emlékképek sejlenek fel: az alapellátó orvosok – benne fogorvosok szép számban – nagygyűlése az egyik sportcsarnokban, veretes beszédek, aláírásgyűjtés dobozszámra, átadás az akkori főembernek, tiltakozás és lelkesedés, hisszük, hogy holnaptól új világ kezdődik. 2008-ban sorozat-tárgyalás az OEP-székházban a főigazgatóval és csapatával, látványos megegyezés, a megállapodás ünnepélyes aláírása a Kamara képviselőivel. Nemsokára az aláíró miniszter lesz, és ragyog az arcunk az örömteli reménykedéstől. Aztán a látszólagos javulás után ismét hoppon maradunk.

Sorozatot indítottunk el a lap hasábjain: „Mit ér a pont, ha magyar?”. Azóta is tudjuk, hogy egyre kevesebbet. De az írások, az elemzések jók voltak, tényszerűek, izgalmasak, elgondolkodtatók, mert világossá vált az ok és az okozat, és talán az is, hogy nincs menekvés. A folyamat nem jó irányú, a tendencia kedvünket szegi, lehangoló. Megtapasztaltuk, az aláírásgyűjtés nem segít, csak akkor eredményes, ha a petícióba foglalt verbális presszió valósággá válik. Ha csak üzenet marad, akkor pusztába kiáltott szó, legfeljebb csatakiáltás. Akkor ér valamit, ha tett is követi. Most várunk, feltör a régi dilemma: akkor megyünk, vagy maradunk? Persze, nem ilyen egyszerű, mert jönnek a súlyos kérdések: mi lesz a beteggel, sőt az országgal?

De ne csüggedjünk, mert van egy biztos pont, megint lesz Fogorvosnapok, és újra találkozunk. Ez azért legalább jó dolog…

Dr. Gerle János
főszerkesztő

A szék mellett

58 *Valerio Di Mauro, Raffaele Torre:*
Implanto-protetikai megoldások irányított sebészettel

70 *Carlo Monaco, Giovanni Zuchelli, Luigi De Stefano:*
Technológiák harmóniája

76 *Dr. Brenda Baker, Dr. David Reaney:*
Implantátumon rögzített overdenture típusú fogpótlások

82 *Dr. Bársony Nóra, Dr. Gulácsi Gabriella, Dr. Horváth János:*
A distalharapás ortopédiai kezelési lehetőségei

Implantológia

86 *Iványi Dóra, Dr. Kivovics Péter:*
A fogászati implantátumok eltávolításának lehetséges okai és módszerei

MOK-figyelő

92 A jogegyenlőség követelménye

Továbbképzés

94 Távoktatás

Rendezvény

96 Az Európai Fogászati Népegészségügyi Társaság 21. kongresszusa

Új termékek

99 Nanohibrid kompozit CAD/CAM-blokk

100 Nekrológ

A ROVATOKAT GONDOZZÁK:

Preventív fogászat: Dr. Bartha Károly
A szék mellett: Dr. Gerle János
Esztétikai fogászat: Dr. Borbély Judit, Dr. Dombi Csaba
Implantológia: Dr. Czinkóczky Béla
Távoktatás: Dr. Kispélyi Barbara
MOK-figyelő: Dr. Gerle János, Dr. Hermann Péter
Jogszabályok: Dr. Hermann Péter
Nemzetközi kapcsolatok/sajtófigyelő: Dr. Linninger Mercedes

Magyar Fogorvos
A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXVI. évfolyam, 2017/2.

A MAGYAR ORVOSI KAMARA
FOGORVOSOK TERÜLETI SZERVEZETÉNEK LAPJA

Kiadja:
LifeTime Media Kft.
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 75/A.
Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603.
Telefon: 316-4556, 316-4598, ***fax:*** 316-9600
E-mail: lam@lam.hu

Felelős kiadó: Cserni Tímea, Ruszkai Nóra
Főszerkesztő: Dr. Gerle János
Főszerkesztő-helyettes: Dr. Hermann Péter
Szakmai szerk.: Dr. Kispélyi Barbara, Dr. Dombi Csaba
Szerkesztőbizottság: Dr. Vágó Péter (elnök), Dr. Borbély Judit, Dr. Dombi Csaba, Dr. Fejérdy Pál, Dr. Gábris Katalin, Dr. Gorzó István, Dr. Hegedűs Csaba, Dr. Herczeg Olga, Dr. Horváth János, Dr. Kádár László, Dr. Kelentey Barna, Dr. Kispély Barbara, Dr. Kivovics Péter, Dr. Márton Ildikó, Dr. Nagy Gábor, Dr. Nagy Katalin, Dr. Orosz Mihály, Dr. Radnai Márta, Dr. Redl Pál, Dr.Tóth Vilmos
Szerkesztő: Révészi Valéria
Tördelőszerkesztő: Giczi Gyula

Hirdetésfelvétel:
MOK Fogorvosok Területi Szervezete
1068 Budapest, Szondi u. 100.
Tel.: +36-1-354-0469, +36-1-353-2188
Fax: +36-1-269-1876
E-mail: kamara@fogorvos.hu

Nyomdai kivitelezés: Grafit Pencil Nyomda Kft., 1046 Budapest, Klauzál u. 9.
Felelős vezető: Korok Péter ügyvezető igazgató
Példányonkénti ára: 1600 Ft + áfa
Megjelenik: kéthavonta

Terjesztés: A lap a MOK Fogorvosok Területi Szervezete tagjai részére ingyenesen jár.
A lapot terjeszti a Magyar Posta Zrt.
Postacím: 1900 Budapest
A terjesztő esetleges hibás terjesztése miatti kellemetlenségekért elnézést kérünk. Kérjük, amennyiben valamelyik lapszámot nem kapja meg, jelezze ezt kiadónk felé a következő elérhetőségek valamelyikén, és azonnal pótoljuk a hiányt:
Telefon: 316-4556, ***E-mail:*** terjesztes@lam.hu

A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.

ISSN: 1216-2213

»OBSERVER«
A MÉDIAFIGYELŐ

neo
THE NEXT **SENSATION**
by Alpha-Bio Tec.

AlphaBio Tec Simplantology

IMPLANTÁCIÓS RENDSZER





OSTEOGENICS BIOMEDICAL

MEMBRÁN



Hu-Friedy
How the best perform

KÉZIMŰSZER





DentalMaster™

PÁCIENS EDUKÁCIÓS SZOFTVER

OSSTELL

IMPLANTÁTUM STABILITÁS MÉRŐ

A MINŐSÉG A SIKER GARANCIÁJA

alpha implant

Alpha Implant Kft. / 1027 Budapest, Horvát u. 14-24.
+36 1 353 9090 / info@alphaimplant.hu / **www.alphaimplant.hu**

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

Implanto-protetikai megoldások irányított sebészettel



Valerio Di Mauro



Raffaele Torre

A fogpótlástanilag irányított implantológia egy noninvazív műtéti technika, amely lehetővé teszi az implantátumok behelyezését egy sebészi sablon használatának segítségével, amely a beavatkozás alatt mindvégig rögzítve van a szájüregben.
Ez számos előnnyel jár a páciens számára: a beavatkozás időtartamának csökkenése, a posztoperatív ödéma és a fájdalom hiánya. A bemutatott klinikai eset rávilágít e technika fő lépéseire, továbbá bemutatja egy CAD/CAM technológiával a felső állcsontra készülő cirkóniumvázas hídpótlás, és az alsó állcsontra arany merevítőrudas overdenture fogpótlás elkészítését.





1. ábra: Jobb oldali laterális nézet



2. ábra: Frontális nézet



3. ábra: Bal oldali laterális nézet

Klinikai eset – anamnézis-felvétel

(1-6. ábra)

- Negatív anamnézis
- Nemdohányzó
- 50-es éveiben járó férfi páciens
- Aszimmetrikus overjet
- Rágási nehézségek
- Inverz éli vonal
- Előnytelen esztétikai megjelenés
- Preoperatív panorámafelvételen látható a felső állcsont, és a csontlebontódás a mandibula posterior régiójában *(7. ábra)*



4. ábra: Inverz incisalis éli vonal



5. ábra: Alacsony mosolyvonal



6. ábra: Kompozittal leplezett fémvázas híd



7. ábra: Kiindulási OP-felvétel

Döntéshozatali tényezők

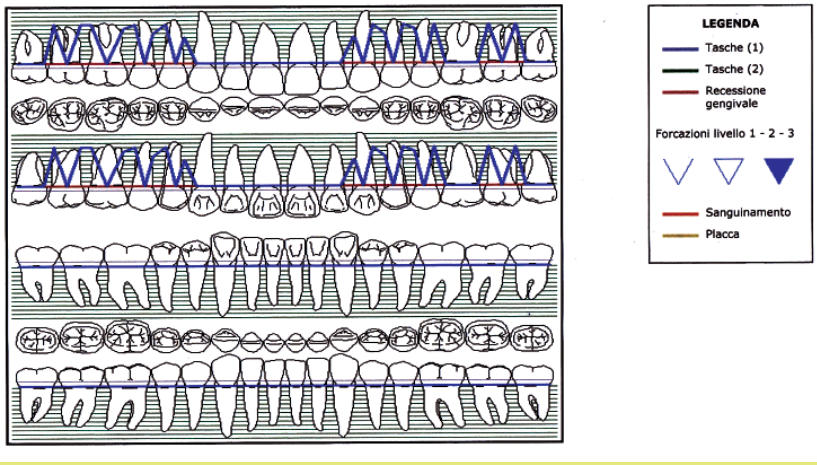
- Klinikai vizsgálat
- Röntgenvizsgálat
- Mély tasakok jelenléte
- A felső maradék fogak 2-es és 3-as fokú mozgathatósága
- Tapadásveszteség
- Furkáció-érintettség
- Funkcióvesztés és a kedvezőtlen esztétika miatt a maradék fogak eltávolítása mellett döntöttek *(8. ábra)*



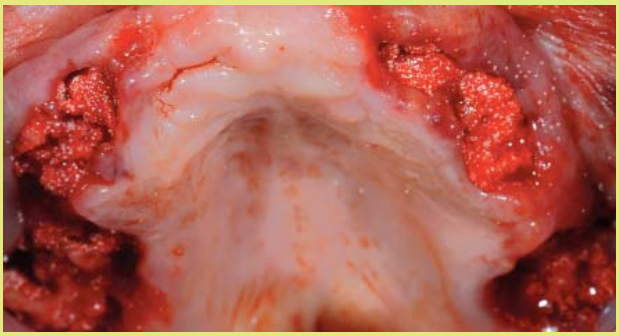
8. ábra: Mély szuvasodások és 3-as fokú mobilitás

Kezelési terv

- A kezelési tervben irányított sebészi technikával behelyezett implantátumokon elhorgonyzott fogpótlás szerepelt mindkét állcsontra, ezt ismertették a pácienssel *(9. ábra)*.
- A vertikális dimenzió visszaállításával ideiglenes fogpótlásokat terveztünk *(10-11. ábra)*.
- Három hónapos gyógyulási idő alatt folyamatos megfigyelés alatt tartjuk a lágy- és keményszövetek egészségét *(12. ábra)*.
- A maxilla centripetális sorvadása áll fenn *(13-14. ábra)*.
- A fogpótlás guttapercha pointokkal és szilikonkulcs segítségével megjelölésre kerül.
- Ezután készítenek egy in situ CT-t a fogpótlásról, és egy másik felvételt csak a fogpótlásról, szájon kívül.



9. ábra: Parodontológiai analízis



10. ábra: Regeneráció – bioanyagokkal



11. ábra: Varratok



12. ábra: A felső fogív három hónap után

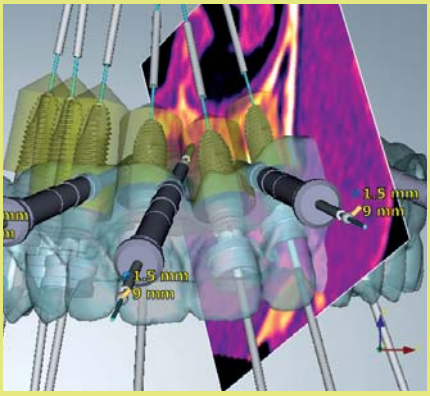


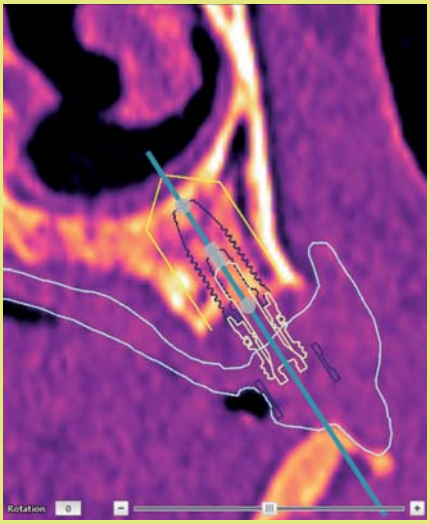
13. ábra: Alsó fogív

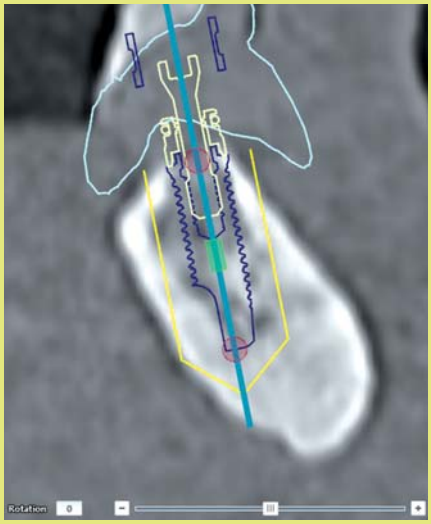


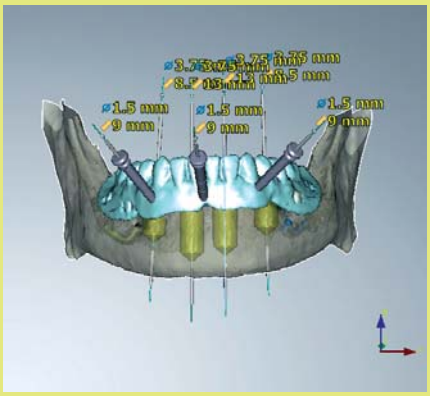
14. ábra: A maxilla centripetális lebontódása


Az izgalmakat hagyja
a hétvégére.
A munkájában menjen
biztosra!
Realtrade
Teljeskörű praxis és
labor kiszolgálás,
az Ön igényeihez igazítva!
REALTRADE KFT. 1102 Budapest, Hölgy u. 9/b.
Tel.: +36 1 261 6630 Fax: +36 1 261 4348
web: www.realtrade.hu facebook.com/realtradekft e-mail: info@realtrade.hu









15–18. ábra: 3D-s tervezés

- A két szkennelés egyesítése után a fogorvos a fogpótlás által vezetve virtuálisan megtervezi a műtétet, ami azt jelenti, hogy az implantátumokat abba a pozícióban és irányban tervezik, amely az eltávolított fogaknak megfeleltethető *(15-18. ábra)*.



19. ábra: Sebészi sablon pozícionálása



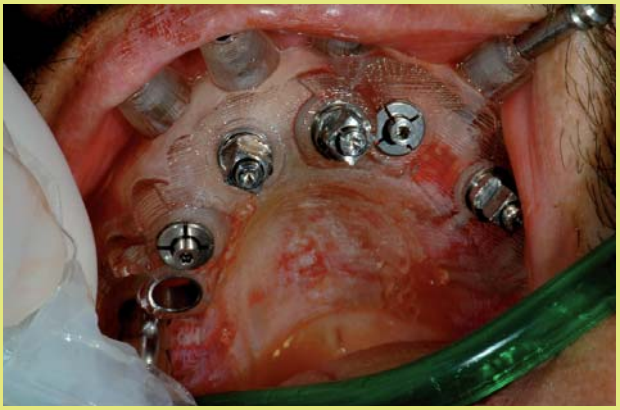
20. ábra: Sebészi sablon rögzítése elhorgonyzó pinekkel



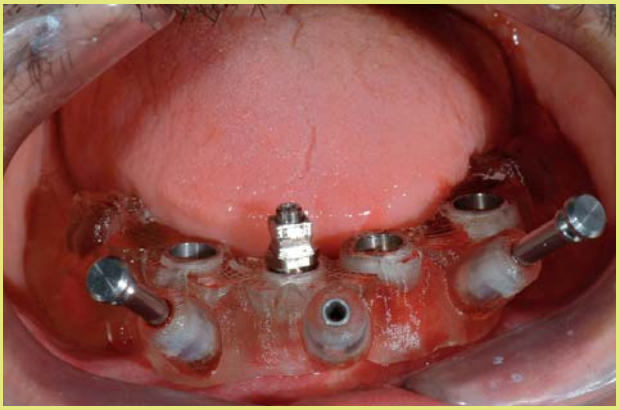
21. ábra: Előfúrás



22. ábra: Implantátumok behelyezése



23. ábra: A behelyezett kiegészítők



24. ábra: Az alsó állcsont implantálása

- Így meghatározzák az implantátumok hosszát, az átmérőjét, és az érinteni nem kívánt anatómiai struktúráktól való távolságát.
- A projekt jóváhagyását követően a fájlt a működési egységbe küldik, ahonnan hét napon belül elküldik a sztereolitografált műtéti sablont a rendelőbe.
- A sablon a laboratóriumba kerül, ahol a műtétet megelőzően egy csavaros rögzítésű akrilát ideiglenes fogpótlást készítenek az azonnali terhelés céljából, mivel tudjuk az implantátumok majdani pozícióját.
- Előnyben részesítjük a műtéti beavatkozás alatti éber szedációt. Egy aneszteziológus kolléga a műtét teljes hossza alatt megfigyelés alatt tartja a pácienst. Ily módon a beteg általános kényelmi állapotban van, teljesen nyugodt, mégis együttműködő. A felső sebészi sablont szájba helyezik, majd a páciens ráharap a szilikonkulcsra, ezzel a sablon pontosan a helyére kerül *(19. ábra)*. Ezután az előzetesen elkészített elhorgonyzó pinekkel rögzítjük a sablont *(20. ábra)*.
- A hét implantátum maxillába, és a négy implantátum mandibulába történő behelyezésével folytatjuk, ugyanazon eljárással, egy ülésben *(21-24. ábra)*.



dental-trade

TRIOS® intraorális szkenner
ÉLŐ BEMUTATÓ
2017. május 5-6.
Magyar Fogorvosnapok

A TRIOS® egyesíti a már bevált technológiákat, így a rendelőben kiválóan alkalmazható megoldást kínál a digitális intraorális lenyomatvételekhez. Az eszköz a fogorvos számára precízebb lenyomatokat, rövidebb munkaidőt, pontosabb munkavégzést és elégedettebb betegeket biztosít.

Látogassa meg a Dental-Trade Kft. standját a Magyar Fogorvosnapokon!

1078 Budapest, Marek József u. 31.
+36 1 333 6700
info@dentaltrade.hu
www.dentaltrade.hu
@dentaltradekft





25–26. ábra: Akrilát ideiglenes fogpótlás

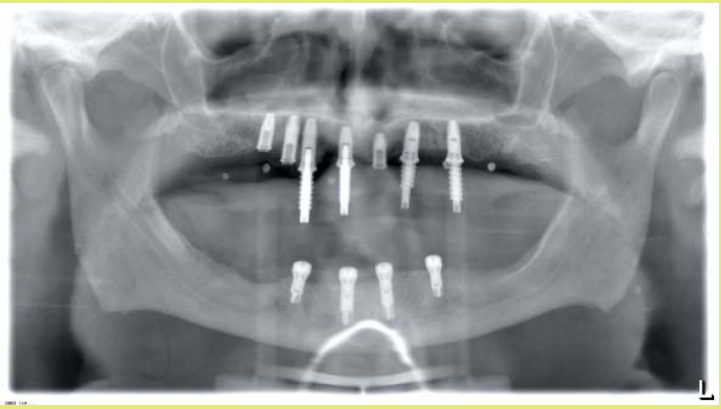


27. ábra: Csavarral rögzített ideiglenes fogpótlás



28. ábra: A csavarok hozzáférési helyei palatinális irányból

- A csavarokkal rögzítjük a felső ideiglenes fogpótlást, a három implantátum 20 Ncm-nél kisebb nyomaték alkalmazásával. Ezáltal az implantátumok primer stabilitását elérjük, e mértékű nyomaték azonban nem hordozza az azonnali terhelhetőség lehetőségét *(25-26. ábra)*.
- Az alsó fogpótlás esetében késleltetett terhelést alkalmazunk. A megfelelően behelyezett és rögzített ideiglenes fogpótlással az okklúziós paraméterek visszaállítása történik, és a környező szövetek viselkedése követhető *(27-29 ábra)*. Ezáltal lehetővé válik a csont és az íny morfológiájának átszerveződése, és a 60 nap alatt bekövetkező osseointegráció után minden implantátum éretté válik a funkcionalitásra *(30. ábra)*. Ebben az időszakban a páciens instrukciókat kap a helyes tisztításról: fogköztisztító kefék, superfloss, és szájzuhany helyes használatáról a bakteriális plakk és az ételmaradékok felhalmozódásának elkerülése érdekében.



29. ábra: OP-felvétel 1 hónappal az implantáció után



30. ábra: Környező lágyrészek három hónappal az implantáció után



camlog

Balatonfüred
Anna Grand Hotel



COMFOUR™
haladó tanfolyam

FOGORVOSOKNAK
és
FOGTECHNIKUSOKNAK

2017. május 26-27.



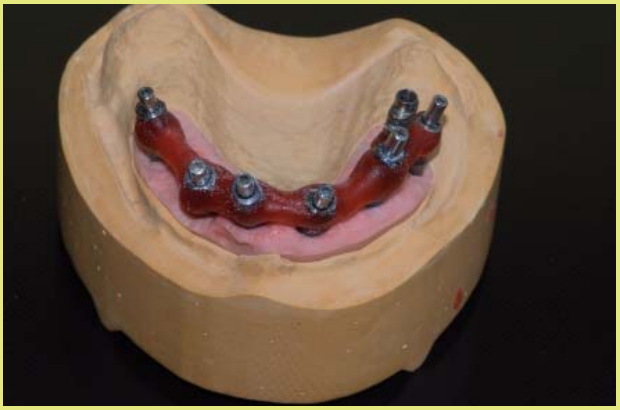
Hands-on
3D-s tervezés
SMART Guide
COMFOUR™ megoldások
4 vagy 6 implantátumra
Esetbemutatások

Kapcsolat:
Logintech Magyarország Kft. | Szeged 6726 Fő fasor 16-20. | logintech@logintech.hu |
Tel. : +36 62 424 379 | Fax: +36 62 424 378
Kapcsolattartó: Farsang Kata | +36 30 436 7343 | kata.farsang@logintech.hu

- A páciensek hozzáállása döntő a fogpótlás hosszú távú sikeressége érdekében.
- 1 hónappal később lenyomatokat veszünk, és minden információt elküldünk a laboratóriumnak, beleértve a gnatológiai adatokat, melyeket KaVo Arcus Digma segítségével rögzítettünk a számítógépre *(31. ábra)*.
- A protokoll kötelező elemeket és szigorú szabályokat tartalmaz, ezzel optimalizálva a munkaidőt, és korlátozva a kockázatokat.
- Például, ha ebben a szakaszban hibát vétenénk, az visszafordíthatatlan következményekkel járna, és újra kellene építeni a szerkezetet.



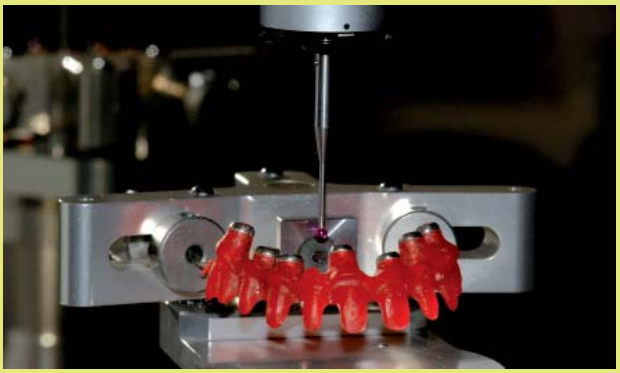
31. ábra: KaVo Protar 9





32–33. ábra: Rezin pick-upok a mintán

- A technikus beszámozza a rezin pick-upokat *(32-33 ábra),* amiket az orvos illeszt a szájüregbe, mindkét állcsontra, a mintákon az implantátumok pontos helyzete alapján a technikus megformálja a rezin struktúrát, ezáltal tulajdonképpen az ideiglenes fogpótlás másolatát kapja.
- A felső fogív CAD/CAM beolvasása történik ezt követően *(34. ábra)*. A felső implantátumokon elhorgonyzott cirkóniumvázas hidat beprób álják a szájban annak igazolására, hogy mindenhol pontosan illeszkedik a protetikai fejekre *(35-37 ábra)*.



34. ábra: CAD/CAM beolvasás





35–36. ábra: Cirkónium váz

HERBODENT®

Igényeljen Zhermack hűségkártyát, megéri!

Várjuk szeretettel standunkon, a Magyar Fogorvos Napok keretében rendezett kiállításon a Millenárison, május 5-6-án! A kiállítás ideje alatt mindenből 20% kedvezményt adunk!



Zhermack Dental

SHOFU®





HERBODENT®

HŰSÉGKÁRTYA

Zhermack Dental



SDWHITE®

AnGer G&A
Dental Manufacturing Enterprise



PROMEDICA



AMPri

CMS Dental
Our Innovation Your Success



TANÚSÍTVA ISO 9001 EQM EUROPEAN QUALITY MANAGEMENT

ISO 9001 minősítés

HERBODENT®

www.herbodent.hu

1025 Budapest, Szépvölgyi út 52.
Tel.: 325-7129 • Tel./fax.: 325-7220
E-mail: herbodent@herbodent.hu
mobil: 30/203-6957

- A fogtechnikus ezután kerámiával leplezi a vázat, az íny kiegészítésére rózsaszín kerámiát applikál, és a tisztítás céljából lényeges réseket alakítja ki.
- Az alsó állcsontra akrilát kivehető szkeletális protézist tervezünk, merevítőrúddal *(38-39 ábra)*.
- Az elkészült fogpótlás tökéletesen illeszkedik a szájüregbe, amellyel együtt jár a stomatognath funkció egészségének visszaállása, csakúgy, mint a nagyon kedvező esztétika *(40-48 ábra)*.



37. ábra: Frontális – intraorális nézet



38. ábra: Arany merevítőrúd



39. ábra: Az alsó protézis



40. ábra: Propulziós kép



41. ábra: Bal oldali laterális



42. ábra: Jobb oldali laterális



43. ábra: A kialakított forma fekete-fehérben



44. ábra: Felső frontfogak



45. ábra: Előtte



46. ábra: Utána



47. ábra: Incisalis vonal



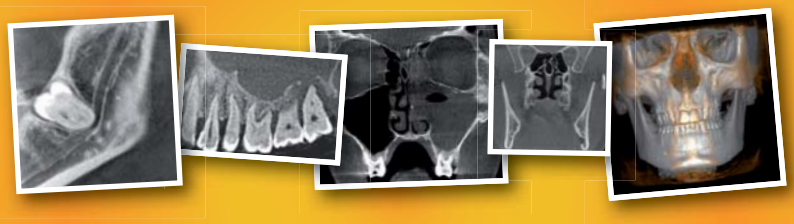
48. ábra: A fogpótlás integrációját követően

Köszönetnyilvánítás
Dr. Giancarlo Maio aneszteziológusnak, a professzionalizmusáért és hozzáállásáért. A csapatnak: Antonia Nocerino, Imma Baratto, Roberta Ferrara kollégáknak, az asszisztálásért és szervezésért. A Torre laboratóriumnak, hogy rendelkezésre álltak az együttműködés során.

Forrás: Valerio Di Mauro, Raffaele Torre: Implant-prosthetic solutions with guided surgery SPECTRUM Dental Teamwork Vol.9 No.6 - August/September 2016 22-33.pages

Fordította: Dr. Zsédely Anikó

Legyen biztos benne, hogy az iCAT 3D CBCT felvételeit Ön is tévedés nélkül kiértékeli, ami sokkal biztosabb diagnózist biztosít, mint a megszokott panorámafelvétel.



A VIP Dental CBCT Központokban Pesten, Budán, Debrecenben ugyanazok az Icat 3D CBCT-k, a könnyen kezelhető, felhasználóbarát iCATVision kiértékelő programokkal.

Ha mégis szüksége lenne segítségre, szükség szerint tartott, ingyenes továbbképzés keretében radiológusunk megtanítja a Vision program használatára.

VIP Dental CBCT és Röntgen Központ

VIP DENTAL CBCT KÖZPONT – AHOL A MINŐSÉG ÖNRE MOSOLYOG

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

Technológiák harmóniája

Carlo Monaco, Giovanni Zuchelli és Luigi De Stefano útmutatója ahhoz, hogy a CAD/CAM rendszerek használatakor hogyan takarítsunk meg időt a fogászati kezelés során, hogyan növeljük lenyomataink pontosságát, és hogyan tegyük hatékonyabbá a tervezést.



Carlo Monaco



Giovanni Zuchelli



Luigi De Stefano

Napjainkban a technológiák és az anyagok tárházának növekedésével egyre rövidebb úton juthatunk el a tökéletes eredményhez. Körültekintő tervezéssel a páciens kezelését gyakran már egy ülésben elvégezhetjük. Intraorális szkenner segítségével elkészített lenyomat nem deformálódik, és a preparáció pontossága 3D-ban ellenőrizhető a szkennelés után. A 3D-os kép segítségével előre láthatóvá válik az eredmény, és ez növeli a páciens elégedettségét. A fent említett CAD/CAM technológia használatának elterjedését elősegítették a különböző modern fogászati kerámiák – például a lítium-diszilikát üvegkerámiák – megjelenése. Összefoglalva a CAD/CAM rendszerre épülő eljárások lerövidítik a kezelési időt, növelik a precizitás és a képi megjelenítés mértékét, így végső soron jobb eredménnyel kecsegtetnek.



1. ábra: A páciens azzal a kéréssel érkezett, hogy régi fémkerámia koronáit lecseréltetné, mert azok esztétikájával nem elégedett

Az alábbi cikk hat felső frontfog, szólókoronával való restaurációjának lépéseit mutatja be. Az eljárás, mind funkcionálisan mind esztétikailag első osztályú eredményt adott.

Előkészítő műveletek

A hölgy páciens azzal a kéréssel érkezett, hogy régi fémkerámia koronáit szeretné újakra cserélni, mert azok esztétikájával elégedetlen volt *(1. ábra)*. Első lépésben röntgenfelvételeket, majd intra- és extraorális fotókat készítettünk. A fogpótlás megtervezése a Digitális Smile Design (DSD, Dr, C Coacman) program segítségével és a páciens közreműködésével történt. A képi megjelenítés alapvető fontosságú az esztétikai fogászatban, mert a páciens a saját szemével látja az ered-

ményt még mielőtt elkezdenénk a fogakat előkészíteni. Miután a pácienssel közösen jóváhagytuk a kezelési tervet, egy hagyományos alsó és felső lenyomatot készítettünk, majd az előzetes tervek alapján wax-up-ot kértünk a labortól a felső mintára. A wax-up alapján ideiglenes fogpótlást készítettünk a páciens számára, amelyen újra ellenőrizni tudtuk az összes általa kért esztétikai változtatást. A páciens problémája a régi koronákkal többek között az volt, hogy túlzottan hosszúnak találta a metszőfogakat. Annak érdekében viszont, hogy az új, rövidebb metszők harmonizáljanak a szomszédos fogakkal, meg kellett változtatni a frontfogak palatinális íveltségét.

Tervezés és kivitelezés

A DSD program segítségével mock-up-ot készítetünk, amelynek bepróbálása után véglegesítettük a kezelési tervet. A mock-up minden előre megbeszélt formai változtatást tartalmazott. Bepróbáláskor a szemfogak túl hosszúnak tűntek, az új megjelenésű kis- és nagy metszőfogakhoz képest *(2. ábra)*. Ezért a pácienssel egyeztetve a szemfogak körülbelül 1 mm-es redukciója mellett döntöttünk. Utóbbit már az ideiglenes koronákon is elvégeztünk. Ezzel egy időben a pácienst tájékoztattuk arról, hogy a megfelelő esztétikai eredmény elérése érdekében az íny lefutását is meg kell változtatni, és ehhez sebészi beavatkozásra is szükség lesz. Ezeknél a beavatkozásoknál, ahol az egészséges foganyag eltávolítására és/vagy az íny lefutásának megváltoztatására van szükség, a DSD programot használtuk, mert az ilyen változások nem modellezhetők jól a mintán és a mock-up-on. A régi fogpótlások eltávolítása során nyilvánvalóvá vált, hogy a pillérfogak több helyen destruáltak, ezért még az ideiglenes fogpótlások (PMMA) felhelyezése előtt a pilléreket kompozittal felépítettük *(3. ábra)*. Az eredeti célkitűzés az volt, hogy lehetőség szerint ne vegyünk el kellőnél több ép foganyagot. A szükséges konzerváló fogászati beavatkozások után a felépített csonkokat úgy alakítottuk ki, hogy interproximálisan elég hely legyen a papilla számára. Természetesen az ideiglenes fogpótlást is a korábban tárgyalt kívánalmaknak megfelelően alakítottuk ki *(4. ábra)*.

Sebészi előkészítés

Az ínylefutás korrigálása érdekében koronahosszabbító műtétet végeztünk. A bukkolingvális csontszélből annyit vettünk el, hogy legalább 5 mm szélességű ép foganyag legyen az alveoláris csontszél felett. A felszabadított gyökérfelszínt a csonkelőkészítés szabályainak megfelelően lesimítottuk. A cél az volt, hogy az emergenciaprofilt a leendő esztétikai igényeknek megfelelően alakítsuk ki. Végezetül a bukkolingvális és palatinális sebszéleket vertikális matracöltésekkel egyesítettük az alveoláris csont felett, majd a periosztheumhoz rögzítettük a bukkális oldalon. A műtét után az ideiglenes pótlásokat kalciumhidroxid tartalmú cementtel rögzítettük. A beavatkozás miatt a páciens számára nehézséget okozott a fogak megfelelő tisztítása, ezért napi háromszori, 0,12%-os klórhexidin oldattal való öblítést javasoltunk. A követ-



2. ábra: A wax-up alapján készült mock-up



3. ábra: A régi fogpótlás eltávolítása után látható, hogy pillérfogak több helyen destruáltak



4. ábra: A szükséges konzerváló fogászati beavatkozások után felépített csonkok



5. ábra: A második sorozat ideiglenes fogpótlás a sebészi fázis után



6. ábra: Az ideiglenes fogpótlás beszkennelése



7. ábra: A biogenerikus modellként használt ideiglenes fogpótlás 3D-s képe



8. ábra: Az előkészített pillérek szkennelés közben

kező alkalommal eltávolítottuk a varratokat és precíziós szituációs lenyomatot vettünk szulkusztágító fonal használata nélkül. Ez alapján a labor elkészített egy második sorozat ideiglenes pótlást az átkontúrozott szélnek megfelelően. Három héttel a sebészi beavatkozás után történt a pillérfogak végleges preparációja. Az ínyszél vonala segítséget nyújtott a preparálandó csonkok megfelelő orientációjának kialakításában. A második garnitúra ideiglenes fogpótlás – helyes kialakítása miatt – jótékony hatással volt a lágyrészek gyógyulására. A lágyszövetek regenerációja eredményes volt, vagyis az esztétikai elvárásoknak megfelelően alakult.

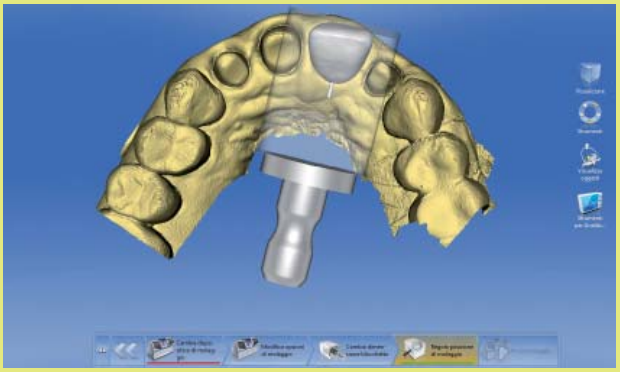
Az elkövetkezendő hat hónap során az ideiglenes koronák szélét mindig úgy módosítottuk, hogy a papilla a lehető legkedvezőbb formát tudja felvenni.

Intraorális adatrögzítés

Hat hónappal a műtét után a lágyszövetek felvették megfelelő formájukat, tehát eljött a végső protetikai ellátás ideje *(5. ábra)*. A következő lépést egy ülésben végeztük el. Mivel a páciens elégedett volt az ideiglenes koronák formájával, ezért ezek szolgáltak sablonul a végleges pótlás elkészítéséhez. Két sorozat digitális lenyomatot készítettünk. Az első lépésben beszkenneltük az ideiglenes pótlást. Később ez szolgált a végleges pótlás megtervezésének modelljéül. A második lépésben szulkusztágítást követően a pillérfogak szkennelése következett. A szkennelés után az adatokat a CAD szoftverbe importáltuk. A fogpótlást úgy terveztük meg, hogy a pillérfogaknál legyen elég hely a ragasztóanyag számára, illetve hogy a minimális inciziális kerámiavastagság legalább 1,5 mm legyen mindenhol. Ezt követően, hogy láthatóak legyenek az antagonista viszonyok, az alsó állcsont is rögzítésre került.

Felhasznált anyagok

A teljeskerámia-restaurációk élethűen adják vissza a természetes fogak optikai és felszíni tulajdonságait.



9. ábra: A koronák lítium-diszilikát blokkokból való kifaragása



10. ábra: A koronák bepróbálása és a kontaktpontok megigazítása

A CAD/CAM technológia folyamatos fejlesztésével párhuzamosan a különböző CAD/CAM rendszerek gyártása is felgyorsult. Köszönhetően az IPS E.max CAD HT (magas transzlucenciájú) blokkok esztétikai tulajdonságainak és az ezt felhasználó technikának, tökéletesen természethű fogpótlásokat készíthetünk *(6-8. ábra)*.

Jelen esetben a fent említett lítium-diszilikát üvegkerámiát választottuk a fogpótlások anyagául. A tömbök egy Cerec Faragó (Sirona) gépben kerültek kifaragásra *(9. ábra)*.

Átadás

A kész fogpótlások széli záródása bepróbáláskor pontosnak bizonyult, és csak egy egész minimális okkluzális is és proximális finomításra volt szükség. A koronák beragasztása duál-kötésű cementtel (Variolink Esthetic DC) történt. Ez a ragasztóanyag azért is nagyon előnyös, mert különböző színekben érhető el, így az aktuális esztétikai kívánalmaknak megfelelően választható ki *(10 ábra)*. A hozzá tartozó vízoldékony glicerin alapú try-in pasztákkal a ragasztás előtt kipróbálhatjuk, hogy megfelelő színt választot-





11. ábra: A fogpótlások készrevitele



12. ábra: A ragasztócement választás a megfelelő színű try-in paszta segítségével



13. ábra: A koronák végleges beragasztása



14. ábra: Egy ülésben elkészített és átadott koronák

tunk-e. Jelenleg öt különböző színben létezik *(11. ábra)*. Ezekkel a színekkel lehetőségünk van akár enyhe optikai módosításokra is (világosabb/sötétebb, barnásabb/sárgásabb). A sötétebb színű árnyalatok használata leginkább az opacitást és a transzlucenciát tudja módosítani *(12. ábra)*. Tehát, páciensünk esetében a cementezés előtt minden szólókoronát bepróbáltunk a megfelelő színűnek talált try-in pasztával. A körülbelül 10%-os transzlucencia és a relatíve világos fogszín miatt a végleges rögzítéshez a „Light" elnevezésű színt használtuk fel *(13-14. ábra)*.

Összefoglalás

Napjainkban a CAD/CAM technológia fejlődésével és a lítium-diszilikát üvegkerámiák elterjedésével, illetve a különböző színben elérhető ragasztóanyagok segítségével nagyon magas esztétikai értékű fogpótlásokat készíthetünk, ezzel hosszú távon növelhetjük a fogpótlásukkal maximálisan elégedett pácienseink számát.

A szerzőkről
Carlo Monaco, DDS, MSc, PhD egyetemi adjunktus és kutató, az olaszországi Bologna Egyetemen

Professor Dr. Giovanni Zucchelli, PhD, DDS egyetemi docens az olaszországi Bologna Egyetem Orális Tudományok Tanszékén

Luigi De Stefano fogtechnikus az olaszországi Scafatiban

Forrás: Carlo Monaco, Giovanni Zucchelli and Luigi De Stefano: A perfect synergy of technologies *SPECTRUM Dental Teamwork Vol.9 No.8 - November/December 2016 20-26. pages*

Fordította: Dr. Somfai Dóra

Straumann® BLT ∅ 2.9 mm – A Kistestvér

Új legenda született: Kicsi, erős és kitartó



KEVÉSBÉ INVAZÍV*

A forma, az erő és a rövid gyógyulási idő tökéletes kombinációja.

TERMÉSZETES KÜLSŐ

Az új protetikai kialakítás anatómikusabb, így jobban hasonlít a természetes fogakhoz.

MAXIMÁLIS ERŐ

A Roxolid®-nak köszönhető erős és megbízható kezelés.

Keresse fel helyi Straumann® képviselőjét még ma, hogy többet megtudhasson a Kistestvérről, vagy látogasson el a smallone.straumann.com oldalra.

*ha a csontpótlás elkerülhető

straumann
simply doing more

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

Implantátumon rögzített overdenture típusú fogpótlások

Áttekintés az overdenture típusú fogpótlások tervezése során mérlegelendő szempontokról

Dr. Brenda Baker, Dr. David Reaney

Az implantátumon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlás olyan kivehető fogpótlást jelent, melynek megtámasztását a nyálkahártya-csont alapzat, míg elhorgonyzását fogászati implantátumok biztosítják. Sok olyan páciens számára jelenthet kezelési alternatívát, akik a hagyományos kivehető fogpótlást valamilyen okból nehezen tolerálják. Készítése javasolt lehet egyes klinikai anatómiai variációk, neuromuscularis problémák, fokozott garatreflex vagy az állcsontgerinc jelentős sorvadása esetén (Vere, Bhakta and Patel, 2012).
A várható élettartam növekedésével és a teljes fogelvesztés későbbi életkorra tolódásával a részleges foghiány egyre gyakoribbá válik idősebb páciensek körében is (Vasant and Vasant, 2013). Az implantátumon elhorgonyzott overdenture fogpótlás lassíthatja az állcsontgerinc sorvadását, elősegítheti a rágóképesség, ezáltal a tápláltsági állapot javulását, helyreállíthatja a beszédképességet és a páciens önbecsülését (Doundoulakis et al, 2003).

Az overdenture típusú fogpótlás tervezését befolyásoló tényezők:
- az implantátumok száma és hossza
- a csontszövet mennyisége és minősége
- gazdasági megfontolások (különböző elhorgonyzási elemek indikációi, Dentsply)
- kedvezőtlen felső-alsó állcsontviszony, mely megnehezíti a rögzített pótlás készítését
- esztétikai problémák, például a felsőajak megtámasztásának szükségessége
- fonetikai nehézségek a felső állcsontgerinc elvesztése következtében
- a páciens elégedetlensége a teljes lemezes fogpótlás nem kielégítő rögzítettsége és/vagy a nyálkahártya irritációja miatt
- híd készítése megnehezítené vagy lehetetlenné tenné a szájhigiéné fenntartását
- hasadékos páciensek teljes fogatlansága

Az optimális eredmény eléréséhez szükséges feltételek:
- egymással párhuzamosan behelyezett implantátumok
- merevítőrúd használata esetén nem túlzottan nagy távolság az implantátumok között
- merevítőrúd megfelelő, nem túlzottan hosszú distalis kiterjesztése
- nyálkahártya megfelelő rezilienciája, nem túl lágy
- funkció közben a nyálkahártya egyenletes terhelése megvalósítható

Az implantátumokon rögzített overdenture fogpótlások elhorgonyzása

Az overdenture típusú fogpótlásokat több implantátum rögzíti, melyek lehetnek különállóak, vagy összesínezhetjük őket (Dudic and Mericske-Stern, 2002). Több szerző is magas implantátum-túlélési arányról és ennek következtében sikeres kezelésről számolt be

a mandibulára készített overdenture típusú fogpótlások esetén (Meijer et al, 2009), akár összekötötték az implantátumokat, akár nem.
A maxilla esetében a bizonyítékok a merevítőrúddal összekötött, négy-hat implantátum szükségességét támasztják alá, bár a különálló implantátumok használata is egyre nagyobb népszerűségre tesz szert (Galucci, Morton and Weber, 2008).
A kielégítő eredmény eléréséhez különböző protetikai megoldások és rögzítő elemek állnak rendelkezésre. Az implantátumokon rögzített overdenture típusú fogpótlások sikere az implantátumok korrekt helyzetén és a terhelés megfelelő elosztásán múlik. Ezek a megfontolások közvetlenül befolyásolják a rögzítőelemek kiválasztását minden egyes helyzetben.

Rögzítőelemek kiválasztása

A különböző rögzítőrendszerek:

Merevítőrúd-lovas rendszerek

A főbb merevítőrúd típusokhoz megfelelő lovasok is tartoznak. A lovasokat vagy a készrevitel során, vagy azt követően, a szék mellett rögzítik a fogpótlás alaplemezébe, úgynevezett „pick-up" módszerrel.
Néhány rendszerhez helyfenntartó is tartozik, amit szintén a készrevitel során lehet rögzíteni. A helyfenntartó lehetővé teszi, hogy a merevítőrúd és a lovas között nyugalmi helyzetben rés maradjon. Rágás során a fogsor kismértékű vertikális irányú elmozdulása lehetséges, így a rágónyomás részben megoszlik a nyálkahártya-csont alapzaton, nem kizárólag az implantátumokat terheli.
A frézelt merevítőrudakat a rugalmatlan rögzítőelemek közé sorolják. Ezek nem teszik lehetővé az alaplemez elmozdulását, így biztosíthatják például a felszínesen futó nervus mentalis feletti fájdalmas területek tehermentesítését (Dudic and Mericske-Stern, 2002). Öntött merevítőrúd készülhet egyéni tervezés alapján, vagy gyárilag készült elemek felhasználásával. Ez utóbbi esetben a fogsor készítése során is figyelembe kell venni a gyári elemek kialakítását.
A reziliens összekötőrudak megfelelő elkészítés esetén egyirányú rotációt tesznek lehetővé, ezáltal nagyobb mértékben felhasználva a nyálkahártya-csont alapzatot is a megtámasztásra, és védelmet nyújtva az elhorgonyzási elemek számára. Mind a merev, mind a reziliens összekötőelemek alkalmasak az implantátumok szögeltérésének kiegyenlítésére. Elkészítésükhöz legalább 10 mm interalveolaris térköz szükséges, és használatuk nem javasolt, ha nem áll rendelkezésre elegendő vertikális távolság (Chee and Jivraj, 2006). A Hader Bar nevű szemiprecíziós rögzítőrendszer zsanérszerű mozgást tesz lehetővé a rúd tengelye körül, szerepel a rögzítőrendszerek gyűjteményében (Shafie, 2007).
A Dolder rúd előre gyártott precíziós elhorgonyzási elem, mely két formában érhető el:

- A merev változat U-alakú, párhuzamos falú rúd.
- A reziliens változat keresztmetszete tojás alakú; vertikális és zsanérszerű mozgást egyaránt lehetővé tesz. Ezt a típust Dolder ízületnek is szokás nevezni. Olyan páciensek overdenture típusú fogpótlása esetén javasolt, akiknél megfelelően nagy az interalveolaris térköz.

Gömbretenciós rendszerek

Gömbretenciós elhorgonyzás esetén a következő szempontokat kell figyelembe venni:

- A retenciós elemeknek párhuzamosan kell elhelyezkedniük és nem akadályozhatják a fogsor behelyezését.
- A hosszabb elemek párhuzamosítását nehezebb megoldani, mint a rövidebbekét.

A szintetikus gumigyűrűket vagy fém lamellákat a fogsorba rögzítik. A fogpótlás behelyezésekor ezek rugalmasan ráfeszülnek az implantátumfejekre. A Locator rendszert úgy tervezték, hogy megkönnyítse a fogpótlás behelyezését és eltávolítását, kettős rögzítőrendszerrel látták el, kis vertikális magasságának és körszimmetriájának köszönhetően reziliens, és az implantátumok kismértékű szögeltérése esetén is használható. Néhány páciens képes a nem megfelelő helyzetben lévő fogsorral is rágni, így a rögzítőelemek sérülését okozhatják, melyeket emiatt gyakran ki kell cserélni. Ezért a lokátor rendszert úgy tervezték, hogy ez ne legyen lehetséges, a rágóerő hatására a helyére illeszkedjen.
A sikeres tervezésnek köszönhetően 2010 óta különböző gyártók implantátumrendszereihez is elérhetővé vált. Az implantátumok új generációját vezették be kifejezetten overdenture típusú fogpótlások készí-



1. ábra: Implantátumokon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlások – szimuláció

téséhez (Mericske-Stern et al, 2000). A fő különbség az implantátumok kialakításában van: az új rendszer retenciós elemét – matrix vagy patrix részét – az implantátummal egy darabban készítik.

Mágnesek

A mágnesek biztosítják a legkisebb rögzítőerőt, és két fő hátrányuk van:

- A fegyverzetek minimális eltávolodásával a rögzítőerő drámaian csökken (100 mikron)
- Bizonyos idő elteltével a mágneses tulajdonság csökken, néha korrodálódhat (Preiskel and Preiskel, 2009)

Teleszkóprendszerek

Megjegyzés: Azon páciensek esetében, akiknél kifejezett az állcsontgerincek sorvadása, ezáltal jelentősebb interalveolaris tér áll rendelkezésre, horizontális rögzítést biztosító merevítőrúd vagy teleszkóprendszerek készítése javasolt. Amennyiben kisebb mértékű a csontlebomlás, gömbretenciós vagy mágneses rögzítőelemek használata célszerű.

A felső és alsó állcsonton különböző szempontok befolyásolják a fogpótlások tervezését, mivel a maxilla lebomlása és atrófiája lehetetlenné teheti az implantátum behelyezését. Ezzel szemben a mandibula jelentős csontfelszívódása esetén is gyakran lehetőség nyílik implantációra az interforaminalis területen, mert itt általában elegendő szélességű és vastagságú csontszövet áll rendelkezésre.

Terápiás megfontolások az alsó állcsont implantátumokon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlása esetén

A következő kezelési javaslatokat Sadowsky gyűjtötte össze (2001).

A mandibula elülső, interforaminalis területén behelyezett implantátumok, illetve azokon elhorgonyzott fogpótlások lassítják a csont lebontódását ezen a területen. A fiziológiás csontvesztés átlagosan évi 0,4 mm. Tanulmányok bizonyították, hogy jobb eredmény érhető el két implantátumon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlással, a hagyományos fogsorokhoz hasonlítva. A 2002-ben kiadott McGill konszenzus szerint a választandó eljárás teljes fogatlanság esetén, az alsó állcsonton, két implantátumon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlás készítése (Feine et al, 2002). Vere, Bhakta és Patel szerint: „a fogatlan mandibulában, a szemfogak területére behelyezett, két különálló implantátum tűnik a legjobb és legegyszerűbb megoldásnak a fogpótlások rögzítésére" (2012).

Az alsó állcsont elülső területén, implantátumon rögzített fogpótlások alatt a csontfelszívódás körülbelül 0,5 mm öt év alatt, és hosszú távon is mindössze 0,1 mm évente (Jemt et al, 1996; Quirynen et al, 1992; Naert et al, 1998). Az implantátumoknak köszönhetően a terhelés hatására fiziológiás csontátépülés figyelhető meg ezen a területen.

Fiatalabb vagy kevesebb, mint tíz éve fogatlan páciensek esetében az implantátumokon rögzített fix fogpótlás sikeresebben csökkenti a csontlebontódást az alsó állcsont hátulsó részén, mint az overdenture típusú fogpótlás. Sok olyan páciensnél, akik alsó állcsontjukon implantátumon elhorgonyzott teljes fogsort viselnek, felső állcsontjukon pedig hagyományos teljes lemezes fogpótlást, gyakrabban válik szükségessé a felső fogpótlás alábélelése. A felső fogsor fokozott terhelése az elülső területen a maxilla jelentősebb csontleépülését és a lágyrészek gyulladását, illetve a felső fogsor középvonali törését is okozhatja. Ezért ilyen esetben centrális occlusios helyzetben és artikulációs mozgások során nem javasolják a frontfogak érintkezésének kialakítását. A fogsorok stabilitásának és retenciójának ellenőrzése céljából javasolt a gyakori visszarendelés.

Az alsó állcsonton a kizárólag implantátumokon megtámasztott és elhorgonyzott fogpótlás retenciója, üresjárati és funkció közbeni stabilitása csak kismértékben jobb, mint az implantátumokon és nyálkahártyán megtámasztott fogsoré.

Alsó, overdenture típusú fogpótlás tervezésekor kettőnél több implantátumra lehet szükség a következő esetekben:

- megtartott fogazat a felső állcsonton
- szokásosnál erőteljesebb retenció szükséges
- az implantátumok hossza kevesebb, mint 8 mm
- az implantátumok szélessége kevesebb, mint 3,5 mm

Amennyiben két implantátum behelyezésére kerül sor a mandibula interforaminalis területére az alsó fogsor rögzítése céljából, a gömbretenciós elhorgonyzási rendszerek gazdaságosabbak, jobban tisztíthatók, mint a merevítőrúd rendszerek, melyek viszont erőteljesebb retenciót biztosítanak, kevésbé technikaérzékenyek és ívelt mandibula esetén alkalmasabbnak tűnnek. Különálló gömbretenciós fejek esetén kisebb a nyálkahártya-duzzanat kialakulásának veszélye.

A mandibula elülső részén behelyezett implantátumokon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlások az első évben több gondozást igényelnek, mint a későbbiekben.

Abban a kérdésben, hogy a gömbretenciós vagy a merevítőrúd rendszerek igényelnek több gondozást, eltérőek az eredmények.

Úgy tűnik, nincs statisztikailag szignifikáns különbség, amennyiben a két, illetve a három vagy több implantátumon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlás hosszú távú gondozását hasonlítjuk össze. A páciensek elégedettebbek az alsó állcsontra készült, implantátumrögzítésű fogsorokkal, mint a hagyományos, teljes lemezes fogpótlásokkal, még abban az esetben is, ha előzőleg sebészi beavatkozásra is szükség van. A mágneses rendszerekkel kevésbé elégedettek a betegek, mint a merevítőrúd és gömbretenciós rögzítéssel. Mivel a mágnesek idővel korrodálódhatnak és rögzítőerejük gyengül, többször igényelnek utókezelést. Az alsó állcsont tekintetében a páciensek elégedettsége hasonló implantátumokon rögzített hídprotézisek és overdenture típusú fogpótlások esetén. Azok a betegek, akik fontosabbnak tartják a rögzítettséget, mint a szájhigiéné fenntartását, a fix fogpótlást választják.

Terápiás megfontolások implantátumon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlások esetén, a felső állcsonton

Sadowsky SJ 2007-ben szisztematikus irodalomkutatást végzett, melynek során bizonyítékokat keresett, hogy meghatározza a fogatlan felső állcsont implantátumokon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlással való ellátásának kritériumait. A következőket találta:

Az implantátumokon elhorgonyzott, overdenture típusú fogpótlások a maxillán többször járnak az implantátum elvesztésével, mint más implantációs eljárások. Úgy tartják, ennek okai a relatíve gyenge csontminőség, kisebb csontmennyiség, kedvezőtlen implantátum-felépítmény arány és a nem tengelyirányú terhelés. Emiatt a felső állcsontba rendszerint több implantátumot helyeznek be. Galucci, Morton és Weber – akik 94,8–97,7%-os implantátumtúlélésről számoltak be tíz év követés után (2009) – a maxillában 4–6 összesínezett implantátum késői terhelését javasolják. A felső állcsontba az implantátumokat ideálisan egymástól nagy távolságra, szimmetrikusan javasolt behelyezni, de ezt különböző anatómiai változatok, mint a sinus maxillaris kiterjedése, az alveolus helyzete vagy a gerincél alakja megnehezítheti.

A maxillán az overdenture típusú fogpótlás készítését gyakran veszélyezteti a csökkent csontmennyiség vagy minőség és a fellépő nagyobb biomechanikai erőhatások.

A felső álcsontba az implantátumok a csökkent csontkínálat miatt gyakran nem helyezhetők be párhuzamosan. A műfogakat rendszerint a gerincéltől buccalisan kell elhelyezni. A front- és premolaris területen gyakorta természetes antagonista fogazat található, és a kialakuló erőhatás ártalmas lehet.

Mivel a felső állcsonton általában kevés hely áll rendelkezésre, a rugalmas merevítőrúd rendszerek fokozhatják a forgatónyomatékot. A maxilla területén általában vastagabb a nyálkahártya, ezért hosszabb implantátumfejekre lehet szükség, ami növeli az erőkart. A felső állcsontok a vékony buccalis csontfal és a rugalmatlanság következtében kevésbé viselik el az erőhatásokat, mint a mandibula. A maxillán nincs határozott ajánlás az overdenture típusú fogpótlásokhoz szükséges implantátumok számára vonatkozóan. Amennyiben a fogpótlás alaplemezét a szájpadon redukáljuk, legalább négy implantátum behelyezését tartják szükségesnek.





2. ábra: Implantátumokon elhorgonyzott merevítőrúd-lovas rendszerű overdenture fogpótlás

Az implantátumok hosszát korlátozó maxilláris csontkínálat okozta nehézségeket különböző csontpótló eljárásokkal, illetve módosított implantációs technikákkal igyekeznek megoldani. Alacsony implantátum-sikertelenségi arányról számoltak be súlyosan sorvadt maxilla sinusemeléssel történő kiegészítése esetén. Abban az esetben javasolják az implantátumok különböző szögben való behelyezését, amennyiben lehetőség van azok sínezésére.

Fix fogpótlások készítése esetén jól dokumentált a zygomatikus, illetve a pterygomaxillaris implantátumok használata. Overdenture típusú fogpótlások készítésekor a zygomatikus implantátumok palatinalis irányban történő behelyezése következtében a mezostruktúra kiálló vagy szokatlan alakú lehet, szögtört fejekre lehet szükség és/vagy a merevítőrudat az implantátumfejektől buccalisan kell elhelyezni.

A zygomatikus implantátumok hasznosak lehetnek a sinus maxillaris extrém kiterjedése esetén (Jivraj, Chee and Corrado, 2006).

A premolaris régiót és a tubereket is magába foglaló, szélesen kiterjesztett, egymástól nagyobb távolságban behelyezett implantátumokon rögzített fogpótlás egyenletesebb terhelést biztosít a csontalapzatnak, mint a frontális régióban, sűrűn elhelyezett, szabadvéget tartó implantátumok. A szabadvégű merevítőrudak a distalis implantátumok terhelését háromszorosra is fokozhatják. A szabadon álló implantátumokhoz kapcsolódó rögzítőrendszerek kisebb helyigényűek, megkönnyítik a fogpótlás tisztítását, költséghatékonyabbak, kevésbé technikaérzékenyek, és egyszerűbben elkészíthetők, mint a merevítőrúd rendszerek. A gömbretenciós, illetve a merevítőrúd rögzítésű fogsorok között nincs szignifikáns különbség az átlagos csontveszteség tekintetében.

A merevítőrúd rendszerek vertikális helyigénye legalább 13-14 mm az implantátum felszínétől az incizális élig. 4 mm hely szükséges a merevítőrúd számára, attól a nyálkahártyáig további 1 mm, ezen felül a lovasok, a műíny és a műfogak számára is helyet kell biztosítanunk. Az íves területeken a merevítőrúd hossza ne haladja meg a 18 mm-t, és a nyálkahártyáig legalább 2 mm hely maradjon szabadon.

A merevítőrúd-lovas rendszerekhez az implantátumok között legalább 10–12 mm távolság szükséges, vagy frézelt merevítőrudat kell készíteni, frikciós rögzítésű felépítménnyel.

Különálló horgonyok esetén 10–11 mm vertikális hely szükséges az implantátum felszínétől az incizális élig, és elhelyezésük szabadabban választható. A merevítőrudak jobb retenciót biztosítanak, mint a különálló horgonyok mind tengelyirányú, mind oldalirányú erőhatások esetén. Nem párhuzamosan behelyezett implantátumok esetén csökkenhet a különálló horgonyok rögzítőereje.

A mágnesek viszonylag gyenge retenciót biztosítanak, mégis alkalmasak lehetnek bruxizmus esetén, illetve, ha a páciensnek nehézséget okoz a fogpótlás ki- és behelyezése. A betegek elégedettsége hasonló a merevítőrúd segítségével, illetve a különálló horgonyokon rögzített overdenture típusú fogpótlások kapcsán, a felső állcsont esetében. Merevítőrudak használatakor gyakran alakul ki gingiva hyperplasia.

A felső állcsont tekintetében az overdenture típusú fogpótlásokkal több nehézség adódik, és gyakoribb gondozást igényelnek, mint amikor implantátumokon rögzített híd készül. A legtöbb szövődmény az első évben jelentkezik. Nyálkahártya-gyulladás és mechanikai probléma (különösen azokban az esetekben, amikor a szájpad területén redukáljuk az alaplemezt) gyakrabban jelentkezik a felső, mint az alsó állcsonton. Ennek oka a nagyobb igénybevétel lehet a maxillán, ha az antagonista fogsor természetes fogazat vagy rögzített fogpótlás. A leggyakoribb komplikáció a rögzítőrendszer meglazulása vagy törése. Bruxizmus esetén sokszor fordul elő törés. Morfológiai faktorok és a beszéd jellemzői miatt elégtelen lehet az interalveolaris tér a protetikai alkotórészek számára, ami korlátozhatja a tervezést és sikertelenséghez vezethet. Amennyiben az implantátumok szögeltérése meghaladja a 10 fokot, merevítőrúd készítése javasolt.

A páciensek előnyben részesítik a szájpadon redukált, hosszú merevítőrudakon elhorgonyzott overdenture típusú fogsorokat a hídprotézissel szemben.

A legtöbb páciens kedveli a kivehető fogsort fonetikailag kedvezőbb, és általuk már jól ismert kialakítása miatt. A nyálkahártya-csont alapzaton megtámasztott overdenture fogpótláshoz kevesebb implantátum szük-

séges, mint a hídprotézishez, ami gazdaságilag is vonzóbb megoldás lehet. Azon páciensek, akiknél a felső állcsontgerinc közepesen, illetve súlyosan sorvadt, és merev vázú, esztétikus, könnyen tisztítható fogpótlást szeretnének, megfelelőnek találhatják a frézelt merevítőrúdon elhorgonyzott, implantátumokon megtámasztott fogsort. Vizsgálatok tanúsága szerint az egyes implantátumok hosszúsága lényegesebb szempont az implantátumok túlélése szempontjából, mint az implantátumok hosszának összege.

Az implantátumokon elhorgonyzott overdenture típusú fogpótlás igen fontos és hasznos kezelési lehetőség sok páciens számára. Nagyszámú, különböző jellegű rögzítőrendszer van forgalomban. Vannak olyan rendszerek, melyek sínezik az implantátumokat, míg mások nem. A rögzítőrendszerek kiválasztásakor a fogorvosnak és kezelőszemélyzetnek figyelembe kell vennie a páciens kórelőzményét, általános szükségleteit, továbbá biofunkcionális, gondozási és gazdasági szempontokat is.

A szerzőkről

Dr. Brenda Baker fogorvos, MSc, a Sidney-i Egyetemen végzett dicsérettel, és mesterfokozatot szerzett konzerváló fogászatból az Eastman Fogorvostudományi Egyetemen. A Sidney Egyetemen fogpótlástant oktatott, magánpraxisában pedig prevenció-orientált irányt követett. Karrierje során mindvégig elkötelezte magát a folyamatos képzés mellett több szakterület tekintetében is, mint a fogpótlástan, parodontológia, fájdalommenedzsment. Jelenleg a Southern Cross Dental nevű cég klinikai továbbképző központját vezeti.

Dr. David Reaney fogorvos, MClinDent (prosthodontics), kitüntetéssel végzett az Edinburgh-i Egyetemen. A Belfastban található Royal Victoria Hospital Fogorvostudományi Karán klinikai oktatóként dolgozott, jelenleg magánpraxist vezet az észak-írországi Moy-ban. Dr. Reaney a Southern Cross Dental vezérigazgatója.

Forrás: Brenda Baker and David Reaney: Implant-supported overdentures

SPECTRUM Implants — Vol. 7 No. 4 — Winter 2016 28-34. pages

Fordította: Dr. Takács Emőke

Irodalom

- Chee W, Jivraj S (2006) Treatment planning of the edentulous mandible. British Dental Journal 201(6):337-347
- Dentsply Implants (2015) Attachment-retained restorations: Astra Tech Implant SystemTM
- Doundoulakis JH, Eckert SE, Lindquist CC, Jeffcoat MK (2003) The implant-supported overdenture as an alternative to the complete mandibular denture. J Am Dent Assoc 134(11): 1455-1458
- Dudic A, MericskeStern R (2002) Retention Mechanisms and Prosthetic Complications of Implant-Supported Mandibular Overdentures: Long-Term Results. Clinical implant dentistry and related research 4(4): 212-219
- EV [online] Available at <http://www.dentsplyimplants.com.au/~/media/M3%20Media/DENTSPLY%20IMPLANTS/Product/1219974%20Attachment_retained%20 restorations%20 ASTRA%20TECH%20Implant%20 System%20EV.ashx> [Accessed July 2015]
- Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, Head T et al (2002) The McGill consensus statement on overdentures. Montreal, Quebec, Canada. The International
- Journal of Prosthodontics 15(4):413
- Gallucci GO, Morton D, Weber HP (2008) Loading protocols for dental implants in edentulous patients. Int J Oral Maxillofac Implants 24: 132-146
- Jemt T, Chai J, Harnett J, Heath MR, Hutton JE, Johns RB, McKenna S, McNamara Dc, van Steenberghe D, Taylor R, Watson RM, Hermann I (1996) A 5-year prospective multicenter follow-up report on overdentures supported by osseointegrated implants. Int J Oral Maxillofac Implants 11(3): 291-298
- Jivraj S, Chee W, Corrado P (2006) Treatment planning of the edentulous maxilla. British Dental Journal 201(5): 261-279
- Meijer HJ, Raghoebar GM, Batenburg RH, Vissink A (2009) Mandibular overdentures supported by two Brånemark, IMZ or ITI implants: a ten-year prospective randomized study. Journal of Clinical Periodontology 36(9): 799-806
- Mericske-Stern R, Venetz E, Fahrländer F, Bürgin W (2000) In vivo force measurements on maxillary implants supporting a fixed prosthesis or an overdenture: a pilot study. The Journal of Prosthetic Dentistry 84(5): 535-547
- Naert I, Gizani S, Vuylsteke M, van Steenberghe D (1998) A 5-year randomized clinical trial on the influence of splinted and unsplinted oral implants in the mandibular overdenture therapy. Part I: Peri-implant outcome. Clinical Oral Implants Research 9(3): 170-177
- Preiskel HW, Preiskel A (2009) Precision attachments for the 21st century. Dent Update 36:221-227
- Quirynen M, Naert I, van Steenberghe D, Dekeyser
- C, Callens A (1992) Periodontal aspects of osseointegrated fixtures supporting a partial bridge. An up to 6-years retrospective study. Journal of Clinical Periodontology 19(2): 118-126
- Sadowsky, Steven J (2001) Mandibular implant- retained overdentures: a literature review. The Journal of Prosthetic Dentistry 86(5):468-473
- Sadowsky, Steven J (2007) Treatment considerations for maxillary implant overdentures: a systematic review. The Journal of prosthetic dentistry 97(6): 340-348
- Shafie HR (2013) Clinical and Laboratory Manual of Implant Overdentures. John Wiley & Sons
- Vasant R, Vasant MK (2012) Retention systems for implant-retained overdentures. Dental Update 40(1): 28-31
- Vere J, Bhakta S, Patel R (2012) Implant-retained overdentures: a review. Dental Update 39(5): 370-2

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

A distalharapás ortopédiai kezelési lehetőségei

Esetismertetés

Dr. Bársony Nóra, Dr. Gulácsi Gabriella, Dr. Horváth János
Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar
Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet

Az állcsontok koponyaalaphoz viszonyított helyzetük alapján állhatnak hátrébb (retrognath), normálisan (orthognath), vagy előrébb (prognath), bármely kombinációban. Szkeletális distalis viszonyról azokban az esetekben beszélhetünk, amikor az állcsontok egymáshoz viszonyított anterior-poszterior helyzete során a mandibula a maxillához képest hátrébb helyezkedik el. Distalis sagittalis a bazális viszony abban az esetben, ha a koponyaalaphoz viszonyítva a maxilla a normális elhelyezkedésű mandibulához képest előrébb áll, ha a normális elhelyezkedésű maxillához képest a mandibula áll hátrébb, vagy ha a mérsékelten hátrahelyezett maxillához erősen hátrahelyezett mandibula társul. Dentálisan ettől függetlenül lehet normokklúzió vagy disztookklúzió is.[1]

Egy közelmúltban végzett felmérés szerint Magyarországon a distalharapás előfordulása 47,2%, a második leggyakoribb ortodonciai anomália.[2] Bimaxilláris, vagy más néven funkciós fogszabályozó készülékek segítségével befolyásolhatjuk az állcsontok növekedési irányát. A növekedés egyénre szabott irányításához azonban szükségünk van az egyén személyes növekedési programjának az ismeretére. A mandibula fejlődésére jellemző, hogy a kondiláris növekedés, a symphysis appozíciós csontnövekedése és a remodellálódás határozza meg. Mindhárom tényezőt nagyban befolyásolja az úgynevezett funkcionális mátrix, melyen a miofunkcionális tényezőket értjük. Björk kutatásai ezen kívül rámutattak arra, hogy a növekedés nem egyenletesen, hanem szakaszosan történik. A distalharapás ortopédiai kezelésének elkezdésére a pubertáskori növekedési hullám időpontját tartja a legalkalmasabbnak. Vizsgálatai alapján



1. ábra: Az első páciens kiindulási intraorális felvételei, jobb és bal oldalon a molárisok relációja Angle II



2. ábra: Dupla előreharaptató lemez (Sander) a gipszmintán

különböző szerkezeti jegyeket is megadott, amelyekből egyszeri röntgenfelvételről is biztonsággal leolvasható a mandibula várható növekedési iránya.[3] A funkciós fogszabályozó készülékek a megfelelő időben és módon hordva (minimum 12–14 óra naponta) alkalmasak a szkeletális eltérések korrekciójára. Esetbemutatásunkban a fenti elvek alapján végzett állcsontortopédiai kezelésekre mutatunk példákat.

A Semmelweis Egyetem Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet Fogszabályozási Osztályán kezelt pácienseink közül kettő, a CVMS (Cervical Vertebral Maturation Stage) módszer alapján növekedésüket tekintve CS3 stádiumban lévő (pubertáskori növekedési csúcs) lány pácienseinket mutatjuk be. Életkorukat tekintve 11 és 9 évesek. Mindkét páciensünk esetében a distalharapás hátterében retrognath mandibula áll, míg az Angle-féle osztályozás alapján Angle II/1 osztályba tartoznak. Pácienseink anamnézisében nem volt a kezelést kontraindikáló tényező. Stomato-onkológiai szűrésük negatív, cariológiai szempontból szanált fogazattal rendelkeznek. Az eredményeinket klinikai vizsgálattal és kefalometriai analízissel osztályoztuk.

1. eset

Első páciensünknél a kiindulási teleröntgen-kiértékelés alapján az SNA szög 77,8°, SNB szög 74,4°, az

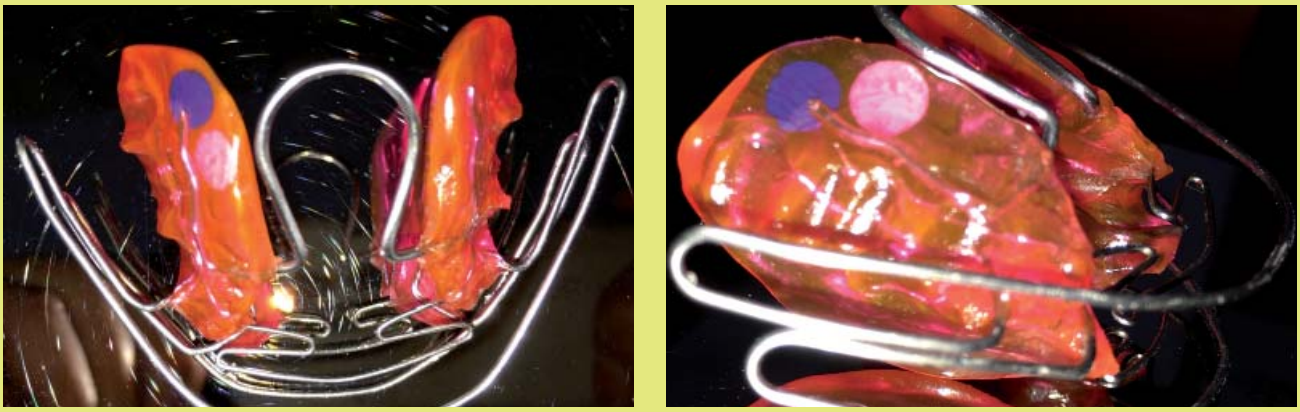
HOGY ÖN KERESSEN PÉNZT, NE A BANK!

%

WWW.FAMILYOFFICE.HU



3. ábra: A második páciens kiindulási intraorális felvételei, jobb és bal oldalon a molárisok relációja Angle II



4. ábra: Klammt-féle nyitott elasztikus aktivátor készülék

ANB szög 3,4° (retrognath arctípus), tehát a distalis sagittalis viszonyért a mérsékelten retrognath maxilla és az erőteljesebben hátrahelyezett mandibula a felelős. A distalharapás mellé mély vertikális bazális arcszerkezet is társul (arcmagasság index 89,5%). A modellanalízis során a sagittalis okklúziós lelet az első molárisok területén Angle II viszonyt mutat, az overjet (horizontális túlharapás) 11 mm, valamint dentális mélyharapás is megfigyelhető. Esetében dupla előre haraptató lemezt (Sander) alkalmaztunk a sagittalis bazális viszony rendezésére, melynek alsó aktív lemezét az alsó második tej moláris fogakon horgonyoztunk el a mélyharapás kezelésének érdekében *(1-2. ábra)*.



5. ábra: Az első páciens 12 hónapos kontrollfelvételei, jobb és bal oldalon a molárisok relációja Angle I



6. ábra: A második páciens 12 hónapos kontrollfelvételei, jobb és bal oldalon a molárisok relációja Angle I



7. ábra: Az első páciens kiindulási és kontroll-teleröntgenje, kefalometriai analízis



8. ábra: A második páciens kiindulási és kontroll-teleröntgenje, kefalometriai analízis

2. eset

Második páciensünknél a kiindulási kefalometriai analízis alapján az SNA szög 76,6°, az SNB szög 72,3°, az ANB szög 4,3°(retrognath arctípus), tehát a distalis sagittalis viszony hátterében szintén a hátrahelyezett maxilla és az erőteljesebben retrognath mandibula áll. Előző páciensünkhöz képest ő mérsékeltebb, de szintén mély vertikális bazális arcszerkezettel rendelkezik (arcmagasság index 88,6%). A gipszmodell kiértékelésénél a sagittalis okklúziós lelet szintén Angle II viszonyt mutat a molárisok területén, míg a horizontális túlharapás (overjet) mértéke 7 mm, valamint szintén megfigyelhető dentális mélyharapás. Ebben az esetben Klammt-féle nyitott elasztikus aktivátor készüléket alkalmaztunk a szkeletális distalis viszony javítására *(3-4. ábra)*.

Eredmények

Mindkét páciensünk esetében rövid idő alatt (12 hónap) a kefalometriai kiértékelés és klinikai vizsgálat alapján jelentős változás figyelhető meg. Az SNB szög növekedése (az első páciensnél 74,4°-ról 76,3°-ra, a második páciens esetében 72,3°-ról 73,2°-ra) és ezáltal az ANB szög csökkenése (az első páciens esetében 3,4°-ról 1,6°-ra, a második páciens esetében 4,3°-ról 1,9°-ra), a retrognath mandibula előre helyeződése *(7-8. ábra)*. Klinikai vizsgálat alapján mindkét esetben dentálisan Angle II osztályból Angle I osztályra változott a sagittalis okklúziós lelet, illetve az overjet mértéke csökkent *(5-6. ábra)*.

Következtetés

A funkciós fogszabályozó készülékek a megfelelő időben és módon hordva (minimum 12-14 óra naponta), megfelelő kooperáció mellett alkalmasak a szkeletális eltérések korrekciójára.

Irodalom

1. Rehák G., Riskó R.: Hasund orthodoncia, *Savaria-Dent Kft.* Szombathely
2. Gábris K, Márton S, Madléna M: Prevalence of malocclusion in Hungarian adolescents. *Eur J Orthod* 2006;28:467-470.
3. Björk A: Prediction of mandibular growth rotation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1969; 55: 585-599.

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

A fogászati implantátumok eltávolításának lehetséges okai és módszerei

Iványi Dóra, Dr. Kivovics Péter
Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar
Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet

Az elmúlt közel ötven évben gyökeresen megváltozott a fogászati implantátumok szerepe a mindennapos fogászati gyakorlatban. Az implantológia kezdeti szakaszában az implantátumok csupán a fogpótlások kiegészítő kezeléseként szolgáltak. Ma már szinte a fogorvostudomány összes szakterületén használhatjuk az implantátumokat.[1] Számtalan fajtájú implantátumtípus ismert, napjainkban az enossealis csavarimplantátumok elfogadottak és a legelterjedtebbek.[14] Közleményünkben e típus eltávolításával foglalkozunk. Célunk, hogy segítsük a gyakorló fogorvost a reménytelen prognózisú, illetve a más okból eltávolításra kerülő implantátumok helyes ellátásában.

Különböző irodalmi adatok szerint az implantáció sikeressége 90–99% közé tehető.[12,8] A fogászati implantáció széleskörű elterjedtsége és nagyszámú alkalmazása miatt szükséges foglalkozni az implantátumot kapott betegpopuláció fennmaradó 1–10%-ával is, mely esetekben valamilyen okból kifolyólag sikertelennek tekinthető az implantációs kezelés. A sikertelen implantációk egy része eltávolításra kerül, míg másik részüknél más jellegű terápiát alkalmazhatunk.[6] A dentális implantátumok eltávolításának indikációi lehetnek korai, illetve késői indikációk.

Korai indikációnak tekinthetőek azok az állapotok, amikor az implantátum eltávolítása a beültetett implantátum osseointegratioja előtt lesz javallt, míg késői indikációnak nevezzük, ha a csontosodás után lesz ajánlott az implantátum kivétele.[13]

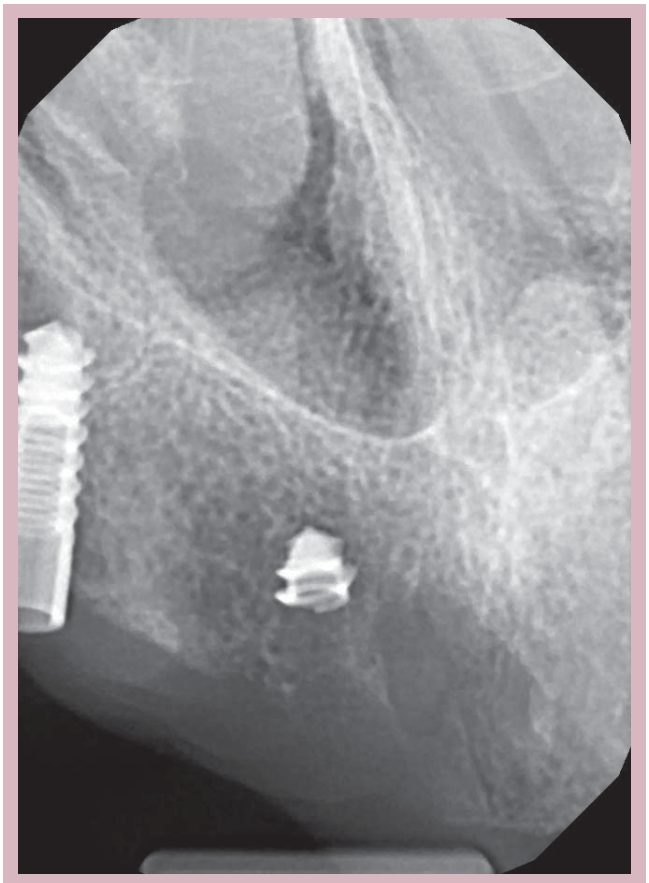
Korai indikációk

- A korai indikációk közé sorolhatjuk a fogászati implantátumok behelyezésével történő szöveti sérüléseket. Károsodhat a nervus alveolaris inferior, ha az implantátum eléri a canalis mandibulaet vagy beroppantja annak falát. Ezekben az esetekben a páciens zsibbadásról vagy különböző típusú arcfájdalmakról számolhat be. A terápiát legtöbb esetben a sérülés következtében fellépő tünetegyüttes, illetve a dentális implantátum és a canalis mandibulae egymáshoz viszonyított helyzete határozza meg.[4]
- Sérülhetnek még az implantáció közben a környező fogak is, ekkor a károsodás mértékétől és minőségétől függ a terápia.[24]
- Nem megfelelő tervezés, illetve nem megfelelő kivitelezés során előfordulhat, hogy az implantátum malpositioba kerül beültetésre, ami szintén indikálhatja eltávolításukat.[7]
- Ajánlott lehet az implantátum kivétele még azokban az esetekben, ha nem megfelelő az implantátum primer stabilitása. Túl nagy primer stabilitás esetében az implantátum körül később csontfelszívódás jöhet létre, míg túl alacsony primer stabilitásnál az implantátum mozgásai gátolhatják az osseointegratio folyamatát.[22]
- A behelyezéssel kapcsolatos szövődmények mellett meg kell említenünk az osseointegratio előtti gyulladásos folyamatokat is, melyek negatívan befolyásolhatják az implantátum csontosodását.[19]

A késői indikációk négy alcsoportja

- Biológiai indikációnak tekinthető a periimplantitis. A periimplantitis az implantátum körüli lágy, illetve kemény szöveteknek a gyulladásos folyamatait jelöli. Egy 2012-es tanulmány szerint a beültetett implantátumok 10%-ánál és az implantátumot kapott páciensek 20%-ánál fordult elő periimplantitis. A periimplantitis magas előfordulási aránya jelzi a kórkép fontosságát az implantátum túlélésével kapcsolatban.[16] Hajlamosítható tényező lehet a nem megfelelő szájhigiénia, a dohányzás, a rosszul tisztítható vagy túlterhelt fogpótlások, illetve különböző szisztémás betegségek jelenléte.[18] A periimplantitis kezelhető különféle konzervatív eljárásokkal, sebészi terápiával, de bizonyos esetekben indikálhatja az implantátum kivételét is.[17,20]





1. ábra: Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézetbe beküldött eset, osseointegratio utáni törés trauma hatására. Eltávolítás csontfúróval



2. ábra: Késői szövődmény miatt indikált trepánnal eltávolított implantátum. Az eltávolítással járó csontveszteség jól megfigyelhető



3. ábra: Körtrepán fúró használata alsó állcsonton



4. ábra: Nem osseointegrált, periimplantitises környezetből, fogpótlással együtt eltávolított implantátumok (Dr. Czinkóczky Béla gyűjteményéből)

- Mechanikai indikációk közé soroljuk az implantátum felépítményének vagy magának az implantátumnak a sérüléseit, illetve töréseit. Ezek az állapotok leggyakrabban az implantátum túlterhelése miatt jönnek létre.[11] A mechanikai indikációk sem abszolút indikációi az implantátum kivételének, léteznek más terápiás metódusok, melyek szigorú röntgenkontrollok és az implantátumon lévő fogpótlás módosítása mellett megengedik, hogy a sérült vagy törött implantátum bent maradjon a csontszövetben.[3]
- Külön csoportra bontottuk az általános egészségi állapottal összefüggő indikációkat. Ajánlott lehet az eltávolítás tumor közeli implantátumnál, ha az

implantátum befolyásolja a daganat gyógyulását.[10] Indikált lehet az eltávolítás irradiatios terápiánál, ha az implantátum körüli szöveteket éri a besugárzás, illetve gócbetegség esetén, hogyha az implantátum gócnak minősül.[15]

- A késői indikációk utolsó csoportja a fiziológiás csontfelszívódás. Az implantátum beültetését követő egy évben fiziológiásnak tekinthető a csontresorptio az implantátum körül, ha nem haladja meg a 1,5 mm-t, és gyulladásos tünetek sem jelentkeznek az implantátum környezetében. Ezt initialis csontfelszívódásnak nevezzük. Később ugyan lelassul a csontresorptio folyamata, de hosszú távon esztétikai és stabilitási problémákhoz vezethet.[2]

Az eltávolítás különböző módszerei

- Történhet az eltávolítás az implantátum behajtó kulcsával. Ez a módszer megfelelően alkalmazható az implantátum osseointegratioja előtt, hisz ilyenkor egyszerűen kicsavarhatjuk az implantátumot a helyéről plusz eszköz nélkül.[21]
- A fogászati fogóval történő implantátum eltávolítások tapasztalt orvost igényelnek, amennyiben az implantátum osseointegrálódott és csontban van, hiszen az ankilotikus csont–implantátum kapcsolat miatt az eltávolítás az implantátum töréséhez vagy lényeges csontveszteséghez vezethet.
- Használhatunk a kivételhez hagyományos csontfúrót vagy körtrepán fúrót is. Ezek a módszerek alkalmazhatók az osseointegratio után, segítségükkel elkerülhető az eltávolítás alatti implantátumtörés. Meg kell említenünk azonban azt a tényt, hogy mindkét módszer jelentős csontveszteséggel és számottevő anyagi vonzattal jár.
- Csökkenteni tudjuk az osseointegrálódott implantátumok eltávolítása alatt fellépő csontveszteség mértékét UH-os csontfúró használatával, hiszen a speciális UH-os csontfúró fejek alkalmazása és a finom technika segíti a fogorvos precíz munkáját.
- Egyre inkább elterjedtebbek a speciális implantátum-eltávolító csavarrendszerek, melyek azon alapulnak, hogy az implantátum anyagába egy fordított irányú menettel csavart fúrva megszűntetik a csont–implantátum kapcsolatot, így könnyebben kicsavarható az eltávolítandó implantátum. Ez a módszer is megfelelően alkalmazható osseointegratio után, de számottevő anyagi befektetéssel társul.[5]

Természetesen eltávolítás alatt kombinálhatjuk a fent említett módszereket a minél ideálisabb implantátum-eltávolítás érdekében.

Az implantátumok eltávolítása, sebészeti, műtéttani feltételei szerves részét kell, hogy képezze az implantológiai képzésnek, mivel az implantátumok egy része mindenképpen eltávolításra kerül. Az implantátumok eltávolítását lehetőleg az implantológiában jártas, jó sebészeti háttérrel rendelkező szakember végezze.

Irodalom

1. Abraham, C. M. (2014. 05 16). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040928/
2. Alshehri, M. A. (2011). The maintenance od crestal bone around dental implants.
3. Amin, R. A. (2010). Forrás: http://www.burbankdentalimplants.com/unusual-dental-implant-corrected-by-dr-ramsey-amin-in-burbank/
4. Bagheri SC., M. R. (2014). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25082936
5. Beaudoin, M. (2012). Removing Implants… With a Twist… Forrás: http://www.oralhealthgroup.com/features/removing-implants-with-a-twist/
6. Bragger, U., & Heitz-Mayfield, L. (2015). Forrás: https://itinet.iti.org/iti-identity-books/tg8/
7. Buser, D. (2011). Forrás: https://itinet.iti.org/iti-identity-books/FI-V11-I02/#86/z
8. Compton SM, C. D. (2017. 01). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28212455
9. Divinyi, T. (2007). Orális Implantológia. Budapest: Semmelweis Kiadó.
10. Enrique Jané-SJosé López-López, X. R.-L.-F.-A.-K. (2011). Relationship between oral cancer and implants: clinical cases and systematic literature review.
11. Gita Malathi, R. C. (2011). Forrás: http://www.nacd.in/ijda/volume-03-issue-02/127-mechanical-complications-with-implants-and-implant-prostheses
12. Grisar K, Sinha D, Schoenaers J, Dormaar T, Politis C. (2017. 02 17). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28212455
13. Jivraj, W. C. (2007). Forrás: http://www.nature.com/bdj/journal/v202/n3/full/bdj.2007.74.html
14. Jurkovič, R. (2014). Forrás: http://www.richard-jurkovic.sk/en/dental-implants/types-of-implants/
15. Kanchan P Dholam, S. V. (2012). Forrás: http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2012;volume=8;issue=6;spage=85;epage=93;aulast=Dholam
16. Klinge, B., & Meyle, J. (2012). Clinical Oral Implants Research.
17. McLelland, B. (2016). Treatment Guidelines for Peri-implantitis - ITI Consensus Statement.
18. Ralf Smeets, c. H. (2014). Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis – a review.
19. S. Annibali, M. R. (2008). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3476500/
20. Søren Schou, T. B. (2004). Surgical Treatment of Peri-implantitis.
21. Straumann ©, I. (2012). Guidance for Implant Removal.
22. Szűcs, A. (2014). A primer stabilitás kérdése dentális implantációk esetében.
23. Vajdovich, I. (2008). Dentális implantológia - Gyakorló fogorvosok részére.
24. Yoon, W.-J., Kim, S.-G., Jeong, M.-A., Oh, J.-S., & You, J.-S. (2013). Forrás: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3858169/

A GYÖKÉRKEZELT FOG IS LEHET JÖVŐ IDŐ

Ahogy évtizedekkel ezelőtt a gyökérkezelési és tömési technikák, illetve a választható tömőanyagok okoztak dilemmát a nagymértékben destruált és devitalizált fogak megtartásakor, addig napjainkban az enossealis implantátumok által kínált lehetőségek bizonytalanítanak el. Pedig az irodalmi adatok alapján a gyökérkezelések hosszú távú sikeressége az implantátumokhoz hasonlóan közel 95%. Természetesen ez az eredmény csak számos feltétel teljesülése esetén érhető el, ilyen tényező például a gyökérkezelt fogak esetén a koronai restauráció is. A reménytelen endodontiai prognózis vagy a fogat érő kedvezőtlen erőhatás mind az ellen dolgoznak, hogy a gyökérkezelt fogat hosszú távon is megtarthassuk.

Nagymértékben destruált klinikai korona esetén például csapok behelyezésével tudunk megfelelő retencióról gondoskodni a restauráció számára. Amennyiben a fog gyökérkezelt, elsősorban intrapulpalis csap jön számításba. A 90-es évekig az egyedileg öntött csapos műcsonkok biztosították a legjobb eredményt, ezt követően a különböző rosttal megerősített csapok kezdtek elterjedni. Legfontosabb előnyei közé tartozik a fog keményszöveteihez hasonló keménysége és merevsége mellett, hogy direkt eljárással, egy ülésben elkészíthető, és színe miatt akár fémmentes restaurációk alapjául is szolgálhat. A csap törése általában ritkán, a gyökéré szinte soha nem következik be. A leggyakoribb hiba, ami a ragasztás elégtelensége miatt következik be, pedig egyszerűen orvosolható.

Miközben a csap megfelelő elhorgonyzást biztosít a különböző restaurációk számára, gyengíti a fog szerkezetét. A gyökércsatornák átmetszete az esetek döntő többségében nem körszimmetrikus. Az előfúrás során viszont azzá alakítjuk, ami jelentős mennyiségű dentin elvételével jár. Talán ez is hozzájárul ahhoz, hogy az előfúrás során verticalis fractura következzék be, amit sajnos nem is kerül minden esetben azonnal felismerésre és általában a fog elvesztésével jár.

A VOCO a hosszú évek óta kiváló klinikai eredményeket nyújtó Rebilda Post csaprendszerrel szerzett tapasztalatait kamatoztatva vezette be a közelmúltban a Rebilda Post GT új csaprendszert. Az új rendszer magában hordozza a korábbi minden előnyös tulajdonságát, a csap, a szilán, a bond és a csonkfelépítő ragasztó egysége képes maximális kötőerő mellett is a fog természetes keményszöveteihez hasonló fizikai paramétereket nyújtani, de attól merőben eltérő kialakítása új távlatokat nyit meg a gyakorló fogorvos előtt.

A dobozt kibontva azonnal szembetűnő a legfontosabb változtatás: nincs előfúró és nincs a hagyományos értelemben vett csap sem. Csapok helyett ugyanis csap kötegeket találunk, amelyek 0,3 mm átmérőjű csapokból állnak, 70% üvegszál-, 10% töltőanyag-, és 20% DMA mátrixal rendelkeznek. Ezek alkotnak kötegeket úgy, hogy 4, 6, 9, illetve 12 csapszálat fognak kötegekbe színkódolt gyűrűvel a könnyebb kezelhetőség érdekében.

A Rebilda Post GT rendszer előnye, hogy előfúrás nélkül, az eredeti csatornamorfológia maximális megtartása mellett helyezhető be, görbült csatornáknál is jól alkalmazható, és a hagyományostól eltérő konicitású csatornákhoz is tökéletesen alkalmazkodik.

A Rebilda Post GT csaprendszer a korábbi rendszereket kiegészítve, de önálló rendszerként is tökéletesen alkalmazható. Számos előnyös tulajdonságának köszönhetően valóban hozzájárul a gyökérkezelt fogak hosszú távon is sikeres ellátásához.

DR. MARADA GYULA



A csap behelyezéséhez előkészített felső második kisőrlő fog



A Rebilda Post GT csap behelyezése



A kompozittal helyreállított klinikai korona



A kontroll röntgenfelvétel

Gyártó: VOCO GmbH, PO Boksz 767, 27457 Cuxhaven, Németország, www.voco.com, info@voco.com

Lépéselőnyben.

Használja ki aktuális akcióinkat!*

Admira Fusion

Nanohibrid-ORMOCER®

2003 Nanohibrid

1999 ORMOCER®

1993 Kompomer

Mikrohibrid

KIVÁLÓ NINCS KLASSZIKUS MONOMER BIOKOMPATIBILITÁS

AZ ELSŐ KERÁMIA DIREKT TÖMÉS KÉSZÍTÉSHEZ

Admira Fusion

- Tiszta szilikát technológia: a töltőanyagok és a rezinmátrix is tisztán szilícium-oxid
- A legalacsonyabb polimerizációs zsugorodás (1,25 térfogat%) és különösen alacsony zsugorodási stressz**
- Semleges, így tökéletesen biokompatibilis és ellenáll az elszíneződésnek
- Kitűnő kezelhetőség, egyszerűen magas fényűre polírozható, a magas felületi keménység garantálja a hosszan tartó első osztályú eredményt
- Kompatibilis az összes hagyományos ragasztóval
- Flow és bulk fill változatban is



* Aktuális akcióinkkal kapcsolatban kérjük keresse a magyarországi VOCO viszonteladókat.
**az összes hagyományos helyreállító kompozittal szemben

MADE IN GERMANY 100%

pure silicate technology

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Németország · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.com

VOCO THE DENTALISTS

A jogegyenlőség követelménye

Címzett: Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán
egészségügyért felelős államtitkár
Emberi Erőforrások Minisztériuma
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Tisztelt Államtitkár Úr!

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete elnökeként fordulok Önhöz és kérem segítségét a fogorvostársadalom törvényes jogainak érvényesítése érdekében. Szervezetünk országos érdekképviseleti szerve a fogorvosoknak, ezért megkeresésemet a hazai fogorvosi szakma nevében küldöm, melyet kérem, szíveskedjen kiemelt fontossággal kezelni.

Szeretnénk először is megköszönni azokat az előremutató intézkedéseket, melyek az elmúlt egy év során érintették a fogorvosi ellátórendszert, de feltétlenül fontosnak tartjuk, hogy felhívjuk a figyelmet azokra az ellentmondásokra, melyek továbbra is fennállnak, és jelezzük, hogy sürgős beavatkozás nélkül az ellátórendszer össze fog omlani.

A 2016. év közepén nyújtott 2 Mrd. forint plusz támogatás átmenetileg csekély mértékben segített az ellátórendszer alulfinanszírozásán (ez kb. 50 ezer forint/hó/praxist jelentett), de a januári minimálbéremelés következtében ez a kis emelkedés is gyakorlatilag elolvadt.

Örömmel vettük, hogy hosszú évek után – kérésünkre – a letelepedési támogatást megnyitják fogorvosok számára is, reméljük, lesznek kollégák, akik jelen finanszírozási viszonyok mellett is élni kívánnak a lehetőséggel.

Ugyancsak támogatjuk azt a tervezetet, mely államilag támogatott rezidensi helyeket nyitna meg fogorvosok számára.

Mindezek ellenére – a tarthatatlan állapot miatt – levelünkkel az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (továbbiakban Ekt.) 1.§ (1), (2) bekezdés a) pontja, valamint 2.§ a) és d) pontjaiban foglalt jogszabályi kötelezettségünket teljesítjük, és célunk, hogy a tagjainktól folyamatosan érkező, finanszírozással és béremeléssel kapcsolatos igények és érdekek rendezésére megfelelő jogi és finanszírozási megoldás szülessen.

Kérjük, haladéktalan intézkedését abban, hogy az egészségügyi alap- és szakellátásban mind a közalkalmazottakra vonatkozó béremelést, mind a fogorvosi praxisok finanszírozását érintően **mielőbb létre jöjjön az a jogszabályi környezet, mely a fogorvosokat érintő,** jelenleg is fennálló **hátrányos megkülönböztetést feloldja és az ebből adódott sérelmeket, eltéréseket kompenzálja.**

Az elmúlt évek során megmutatkozó finanszírozási és béremelési anomáliák – különösen, de nem kizárólagosan – az alábbiakban foglalhatók össze.

1. Az egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2016. évi XXXIV. törvény (továbbiakban: Módtv.) csak *az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó,* 2016. július 1-jén alkalmazásban álló foglalkoztatott számára tette lehetővé a béremelést. Ebbe a körbe azonban kizárólag az állam, a helyi önkormányzat, az egyházi jogi személy vagy a vallási tevékenységet végző szervezet tulajdonában vagy fenntartásában álló *fekvő- vagy járóbeteg-szakellátást,* valamint a Kormány által rendeletben meghatározott *egyéb egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást (mentést, betegszállítást és vérellátást)* nyújtó, egészségügyi szolgáltató munkáltatónál foglalkoztatott személyek tartoznak.

Megállapítható tehát, hogy mivel **az egészségügyi alapellátásban közalkalmazottként vagy munkavállalóként dolgozó fogorvosok nem tartoznak az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá, rájuk nem vonatkoznak a kötelező béremelésről szóló rendelkezések.** Ez különösen az önkormányzatok és egyéb szervezetek által közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott fogorvosokra vonatkozik.

Ezek a fogorvosok, szak-fogorvosok még mindig a közalkalmazotti bértábla szerint, vagy kialkudott munkabérként kapják a fizetésüket, mely – a kollégák által történt jelzések alapján – átlagosan bruttó 200–220 000 Ft összeggel kevesebb, mint az ugyanolyan végzettségű, de nem fogászati alapellátásban dolgozó kollégáik keresete.

2. **A fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók finanszírozása messze elmarad az egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvosi, illetve házi gyermekorvosi (továbbiakban: háziorvosi) egészségügyi szolgáltatók pénzügyi támogatásától,** annak ellenére,

hogy a **jogszabályban előírt szakmai minimumfeltételek, és a folyamatosan felhasználásra kerülő anyagok költségvonzata egy fogorvosi praxisnál hatványozottabban nagyobbak,** mint egy háziorvosi körzetnél. Szervezetünk által évek óta véleményezett önkormányzati feladat-ellátási szerződések egytől-egyig szinte kizárólag a fogorvosi egészségügyi szolgáltatók feladatává teszik ezen tárgyi eszközök teljes biztosítását, fenntartását, javítását és pótlását, ami rendkívül nagy anyagi terhet jelent a praxisoknak. Ezek jogi szabályozása is indokolt.

A fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók finanszírozása – a jelenlegi bázis- és teljesítmény díjrendszer, valamint azok mértékei alapján – nem elegendő arra, hogy a munkaerő, anyagköltség és a rendelő fenntartási költségek pénzügyi fedezetét biztosítsa. A **jelenlegi finanszírozás összegéből, még a garantált bérminimumot sem tudják a praxisok kigazdálkodni, a szakdolgozók számára pedig nem tudják megfinanszírozni a minimális béremelést sem.** Elfogadhatatlannak tartjuk, hogy azonos végzettséggel, képesítéssel rendelkező fogorvosnak csupán attól függjön a bére (illetménye), hogy milyen szolgáltatónál és jogviszonyban végzi tevékenységét.

A fogorvosok részére jutó átlagos finanszírozási összeg havi mértéke 750 000–800 000 Ft. Szervezetünk 2015 év során készített felmérése szerint, a kötelező egészségügyi alapellátást megvalósító, egy fogorvosi egység fenntartásának **minimális** 1 havi összköltsége ~ 1 600 000 Ft, mely az átlagos finanszírozási összeg duplája. Mindezek alapján a jelenlegi körülmények szerint az átlag magyar fogorvos saját tevékenysége terhére 50%-ban támogatja az alapellátás megvalósulását, melynek biztosítása kötelező állami feladat lenne. Az ordító különbség magyarázataként elfogadhatatlan, hogy a fogorvosi praxisoknak lehetőségük van jogszabályi keretek között a betegektől térítési díjat kérni megadott beavatkozások után – ami amúgy helytálló –, hiszen ez az összeg ezt a különbséget messze nem éri el, így továbbra is megmarad a szakadék a finanszírozásban.

3. Az OEP hivatalosan közzétett hirdetményei között, kizárólag háziorvosok, illetve házi gyermekorvosok részére került kiírásra a **praxisjog vásárlására fordítható, vissza nem térítendő támogatás** pályázata. A fogorvosok számára ez továbbra sem elérhető, holott a letelepedési támogatás megnyitására irányult kérésünkkel egy időben beadtuk erre vonatkozólag is módosító indítványunkat, és ígéretet is együttesen kaptunk a változtatásra, de végül csak a letelepedési támogatás kapcsán történt előrelépés. A praxisjoggal rendelkező idősebb fogorvosok nehezebben tudják eladni praxisukat, hiszen az egészségügyi vezetés a fogorvosi alapellátásban – szemben a háziorvosokkal és házi gyermekorvosokkal – a mai napig nem ad támogatást a fogorvosok számára a praxisvásárláshoz, így **vonatkozó pályázati lehetőség megteremtése mielőbb szükséges.**

Továbbá évek óta **folyamatos emelkedést mutat a betöltetlen fogorvosi praxisok száma,** mely a jelenlegi adat alapján 283 szolgálatot érint.

Magyarország *Alaptörvényének XV. Cikkelye (1) és (2) bekezdései* értelmében a törvény előtt mindenki egyenlő. Az Alaptörvény tehát tiltja az igazolható ok nélkül történő megkülönböztetést. Ugyanezt erősítette meg az Alkotmánybíróság, amikor kimondta, hogy a megkülönböztetés tilalma értelmében a jognak mindenkit egyenlőként (egyenlő méltóságú személyként) kell kezelnie, azaz azonos tisztelettel és körültekintéssel, **az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell a jogosultságok és a kedvezmények elosztásának szempontjait meghatározni.**

Alaptörvény-ellenes diszkriminációról van szó, ha valamely jogalanyt vagy azok csoportját más, azonos helyzetben lévő jogalannyal vagy csoporttal történt összehasonlításban kezelnek hátrányosabb módon. **A jogegyenlőség követelménye** azt jelenti, hogy az állam, mint közhatalom – mint jogalkotó és jogalkalmazó – a jogok és kötelezettségek megállapítása során köteles az azonos helyzetben levő jogalanyokat indokolatlan megkülönböztetés nélkül, egyenlőkként kezelni (30/1997. (IV. 29.) AB határozat.).

Az alapellátásban dolgozó háziorvosok, házi gyermekorvosok és szakdolgozók csoportjától minden ésszerű ok nélkül különbözteti meg a Kormány a fogászati alapellátásban és szakellátásban dolgozó orvosokat és szakdolgozókat, illetve fosztja meg őket a másik csoportba dolgozó kollégáikat és praxisaikat megillető jogosultságoktól, ami tarthatatlan a jövőre nézve. A fogorvosokat mellőző, jelenlegi jogi és gazdasági környezet tehát többszörösen törvénysértő, érdeksértő vagy egyéb jogszabályba ütközik.

Mint Ön előtt is ismeretes, a felsorolt egyenlőtlenségek miatt a fogorvosok körében oly mértékűvé vált az elégedetlenség, hogy mára szervezetünktől függetlenül létrejövő, önszerveződő kezdeményezéseket tapasztalunk a diszkriminatív helyzet megszüntetése érdekében.

Mindezek alapján az a tiszteletteljes kérésünk, hogy a fent részletezett helytelen, hátrányosan megkülönböztető és alkotmánysértő jogi szabályozás és joggyakorlat mielőbbi felszámolása érdekében Tisztelt Államtitkár Úr tegye meg a szükséges jogi lépéseket és intézkedéseket, melyekkel kapcsolatban várjuk szíves tájékoztatását.

Budapest, 2017. március 24.

Tisztelettel

Prof. Dr. Hermann Péter

elnök

Távoktatás

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája és a vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://www.oftex.hu.hu internetes oldalon olvashatók.

Valerio Di Mauro, Raffaele Torre

Implanto-protetikai megoldások irányított sebészettel

Magyar Fogorvos, XXVI. évf. 2017/2. 58–69.

Dr. Brenda Baker, Dr. David Reaney

Implantátumon rögzített overdenture típusú fogpótlások

Magyar Fogorvos, XXVI. évf. 2017/2. 76–81.

Dr. Bársony Nóra, Dr. Gulácsi Gabriella, Dr. Horváth János

A distalharapás ortopédiai kezelési lehetőségei

Magyar Fogorvos, XXVI. évf. 2017/2. 82–85.

Iványi Dóra, Dr. Kivovics Péter

A fogászati implantátumok eltávolításának lehetséges okai és módszerei

Magyar Fogorvos, XXVI. évf. 2017/2. 86–89.

Közgyűlési meghívó

A Magyar Fogorvosok Egyesülete – eleget téve a törvényi szabályozásnak – új Alapszabályban meghatározott módon végzi tevékenységét. Tekintettel a jogszabályi változásra, valamint arra, hogy az elmúlt időszakban az Elnökség taglétszáma jelentősen csökkent, rendkívüli elnökségi választást tartunk indokoltnak. Az Elnök, a pénztáros és a Fogorvosi Szemle főszerkesztőjének nevesített megválasztása mellett további 8 tag megválasztása is szükséges, ám a megválasztott 8 elnökségi tag esetében a pontos funkció egy későbbi elnökségi ülésen kerül meghatározásra.

A fentiekre tekintettel Közgyűlés összehívását kezdeményezzük, amelyre minden választásra jogosult „rendes" és „ifjúsági tag"-ot meghívunk.

A közgyűlés ideje:

2017. május 12. (péntek) 17 óra (a szegedi Konferencia első napi programjának végén)

A közgyűlés helyszíne:

SZTE József Attila Tanulmányi és Információs Központ 6722 Szeged, Ady tér 10.

Az ülésterem pontos helyszíne a szünetekben kerül kihirdetésre

Napirendi pontok

1. Napirendi pontok elfogadása, jegyzőkönyvvezető és hitelesítők elfogadása
2. Elnökség beszámolója a 2016. évről
3. Pénzügyi beszámoló
4. Elnökség 2017. évi munkaterve
5. Vezető tisztségviselők (Elnökség) megválasztása
6. Egyebek

Abban az esetben, ha az egyesület közgyűlése a fent meghirdetett időpontban nem határozatképes, akkor annak megismétlésére a napirendi pontok és a helyszín változatlansága mellett 17.30-kor kerül sor. Ezen közgyűlés a megjelentek létszámára való tekintet nélkül határozatképes.

Szeged, 2017. március 20.

Megjelenésére számítva,
az MFE elnöksége

PERSPEKTÍVÁK A PARO-IMPLANTOLÓGIÁBAN ÉS A KOMPREHENZÍV FOGÁSZATBAN

SZEGED, 2017. MÁJUS 12 – 13.



MEGHÍVOTT ELŐADÓK:

GIOVANNI ZUCCHELLI (OLASZORSZÁG)

CAMILLO D'ARCANGELO (OLASZORSZÁG)

MARIUS STEIGMANN (NÉMETORSZÁG)

HENRIETTE LERNER (NÉMETORSZÁG)

DAVID A. COTTRELL (USA)

SAMUEL I. KRATCHMAN (USA)

RONALD JUNG (SVÁJC)

GAETANO CALESINI (OLASZORSZÁG)

GIUSEPPE ROMEO (OLASZORSZÁG)

LUIS ANDRÉ MEZZOMO (BRAZÍLIA)

KONGRESSZUSI INFORMÁCIÓK:

RÉGIÓ 10

Régió-10 Kft.
6720 Szeged, Dugonics tér 12.
Tel./fax: +36 62 710 500
E-mail: info@regio10.hu
www.regio10.hu

HELYSZÍN:

SZTE József Attila
Tanulmányi és Információs Központ
6722 Szeged, Ady tér 10.

www.symposiumszeged.com

Az Európai Fogászati Népegészségügyi Társaság 21. kongresszusa

Ragyogó nyáridő és napsütés fogadta 2016. év őszén a Margitszigetre, a Dental Public Health Európai Társaságának 21. kongresszusára érkező résztvevőket.

A Danubius Health Spa Resort Hotel Margitsziget nagytermében nem szokványos kongresszusi megnyitónak örvendhettek a vendégek. A „csillagszemű" néptáncos gyermekek kíséretében bevonuló európai elnökségi és a helyi szervezőbizottsági tagok mosolyt csaltak mindenki arcára. A gyermekek az ország egyes területeinek táncával, énekeivel ízelítőt adtak a magyar népi kultúrából. Ezután Szőke Judit, a helyi szervezőbizottság elnöke néhány szóban méltatta a nemrég elhunyt Bánóczy professzorasszony munkásságát, a kongresszus jelentőségét, jó munkát és jó szórakozást kívánva mindenkinek.

Üde színfolt volt a 21. születésnapra készült torta érkezése, amit a 31 országból érkezett 242 résztvevő hatalmas tapssal fogadott. Az EADPH nevében a jelenlegi elnök, Jacques Vanobbergen professzor köszöntötte a megjelenteket.

Az első meghívott előadó Richard Watt professzor volt, aki előadásában gyakorlatilag összegezte a nehézségeket, amelyekkel minden nap szembesülnie kell a fogorvos-társadalomnak, az egyenlőtlenségekkel, melyek rizikócsoportokba kényszerítik a pácienseket, és vázolta az esetleges megoldás lehetőségeit,



Jakab Zsuzsanna előadó, a WHO Európai Irodájának Igazgatója

előrevetítve a kongresszus tárgyköreit. Délután már a valódi munkáé volt a főszerep, a hét munkacsoport, élükön nemzetközileg elismert szaktekintélyekkel, járták körül a leglényegesebb problémákat, melyek a parodontológai, gero-odontológai, kariológiai, rosszindulatú elváltozások, a keménységi veszteségek, az orális egészséggel összefüggő életminőség és a

A két elnök – dr. Szőke Judit a kongresszus helyi rendezőbizottságának elnöke és prof. Jacques Vanobbergen az Európai Társaság elnöke





Prof. Richard Watt meghívott előadó



Plenáris ülés

fogászati népegészségügy oktatása területén adódnak. A munkabizottságok számot adtak a múlt kongresszus óta eltelt időben elvégzettekről és meghatározták a jövő feladatait.

A családias hangulatú fogadás lehetőséget biztosított a további szakmai beszélgetésekre.

A következő napi plenáris ülések felkért neves előadói prof. Johan Mackenbach, prof. Jan De Maeseneer, dr. Georgios Tsakos, prof. Magnus Hakeberg és prof. Svante Twetman voltak.

Délután került sor 110 poszter összefoglaló előadásra és vitájára. A hat párhuzamos szekcióban zajló prezentációk előadói gárdája – rendkívül színes volt, hiszen a résztvevők különböző országokból érkeztek, és általában színvonalas előadások hangzottak el. Hazánkat a négy fogorvostudományi karról harminc előadó képviselte.

A napot igazi pusztaparti zárta Domonyvölgyben.

Az utolsó napon az ülésszakot a munkabizottságok összegzése nyitotta, majd három nagyszerű felkért előadás következett, melyet prof David Conway, dr Sebastian Ziller és Jakab Zsuzsanna, a WHO Európai Irodájának igazgatója tartott.

A Travel grantok átadásával és zárszóval ért véget a jól szervezett, jó hangulatú és eredményes kongresszus. A résztvevők nem győzték dicsérni a kiváló tudományos és társasági programokat, és elismerő szavakkal illették a nagyszerű szervezést. 2017-ben találkozunk Litvániában, Vilniusban!

A konferencia védnöke dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár volt.

A helyi rendezőbizottság tagjai: Alberth Márta, Madléna Melinda, Nagy Ákos, Pinke Ildikó, Szőke Judit és Tóth Zsuzsanna voltak, munkájukat a Convention Budapest Kongresszusi Iroda munkatársai segítették.

Köszönjük a rendezvény fő szponzorainak (Emberi Erőforrások Minisztériuma, Fővárosi Önkormányzat) és a kiállítóknak (Colgate-Palmolive Hungary, R.O.C.S.) a támogatását.

Az elhangzott előadások az EADPH honlapján olvashatók: http://eadph.org/congresses/21th.html

A konferencia rendezőbizottsága nevében
Dr. Alberth Márta



ALPHA IMPLANT **HÍREK**

Sikeres továbbképzés az Alpha-Bio Tec gyárában

Több mint harminc orvos nagysikerű továbbképzésen vett részt Izraelben az Alpha-Bio Tec gyárában. A továbbképzés keretén belül a résztvevők megismerhették az Alpha-Bio újdonságait, az új bioaktív csontpótló anyagot és az új NeO implantátumot. Pozitív visszajelzések érkeztek dr. Max Eisenberg „Hogyan mondjon igent páciensünk" című



előadására is, melynek témája a kezelési terv marketingben betöltött szerepét taglalta. Sokféle szempontot felvonultatott dr. Yoav Grossmann az implantátumra készülő protetika témakörében.

A program része volt az Alpha-Bio Tec modern üzemének megtekintése is, ahol a látogatók betekintést nyerhettek a szigorú minőség-ellenőrzési rendszer működésébe, amely feltétele a megbízható minőségű implantátumok gyártásának.

Alpha-Bio műtéti Guide rendszer



Az Alpha-Bio Tec bemutatta új, sebészeti sablonokhoz kifejlesztett műtéti tálcáját. A tálca teljes szekvenciás eljárást tesz lehetővé, azaz a fészek kialakítása után maga az implantátum is behelyezhető a sablonon keresztül.

A tálca moduláris felépítésű, a fúrók és eszközök a klinikai igényeknek megfelelően külön-külön is beszerezhetők. A tálca mellett külön rendelhetők a sablonba kerülő gyűrűk, a rendszer kompatibilis többek között a Sirona, Materialise, Planmeca, Vatec, 3Shape tervezőprogramokkal. A magyar fejlesztésű Smart Guide rendszerrel további szoros együttműködés van folyamatban. A tálca és tartozékai december 1-től rendelhetők.

Hu-Friedy eszközök ünnepi áron!

Hu-Friedy®
How the best perform

A Gracey-kürett megalkotója, az első osztályú kéziműszereket gyártó amerikai Hu-Friedy év végéig különleges árakat biztosít termékeire. A kínálatban szereplő termékekről orvoslátogató kollégáinknál kapható bővebb felvilágosítás.

A MINŐSÉG A SIKER GARANCIÁJA

alpha implant

Alpha Implant Kft. / 1027 Budapest, Horvát u. 14-24.
+36 1 353 9090 / info@alphaimplant.hu / **www.alphaimplant.hu**

Nanohibrid kompozit CAD/CAM-blokk

A VOCO minőség mostantól a digitális protézisek-nél is elérhető. A VOCO név egyet jelent a kiváló termékminőséggel, különösen igaz ez a kompozit anyagaikra.Ez a szakértelm az alapja a mostani portfólió-bővítésnek is, a CAD/CAM fogászat területén. A Grandio blocs kompozit blokkokkal a VOCO lehetőséget kínál a fogorvosok és laboratóriumok számára, hogy digitális fogpótlásokat készíthessenek a jól bevált Grandio termékcsalád minden előnyével és erősségével.



Mivel sokkal erősebb az anyag, a teljesen kipolimerizált kompozit blokk új standardot állít. A 86%-os töltőanyag-tartalmával a Grandio blocs rendelkezik a legmagasabb töltöttséggel a saját kategóriájában. A kétpontos hajlítószilárdság is kiugró értéket mutat, amilyennel általában csak a szilikát kerámiák rendelkeznek, de a Grandio blocs lényegesen antagonista-barátabb. Egy másik előnye, hogy a kompozit blokk finomabban frézelhető, és nagyobb pontosságú illeszkedés érhető el vele. A rendszer időtakarékos, hiszen az időigényes égetési folyamat elhagyható, és a kompozitokat gyorsabban lehet csiszolni. Mivel a kompozit blokkok magas fényűre polírozhatók, így az esztétikai megjelenésük éppen olyan jó, mint a kerámiáé.

A Grandio blocs a szokásos eszközökkel frézelhető. Két méretben kerül forgalomba: inlay-hez/onlay-hoz, illetve koronákhoz, valamint két transzlucencia fokozatban anterior és poszterior helyreállításokhoz.

Gyártó: VOCO GmbH



In memoriam

Dr. Ackermann Alajos

1935–2017



1959-ben általános orvosi tanulmányai befejezése után, a Budapesti Orvostudományi Egyetem Berényi Béla által vezetett Szájsebészeti Klinikáján kezdett tevékenykedni, a magyar sztomatológus és szájsebész „Aranycsapathoz” csatlakozva, mely csapatnak lelkes odaadásával hamarosan aktív és teljes jogú tagjává vált. Ma ez az időszak már szakmai történelemnek számít.

Magyarországon ekkor még csak Budapesten volt önálló, már négy éve működő fogorvoskar.

Szaktárgy-előadók ebben az időben Balogh Károly, Boros Sándor, Ferenczy Károly, Földvári Imre, Huszár György, Molnár László, Nagy László, Schranz Dénes, Szokolóczy-Syllaba Béla, Skaloud Ferenc, Sugár László, Tóth Pál és Záray Ervin voltak.

21 évig vett rész a Klinika munkájában, a betegellátásban, az általános- és fogorvoshallgatók oktatásában, vizsgáztatásában, 1970-től az intézet helyettes vezetői teendőivel bízták meg. Fő profilja a maxillo-faciális traumatológia és plasztikai sebészet, mely utóbbit Zoltán János professzornál tanulta. Szakterületén több új műtéti technikát dolgozott ki, illetve adaptált külföldön már bevezetett módszerek és tapasztalatok alapján.

1980-tól 1996-os nyugdíjazásáig az Országos Traumatológiai Intézet Maxillo-faciális részlegét vezette. Intézeti munkája mellett, mint országos instruktor, az arc-, állcsontsérültek ellátásának országos szervezésében, a kezelési szemlélet változtatásában, optimalizálásában oroszlánrészt vállalt és végzett. Felismerte, hirdette és szervezte, hogy a politraumatizált betegek arc-, állcsontsérüléseit az egyéb sérüléseikkel lehetőleg egy időben kell elsődleges definitív ellátásban részesíteni, hiszen a korábbi elvek szerint – vagy elvek hiányában – az ilyen sérülések ellátása vagy nem történt meg, vagy jóval később, sokkal hosszabb, körülményesebb és drágább beavatkozás sorozat után, sokszor lényegesen szerényebb sikerrel.

Rendszeresen hívták vidéki és más budapesti intézetekbe, kórházakba is, ahol a speciális betegellátáson kívül az új elveket is terjesztette, tanította.

Legelső volt, akit szakterületén igazságügyi orvosszakértőnek elismertek. Az 1970-es évek elejétől kezdve a SOTE Igazságügyi Orvostani Intézetének, majd az Igazságügyi és Biztosítás Orvostani Intézetének rendszeresen megbízott szakértője, előadója, tanfolyamok szervezője és vezetője. Ezen tevékenységét szinte haláláig végezte. Több mint 40 éves szakértői és törvényszéki gyakorlatának összegzett tapasztalata és üzenete számunkra, melyet publikációkban és előadásaiban is igyekezett továbbadni: a peres ügyek legfőbb megoldása a perek megelőzése, az orvosok minél körültekintőbb jogi felkészítésén alapuló tájékozott prevenció.

Több szájsebész és fül-orr-gégész szakorvosjelölt traumatológiai gyakorlatát szervezte és vezette.

Magával ragadó személyiségű, nagy közkedveltségnek örvendő, önzetlen, lelkes és odaadó oktatónak ismertük. Betegei, hallgatói és kollegái egyaránt tisztelettel szerették.

31 tudományos közlemény és 4 tankönyvfejezet szerzője. Rendszeresen hallhattuk kongresszusi előadóként, valamint tudományos ülések elnökeként.

A Munka Érdemrend ezüst fokozatát kapta 1974-ben, 2013-ban pedig, több évtizedes munkája elismeréséül a Magyar Szájsebészetért Emlékérem tulajdonosa lett. Tagja volt a Magyar Fogorvosok Egyesületének, a Szájsebészeti Szekció Vezetőségének, a Magyar Traumatológus Társaságnak, az Igazságügyi Orvos Társaságnak.

44 évvel ezelőtt találkoztam vele először műtőssegéd koromban, majd többek között nála töltöttem hallgatói, később szakvizsga gyakorlatomat. Mindenki nagy elismeréssel nézett fel rá. Évekkel később derült ki, hogy sikeres egyetemi felvételit az általa vezetett szóbeli bizottságnál tettem.

Több mint 12 évig tartó traumatológiai behívós ügyeletem alatt sokszor konzultáltunk, tanított, terelte, irányította munkámat.

Hosszú éveket töltöttünk együtt a Magyar Arc-, Állcsont és Szájsebészeti Társaság vezetőségében, ahol mint alapító tag, nagy tapasztalatú tanácsaival látott el mindannyiunkat.

Vidéki konferenciákra, megbeszélésekre sokszor együtt utaztunk, ahol személyes és szakmai élményeit osztotta meg, vagy legnagyobb kedvteléséről, a vadászatokról mesélt. Sok tapasztalatot, szakmai látásmódot adott, megtisztelt barátságával.

Orvos-szakértői pályámon is ő indított és folyamatosan tanácsokkal szolgált.

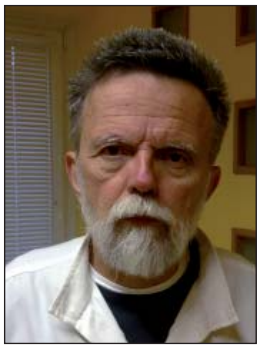
Konfliktuskerülő embernek ismertem, de ez nem gátolta véleménynyilvánításaiban. Megvetette a karrierizmust, a kishitűséget, a korrupciót, az áskálódást. Mindig szem előtt tartotta a békés megoldásokat, az ember- és betegcentrikus, jól szervezett, szakmailag naprakész munkát.
Az évek óta tartó súlyos betegség sem gátolta, hogy bár kissé csökkenő tempóban, de megszokott tevékenységét folytassa. Végtelenségig ragaszkodó betegei ellátását szinte az utolsó napokig végezte, aktív, családösszetartó életet élt, szakértői munkát végzett, tanított, tanácsokat adott. Ezek nélkül saját bevallása szerint nem is tudott volna létezni.
A rá állandóan jellemző jókedvével és sajátos humorával vélekedett betegségéről és a világról, általános állapotát az élet nehéz szakaszának, de természetes velejárójának tartotta.
82 tartalmas és eredményes évet hagyott maga mögött.
Tisztelt Főorvos Úr, drága Lojzi bácsi! Munkatársaid, kollégáid és tanítványaid nevében búcsúzom tőled, emlékedet megőrizzük, tartalmas pályádat és követendő életedet példaként állítjuk a következő korosztályok számára is. Mindannyiunknak hiányozni fogsz, nyugodj békében!

Huszák András

In memoriam

Dr. Düh András Zoltán

1946–2017



Dr. Düh András Zoltán 1946. augusztus 27-én született Szekszárdon. Általános iskolai tanulmányait követően a középiskolát Budapesten, a II. Rákóczi Ferenc gimnáziumban végezte. Az érettségi után azonnali felvételt nyert az Eötvös Lóránd Tudományegyetem földrajz-történelem szakára, de ő inkább az orvoslást választotta, részben mert édesapja sebészorvos volt, részben mert elhivatottságot érzett a gyógyítás iránt. Így felvételizett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fogorvostudományi Karára, ahova azonnal felvételt nyert. Az egyetemet summa cum laude végezte 1969-ben kitüntetéssel. Az egyetemi tanulmányok elvégzése után kiemelkedő tanulmányi eredményére való tekintettel tansegédi állást ajánlottak fel részére az egyetemen, de ő inkább gyógyítani vágyott. Ahogy 2013-ban, az 50. érettségi találkozójának emlékkönyvében megfogalmazta: *„Nyűvöm a fogakat a végeken”.*
Ennek szellemiségében kezdte meg munkáját 1969 júliusában a Bács-Kiskun megyei Kisszálláson. Négy év itt töltött munka után édesapja hívására (aki akkor már a Zala megyei nagykanizsai kórház igazgató főorvosa volt) a megüresedett letenyei állást töltötte be 1973-tól. Éveken keresztül a térségben egyedüli fogszakorvosként tevékenykedett, melynek során az egész napos munkavállalásával bizonyította munkabírását, elhivatottságát.
Az állami betegellátásban negyven éven keresztül vett részt, egészen 2009-ig. Az aktív munkától akkor sem szakadt el, intenzíven tovább praktizált egészen a 2015 év végén kialakult betegségéig.
Munkásságát segítette alapos szaktudása, széles körű orvosi tapasztalata. Sikereinek titka kiegyensúlyozott, derűs személyiségében, a betegeivel szemben tanúsított empátiájában és munkája iránti szeretetében rejlett.
Pályáját mindvégig a betegei tisztelete és szeretete övezte, határon innen és túl. Munkássága méltón állít példát a fiatal fogorvosok számára. Emberi és szakmai nagyságát igyekszünk megőrizni, ezáltal az ő szellemisége is tovább élhet.
„Non omnis moriar, multaque pars mei. Vitabit libitinam” (Nem halok meg egészen, énemnek fontosabb része túléli temetésem.)

Düh Zsolt

In memoriam

Dr. Heinisch Márta

1937–2017



Mély fájdalommal tudatom, hogy dr. Heinisch Márta fogorvosnő 2017. január 19-én, 79 éves korában, hosszú szenvedéssel járó, nagy türelemmel viselt betegségben elhunyt.

Az Árpád Gimnázium elvégzése után, 1956-ban nyert felvételt a Budapesti Orvostudományi Egyetem Fogorvostudományi Karra, ahol 1961-ben diplomázott. Pályafutását Sárváron kezdte, de hamar felkerült Budapestre. Hosszú ideig Soroksáron dolgozott, majd Pesterzsébeten folytatta hivatását, egészen nyugdíjba vonulásáig. Kollégái és a betegei szerették.

Nyugdíjas éveiben is eljárt továbbképzésekre, szakmai előadásokra, érdeklődéssel követte a fogászat fejlődését. Sokat utazott, és ameddig a betegsége engedte, operába, színházba, koncertekre járt. Szeretetre méltó, kedves, mosolygós, segítőkész ember volt.

Február elsején a Farkasréti Temetőben kísértük utolsó útjára.

Drága Márti, nyugodj békében! Soha nem felejtünk el, szeretettel emlékezünk Rád.

Dr. Füri Mária

In memoriam

Dr. Tóth Kálmán László

1941–2017



Mély fájdalommal tudatjuk, hogy hosszan tartó betegség után életének 76. évében elhunyt dr. Tóth Kálmán László, a MÁV Kórház Központi Rendelőintézetének, majd később a Központi Stomatológiai Intézet ügyeletének főorvosa.

Tóth főorvos urat fogorvosi pályám kezdete előtt, harmadéves egyetemista koromban ismertem meg a nyári gyakorlaton, az éjszakai ügyeletben. Noha édesapám is fogorvos, mégis elmondhatom, hogy a kezdeti időkben szinte mindent tőle tanultam. Rendkívül élénk, barátságos, klasszikus régivágású úriember volt. Egy, a Nagy Öregek közül. Havonta kétszer ügyeltünk együtt éveken át. Mindig odafigyeltem minden mozdulatára, és arra, hogy kiváló és frappáns humorával hogyan deríti jobb kedvre az éjszaka félve odaérkező betegeket. Később már én is átvettem néhány szófordulatot, amit úgy éreztem, megengedhetek magamnak ennyi idősen. Sokat mesélt az egyetemi éveiről, a vizsgákról, az évfolyamtársairól, és én mindig nagy érdeklődéssel hallgattam, hogy mennyire más világ volt az, mint a mai. Sokat emlegette – a már évek óta elhunyt – gyermekfogász feleségét, aki csoporttársa volt az egyetemen. Mesélt a gyerekeiről, az öccséről, a régi kirándulásokról és a vitorlásáról Balatonszemesen.

Nagyon boldog és büszke voltam, amikor eljött a diplomaosztómra. Egy könyvet kaptam tőle, benne a friss pályakezdőnek egy kézzel írt levél, néhány bölcs, útravaló gondolattal. A levelet azóta is őrzöm, a rendelőnk egyik falára van kifüggesztve. Miután végleg nyugdíjba ment, két-három havonta találkoztunk, mindig volt mesélnivalója. Például 2015-ben megkapta aranydiplomáját, vagy, hogy egy távoli külföldi út van épp kilátásban. Életének utolsó időszakában már ritkábban láttuk egymást. Olyasvalaki volt, aki megerősített abban, hogy ezt a szakmát választottam. Jó Öreg Kálmán Bácsi, sohasem felejtjük el Önt, mindig itt lesz velünk!

Szeretettel és tisztelettel
Dr. Seereiner Tamás

Balatonfűzfőn OEP finanszírozott vegyes fogászati körzet **praxisjoga** nyugdíjazás miatt eladó.
Érdeklődni a következő telefonszámon lehet az esti órákban: 06-30/444-8671

DENTALPLUS | Inspiráljuk Önt!

Minden egy helyen,

ami a praxis kialakításához kell.



KaVo. Dental Excellence.

INSTRUMENTARIUM

DÜRR DENTAL

MELAG®

Dr. Mach
Medical lighting +Technology

BRUMABA
OPERATING TABLE SYSTEMS

GENDEX®
Imaging Excellence.

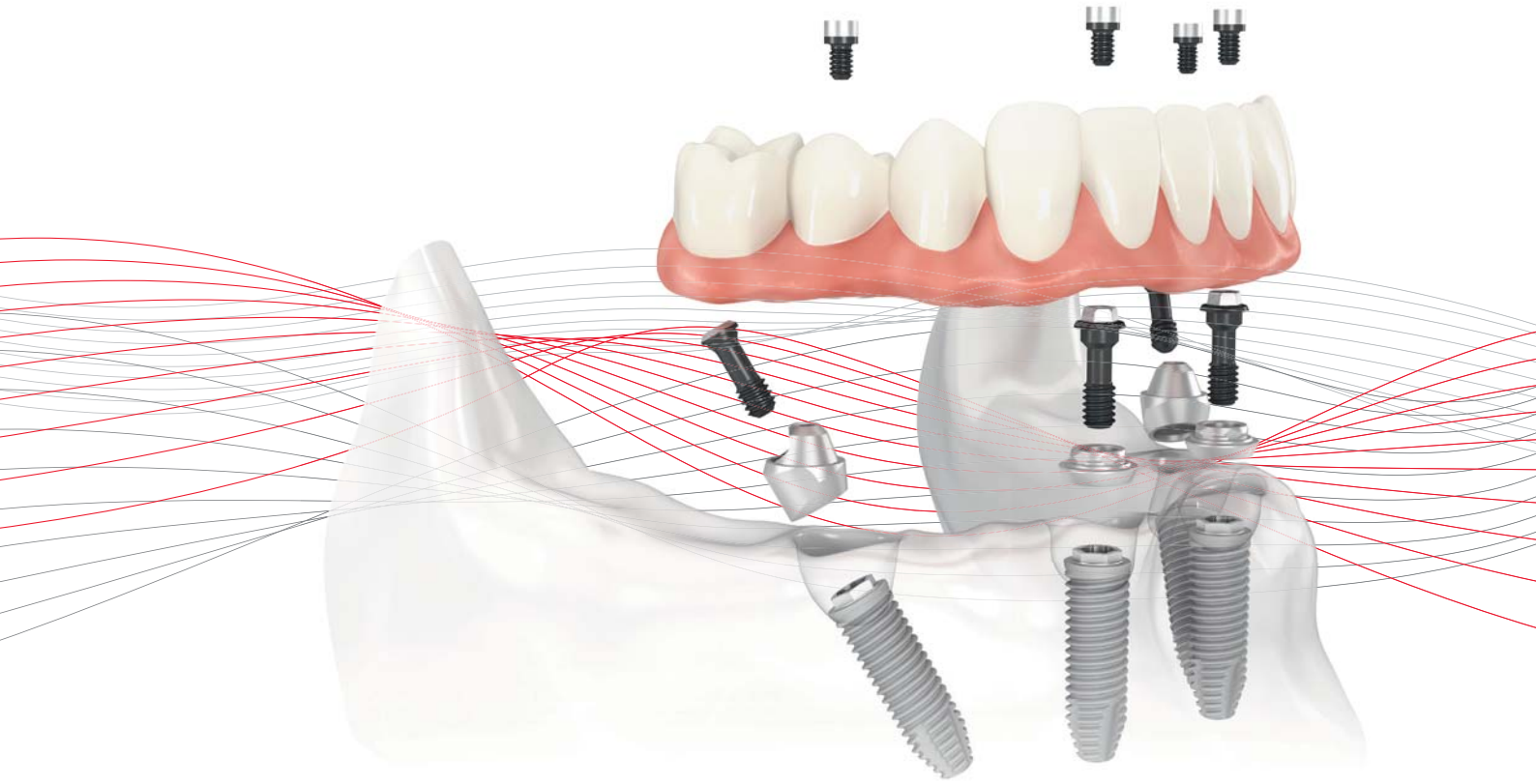
Leica
MICROSYSTEMS

Certified Partner
Instruments | Treatment Units | Imaging

Dental Plus Kft. | 9400 Sopron, Faller Jenő u. 5 | Tel.: 99/508-698 | Fax: 99/508-696
iroda@dentalplus.hu | www.dentalplus.hu

Bemutatóterem: BCW Irodaház . 1113 Budapest, Nagyszőlős u. 11-15. / I. emelet
(Budapesti bemutatótermünkben előzetes egyeztetés alapján tudjuk fogadni Önöket!)

Az eredeti megoldás



All-on-4® koncepció

Az All-on-4 eljárás az első és eredeti megoldás a fogatlan páciensek kezelésére. Ez kizárólag eredeti Nobel Biocare alkatrészek használatával igaz. Sokan próbálják lemásolni a koncepciót de csak a Nobel Biocare rendelkezik hosszútávú tudományos dokumentációval, ami a kezelés hatékonyságát igazolja. Az All-on-4 eljárással fogatlan és hamarosan fogatlanná váló páciensek számára biztosítunk négy implantátumon rögzített teljes fogpótlást a sebészet napján. Kínálja pácienseinek a leghatékonyabb megoldást.

nobelbiocare.com/all-on-4

29 First for 65 50 years

Nobel Biocare®

© Nobel Biocare Services AG, 2015. All rights reserved. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare. Disclaimer: Some products may not be regulatory cleared/released for sale in all markets. Please contact the local Nobel Biocare sales office for current product assortment and availability.