Magyar Fogorvos

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja

XXVIII. évfolyam 2019/2.



KIEMELKEDŐ AZ AZONNALI TERHELÉSBEN

Straumann BLX

Bármely csonttípus esetén megvalósítható és kiszámítható azonalli ellátás.

Egy csatlakozás, leegyszerűsített protetikai portfolió, maximális esztétikai eredmény.

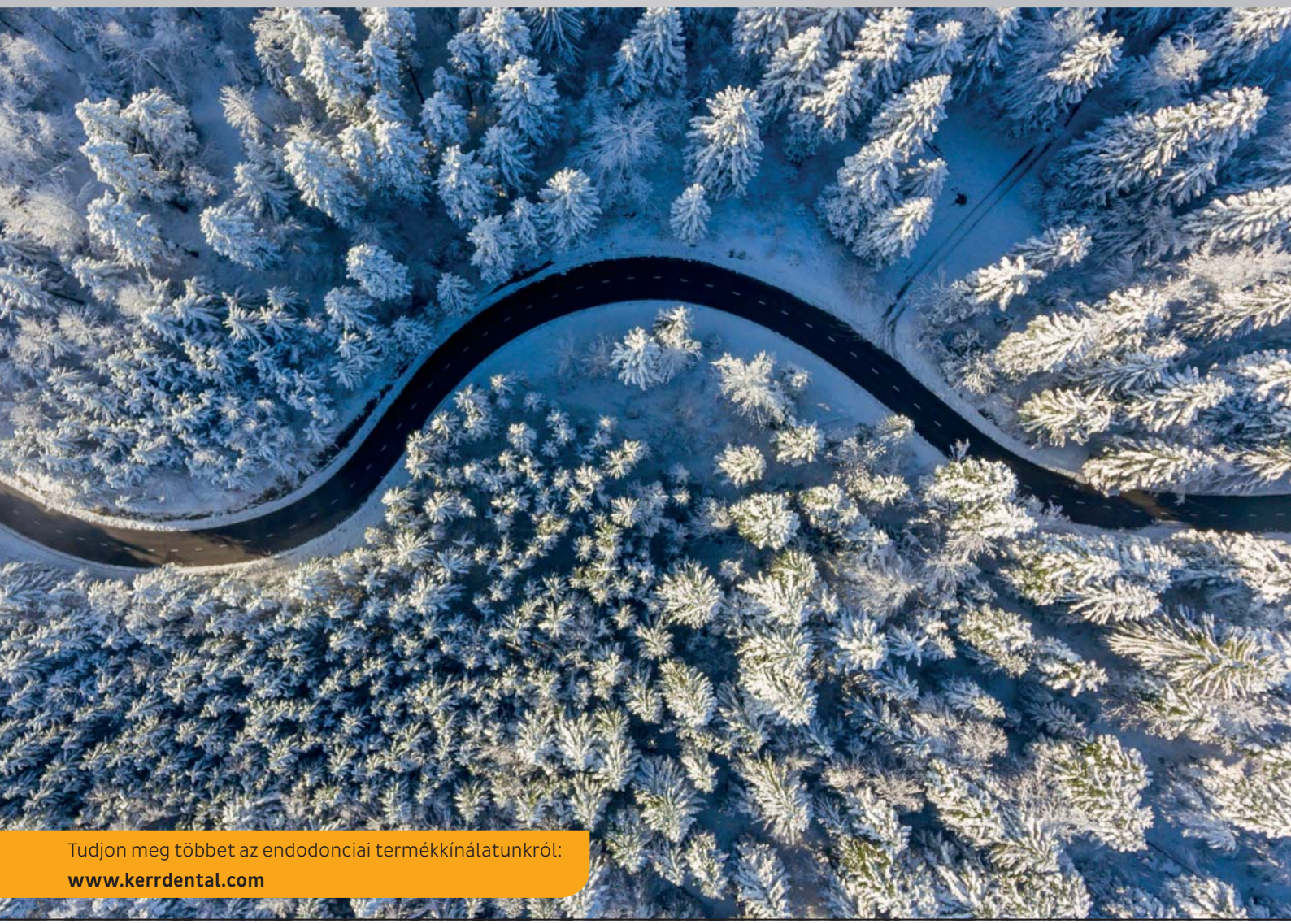
Megbízható és teljes mértékben kiszámítható Straumann megoldások.

Roxolid®

SLActive®

straumann

KaVo Kerr – egyszerűsített gyökérkezelő eljárás
Érjen célba gyorsan és biztonságosan



Tudjon meg többet az endodonciai termékkínálatunkról:
www.kerrdental.com

KR_EE_19_24

Teljes magabiztosság – köszönhetően a tökéletesen egymáshoz igazított endodonciai újításoknak.

- **Új, egyszerűsített protokoll az TF Adaptive™ reszelőkhöz:**
  A 10-es és 15-ös Kerr-reszelőket követő a 13/06 Traverse™ és az ML1 TF Adaptive™ reszelők a gyökércsatornák többségénél lehetővé teszik a teljes munkahosszban történő formakialakítást.
- **Új Traverse™ glide path gépi reszelők:**
  Egyszerűbb eljárást, gyorsabb és kevésbé megterhelő munkafolyamatot biztosítanak, ellentétben a hagyományos rozsdamentes acél reszelőkkel.
- **Új, elements™ e-motion endo motor:**
  A továbbfejlesztett Adaptive mozgás hatékonyabb megmunkálást, jobb törés elleni védelmet és nagyobb biztonságot kínál.



Traverse™ gépi glide path reszelő



TF Adaptive™ reszelő



elements™ e-motion

KaVo Dental GmbH | Bismarckring 39 | 88400 Biberach | Németország
Kerr Hawe SA | Via Strecce 4 | 6934 Bioggio | Svájc

KAVO Kerr



Fogorvosnapok, Manréza, Apokalipszis

Május 16-17-én nagyszámú, közel 1000 fogorvos részvételével rendezte meg a Fogorvosi Tagozat hagyományos, akkreditált továbbképzését, a Magyar Fogorvosnapokat. Az első nap délelőttje a szokásos szakmapolitikai fórummal kezdődött, ahol a Tagozat elnökének részletes beszámolója az elmúlt sűrű időszak eseményeiről, történéseiről adta meg az alaphangot. A hozzászólások egy részéből érezhető volt, hogy ebben az évben 3 szintű kamarai választások lesznek, és az év végére áll fel a MOK országos elnöksége és bizottságai. Ezután az orvosi határterületeket érintő magas színvonalú, általános elismerést kiváltó előadások következtek, majd fogorvosszakmai prezentáció hangzott el az érzéstelenítés mindennapi gyakorlatunkban felmerülő kérdéseiről.

A második nap teljes egészében szakvizsgákról szólt. A szakmai társaságok vezetői ismertették a szakképzés feltételrendszerét, szakmai tartalmát és a szakképesítés megszerzésének követelményeit. Élénk érdeklődést váltott ki a két új alapszakvizsga (Endodontia és a Fogpótlástan), a ráépített szakvizsga (Orális implantológia) és a szakmánkban egyetlen licenc képesítés, a Dento-Maxillo-Faciális radiológia megszerzésének ismertetése.

A résztvevőkkel történt beszélgetésekből, visszajelzésekből azt a következtetést vonhattuk le, hogy a hiánypótló, rendkívül érdekes és élvezetes előadások naprakész, fontos információkat adtak át a hallgatóságnak. A rendezők ezért közkívánatra úgy döntöttek, hogy a közeljövőben, elektronikus formában, mindenki számára hozzáférhetővé teszik az előadások sűrített tartalmát.

Május 23–25. között rendezte meg a MOK TESZT ülését Tiszakécskén. A döntéshozó testület a hagyományos Manrézán (Loyolai Szent Ignác elvonulására, meditációjára utalva) napirend szerint tanácskozott a Kamara működésének legfontosabb kérdéseiről (költségvetés, könyvvizsgálói jelentés, területi szervezet helyzete, problémái, választási körkép stb.), ezúttal is kiemelten a szakma kritikus állapotáról, érdekvédelmi tevékenységéről és az elmúlt hónapok küzdelmes tárgyalásairól.

Elemezte és értékelte az április tizenhetedikei tematikus kormányülés után kialakult helyzetet, a rendkívül fontos döntések elmaradásának következményeit. A tárca vezetője által benyújtott előterjesztésben szerepelt a MOK munkaanyaga és a Fogorvosi Tagozat önálló finanszírozási programcsomagja. A kudarc, melyet a miniszter finanszírozási koncepciója eredményezett, a szakma számára elfogadhatatlan helyzetet teremtett.

Ennek érzékeltetésére „vágatlan” formában ismertetjük a MOK elnöksége és a Területi Szervezet elnökei által közzétett kommünikét:

Magyarország jobban teljesít
De nem az egészségügyben!

Felelős állami vezetőkkel folytatott, mindvégig eredményesnek tűnő, közös megegyezéssel zárult tárgyalás-sorozatot kormányzati döntés nem követett. Ez nagy várakozás után még nagyobb csalódást okozott az egészségügyi munkavállalók körében. A kiszámíthatóság, a tervezhető jövőkép továbbra is hiánycikk ágazatunkban.

Testületeink már korábban leszögezték:

1. *Amint tényeken alapuló gyógyítást várnak a XXI. század orvosától, úgy a gyógyítók pedig tényeken alapuló költségvetést, és pénzügyi fedezetet várnak el az ország választott felelős vezetőitől.*
2. *Ismét a társadalmi rangsor végére csúszott az ágazati bérszint: a szakorvosi nettó órabér 1800–2300 Ft, a szakdolgozói nettó 750–1050 Ft között alakul. Egy szakorvosi vizsgálat hivatalosan folyósított ára 1485 Ft!*
3. *Hiába áll készen az orvoskar a 70 éves szégyenbélyeg, a paraszolvencia megszüntetésére, ha ehhez költségvetési forrást, érdemi bérrendezést továbbra sem kap.*
4. *Szakorvosképzésünk minőségének hanyatlásáért, a betegellátás minőségének fokozódó bizonytalanságáért is jórészt a rendszert torzító paraszolvencia-rendszer a felelős.*
5. *Az alapellátás jogi és financiális elhanyagoltsága, közellátó fogorvosaink szégyenletesen alacsony javadalmazása rohamosan súlyosbodó népegészségügyi kockázat, amint az a legfrissebb nemzetközi statisztikák is fényesen bizonyítják.*
6. *Nyugdíjas munkatársaink, mintegy 5000 nővér és orvos nélkülözhetetlen és áldozatos tevékenységének engedélyezési folyamata botrányos, közteherviselési diszkriminációjuk igazságszolgáltatásért kiált.*

Vajon az egyre-másra bozóttűzként fel-fellángoló helyi, intézményi botrányok, tiltakozások, az önként vállalt túlmunka megtagadásának egyre terjedő mértéke mikor éri el a felelősök ingerküszöbét, haladéktalan és érdemi lépések megtétele, az egészségügyi ráfordítások jelentős növelése érdekében?

Magyarországon ehhez ma a döntéshozói akaraton kívül minden feltétel adott.

Lassan lemérhető az egészségügyi kormányzat egyéves tevékenységének eredményessége, munkájának hatékonysága. A folyamatos személycserék, az érdemi szakmai koncepciók hiánya, az érdekérvényesítő képesség háttérbe szorulása miatt szükséges a megfelelő konzekvenciák levonása.



Dr. Gerle János
főszerkesztő

A szék mellett

58 *Tom Bereznicki, Lola Welch:*
Diastemák kozmetikai zárásának alternatív megközelítése

64 *Dr. Czeglédy Ágota, Dr. Dombi Csaba:*
Szájüregi fekélyes elváltozások differenciáldiagnosztikája 1. rész

70 *Giovanni Maver, Angelo Magni:*
Fogpótlások kortárs tervezési megközelítése

84 *Dr. Pénzes Dorottya, Dr. Kivovics Márton:*
A fogeltávolítás során megnyílt arcüreg ellátása

Továbbképzés

90 Tájékoztatás továbbképzésekről

Rendezvény

92 Kapcsolat Nap, 2019. április 12.

Interjú

94 Nem vagyunk „csiszológépek”

Kulturális ajánló

98 Az önarckép fantomja. Rembrandt 350

Új termékek

100 Mostantól nagy patronos kiszerelésben is elérhető a lenyomatanyag
100 VisCalor bulk - thermoviszkózus bulk fill kompozit

A Magyar Fogorvos c. lap kézbesítését bármikor lemondhatja az alábbi elérhetőségek egyikén:

E-mail: kamara@fogorvos.hu

Levelezési cím: MOK Fogorvosok Területi Szervezete
1068 Budapest, Szondi utca 100.

Telefon: +36-1-353-2188

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
XXVIII. évfolyam, 2019/2.

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. 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. 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: Pauker Nyomda
Felelős vezető: Vértes Gábor ügyvezető igazgató
Példányonkénti ára: 1600 Ft + áfa
Megjelenik: negyedévente

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 nem kézbesített lapokra reklamációt fél évre visszamenőleg tudunk elfogadni.

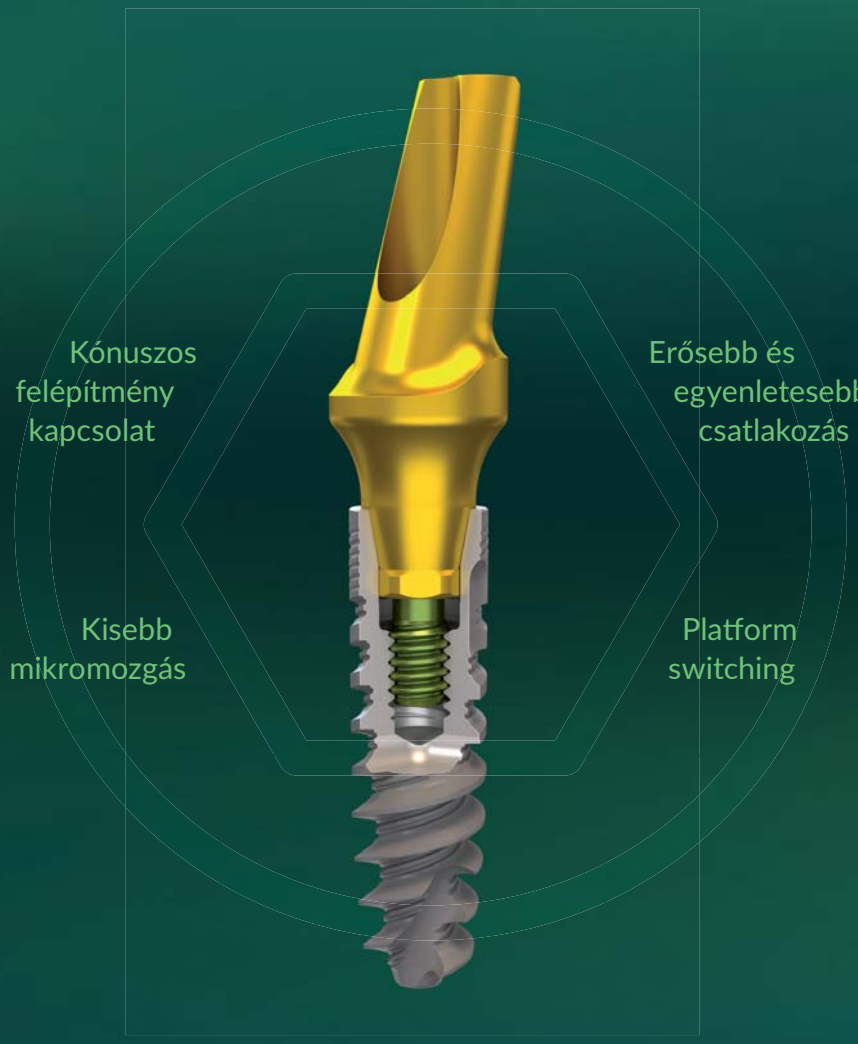
A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.
ISSN: 1216-2213

»OBSERVER«
A MÉDIAFIGYELŐ

AlphaBio TEC Simplantology

ONE NEO

MULTIPLE OPTIONS





Conical Narrow Connection (CHC)

Conical Standard Connection (CS)

Internal Hex Connection (IH)

KIZÁRÓLAGOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓ

alphaimplant

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.

Diastemák kozmetikai zárásának alternatív megközelítése

Tom Bereznicki és Lola Welch minimálinvazív megoldása, különös tekintettel serdülőkorú páciensek számára

Tom Bereznicki, Lola Welch

Manapság igen nagyok az esztétikai elvárások a kamaszkorú gyermekek szülei részéről, amikor valamilyen kozmetikai beavatkozás szükségessége merül fel. A fogszabályozással elérhető állapot legtöbbször elfogadható és kielégítő megoldást jelent, de ez nem minden esetben mondható el.

További kiegészítő restauratív terápiára lehet szükség többek között parciális anodontia, csapfogak és egyéb alaki rendellenességek esetében. Amikor csak lehetséges, mindig törekedni kell a minimálinvazivitásra, ugyanis a fejlődésnek ebben a szakaszában a gingiva szövetei további érésen és alakváltozáson mennek keresztül, ahogyan a szkeletális változások is megtörténnek a koponya növekedésének ezen fázisában. Éppen ezért a serdülőkorban készített restaurátomokra mindig provizóriumként kell tekintenünk, a felnőttkor elérésének idejéig.

Az esztétikai megfontolásból subgingivalisan kiterjesztett restaurátum például a fejlődés korai szakaszában hamarosan supragingiválissá válik, és nagy valószínűséggel cserére fog szorulni, különösen olyan eseteknél, ahol magasan húzódó mosoly-, illetve ajakvonallal állunk szemben. Az indirekt kompozit restaurációs megoldásokról konzekvensen kijelenthető, hogy megfelelő esztétikát nyújtanak ebben az úgynevezett átmeneti időszakban.

A direkt kompozitrestaurátumok limitációi

Jelen közleménynek nem célja az immáron több évtizede elérhető, elsősorban kozmetikai céllal felhasznált direkt kompozíciós tömőanyagok anyagtani tulajdonságait, valamint kivitelezési-technikai sajátosságait tárgyalni.

Általánosságban kijelenthető, hogy a diastemák zárásában az indirekt, ragasztással készült restaurátumok jól prognosztizálható esztétikájú és kifogástalan eredményt jelentenek. Az *1. ábrán* bemutatott eset kitűnően szemlélteti, hogy extrém mértékű rések direkt módon történő zárása miért túlságosan komplex és komp-



1. ábra: Direkt kompozit restaurációval elért eredmény, kedvezőtlen esztétika



3. ábra: A fenti eset Invisalign orthodontiai kezelést követően (Dr. R. Edwards anyagából)



2. ábra: Extrém mértékű diastema, preoperatív állapot



4. ábra: Indirekt restaurátumokkal elért végeredmény

romisszumos kimenetelű, amennyiben ehhez ferde középvonal, aránytalan formájú és szimmetriájú fogak, nem utolsósorban pedig előnytelen emergenciaprofil is társul. Noha a fenti szituációban további próbálkozások történtek (speciálisan részárásra kialakított különféle celluloid matricák alkalmazása) a hibák kiküszöbölésére az esztétikailag elfogadhatóbb végeredmény érdekében, annak prognosztizálása mindvégig kérdéses maradt. A szerzők egyhangú véleménye szerint az ilyen és ehhez hasonló komplikált esetek megoldására sokkal egyszerűbb, olcsóbb és jobban megjósolható eredménnyel kecsegtetnek az indirekt módon készített kompozit héjak *(2-4. ábra)*.

Bár az esetek túlnyomó részében kerámiahéjak is alkalmazhatóak, az áttűnésmentes héj–fog találkozás érdekében feláldozott nagyobb foganyagmennyiség, a színbeli korrekció szükségének mértéke, nem utolsósorban pedig anyagi vonzatuk miatt a kerámiák használata elsősorban inkább kamaszkor későbbi fázisában, illetve a korai felnőttkortól indokolt.

Diagnózis és kezelési terv

Az *5/a-c. ábrákon* egy 16 éves páciens fogszabályozó kezelésének esztétikai végállapotát láthatjuk. Az alsó állcsonton a nagymetszők csírahiányai miatt végzett orthodontiai kezelés egy fognyi restaurátum készíté-



5/a–c. ábra: Preoperatív státusz



6. ábra: Tanulmányi minta, kiindulási állapot



7. ábra: Diagnosztikus viaszmintázat (wax-up)





8/a–b. ábra: Minimálinvazív preparáció



9. ábra: Munkaminta a fogak előkészítése után

sére teremtett elegendő helyet. A beteg fiatal életkora az implantációt alapvetően kontraindikálta, a megoldást egy konvencionális Maryland-híd készítése jelentette, melyet mind a páciens, mind pedig az édesanya egyhangúan elfogadott provizóriumként.

A felső állcsont esztétikai problémái ennél komplexebbnek bizonyultak: mindkét kismetsző formailag rendellenes – csapfogak, továbbá a négy metszőfog mind a nyaki, mind pedig éli harmadban a szemfogakhoz viszonyítottan sokkal szélesebb volt. A fogszabályozó kezeléssel elért eredmény már megfelelő ajaktámaszt tett lehetővé, ugyanakkor az esztétikai összképet kedvezőtlenül befolyásoló diastema fennállása miatt a fogak további közelítésére már kontraindikált lett volna.

A páciens, illetve a szülei a minimál-, de mindenképp invazív restauratív beavatkozáshoz ragaszkodott. Továbbá a páciens az operatív fázist megelőzően fogfehérítést szeretett volna, ehhez a már meglévő retenciós sínjei (Raintree Essix Orthodontic Retainers, Dentsply International) kerültek felhasználásra otthoni körülmények között 15%-os karbamid-peroxid géllel (Ultradent) végzett fehérítés során.

A tanulmányi lenyomatok alapján készült mintákat arcíves regisztrátum segítségével részlegesen egyéni értékre állítható artikulátorba (Dentatus) gipszelték. A tervezett részárás mértékénél különösen nagy figyelmet fordítottak az ideális korona hosszúság/szélesség arányának (kb. 75%) megtartására, mindezt összhangban a szomszédos fogak harmóniájával. Noha a preparációt egyáltalán nem igénylő, elsősorban a fogak hosszának növelését célzó megoldás („no-prep” Lumineers) is szóba került, a páciens ezt az alternatívát nem kérte.

A fogak mérete diagnosztikus viaszmintázat (IQ Compact Opaque Wax, Yeti Dental), valamint digitális mérőműszerrel (kaliper, Har bor freight Tools) került meghatározásra anélkül, hogy a koronák hosszán módosítottak volna, ugyanakkor mindvégig ügyeltek az aranymetszés arányainak megtartására. Az eset megoldására az alábbi kezelési terv született: a két felső kismetsző alaki és fel-



10. ábra: A mesialis rések zárására alkalmazott kompozit héjak



11. ábra: Diastemák zárása, indirekt kompozit héjak a munkamintán

színi rendellenességének helyreállítására teljes kompozit héjak („veneer") javasoltak, továbbá részleges héjak („chip") a felső nagymetszők diastemájának zárására, valamint a szemfogak mesialis felszínén fennmaradó rés esztétikai korrekciójára.

A fogszabályozó kezelés eredményeként létrejött nagyfokú overjet biztosította, hogy a mindennapi használat során fellépő okklúziós stressz csekély terhelést fog jelenti a készülő kompozit restaurátumokra, így a lepattanás, illetve törés veszélye minimális. A pácienst tájékoztatták arról, hogy a kismetszők esetén szükség lesz minimális preparációra a felületi morfológia javítása, valamint a széli záródás vonalának egyértelmű biztosítása céljából. Ugyanez vonatkozik a felső nagymetszők, illetve a szemfogak buccalis felszínein is az egyenletes átmenet biztosítása érdekében. A beteg a fentieket tudomásul vette, majd néhány hasonló eset személtetését követően a kezelési terv elfogadásra került.

Klinikai kivitelezés

A fogfehérítést követően a felső tanulmányi mintán a nagymetszőkre diagnosztikus kompozitmintázat készült. Savazás nélkül, áttetsző kompozit ragasztócement (Choice 2 Cement, BIS CO Dental Products) alkalmazásával különböző színű rétegeket építettek fel a kívánt szín és árnyalat eléréséig. A rétegek közötti átmenetet feljegyezték a már definitív restaurátomknál történő későbbi felhasználás céljából.

A technika finomítása során korábbi eseteknél derült fény arra, hogy az emergenciaprofil, valamint papillák optimális kialakítása érdekében a héjakat késpengeszerűen subgingivalissá kell kiterjeszteni, amelyhez retrakciós fonál használata szükséges már a fogak preparációját megelőzően. Továbbá a héjak rögzítéséhez történő tökéletes pozicionálás érdekében az incizális élen túlterjedő „nyél" kialakítása vált indokolttá, amelyet a végleges ragasztást követően eltávolítottak.

A sulcustágító fonalak behelyezését követően (Racestyptine Cord, Septodont) a teljes héjakhoz (kismetszők) történő minimálisan szükséges redukció, valamint a többi fog (szemfogak, nagymetszők – a ford.) buccalis felszínének preparálása történt meg, a széli záródás vonalát a gingiva mentén palatinális irányba kiterjesztve *(8/a-b. ábra).* A preparáció befejezése után poliéter lenyomatvétel történt (Impregum 6 Minute Hard, 3M Espe), egyéni kanalak felhasználásával. Ideiglenes restaurátumok készítésére jelen esetben nem volt szükség.

Ezután a precíziós lenyomatok kiöntése (Fuji Rock, GC America), majd a munkaminta készítése következett *(9. ábra).* A laborfázis ideje alatt mindvégig indirekt kompozit került felhasználásra (Gradia, GC America). Szeparátor segítségével (Gradia Separator, GC America) és a korábban választott színkulcsoknak (A1 dentin, E2 felszíni zománcréteg, valamint EI1 intenzív zománc) megfelelően készültek el a végleges restaurátumok. Transzlucens zománcszínt csupán a korábban említett „nyél" kialakításakor használtak.

A diagnosztikus viaszmintázattal megegyező esztétikájú eredményt elérése érdekében a fogtechnikus először a felső kismetszők teljes felszínét borító héjakat készítette el, majd ezt követően a szemfogak mesialis oldalain lévő diastemákat záró restaurámuokat *(10. ábra),* végül pedig a nagymetszők distalis majd mesialis felszíneit *(11. ábra).*

A szerzők hasonló klinikai eseteknél az alábbi adhezív rendszert ajánlják az olvasó figyelmébe: Uni-etch, One step Plus, Composite Activator, és transzlucens Choice 2 Cement (Bisco Dental Products). A restaurátumok és a fogak közötti zavartalan színátmenet elérését („kontaktlencse effektus") az áttetsző ragasztócement biztosította.



12. ábra: Az első diastemazáró héj ragasztása



14. ábra: A felső kismetszőre készített teljes (konvencionális) héj



13. ábra: Héjak rögzítését követő állapot, végleges kidolgozás előtt



15. ábra: Felső szemfog és a nagymetsző approximális réseinek zárására alkalmazott héjak, ragasztást követően

Egyéb, színárnyalattal ellátott cement használata esetén sajnos számos esetben láthatóvá válhatnak a tranzíciós vonalak, rontva ezzel az elkészült fogművek esztétikáját.

Végleges rögzítés

A héjak ragasztása kofferdam felhelyezését követően történt abszolút izolálásban, noha az eljárás ideje alatt készített klinikai képeken az eredmények markánsabb szemléltetése végett a már beragasztást követő állapot látható. Kondicionálást megelőzően a fogakat 50 mikronos oxidporral tisztították (Etch Master, Groman Dental), majd a por maradéktalan eltávolítása után következett a savazás. Minden egyes héj ragasztása előtt a szomszédos fogakat poliészter szalagokkal izolálták egymástól, majd a fogakat a gyártó utasításai szerint előkészítették, amely egyébként minden adhezív rendszer alkalmazásánál egységes (zománc savazása, lemosás, szárítás, bondozás, megvilágítás).

A restaurátumok fogakkal érintkező felszíneit a One Step Plus alkalmazása előtt kompozit aktivátorral vonták be, de polimerizáció nem történt. Ezután az előkészített felszínre egy vékony ragasztócement-réteg került fel, majd pozicionálást követően a megvilágítás előtt a cementfelesleg bondecsettel való eltávolítása következett. Minden egyes héj ragasztása után először „fogantyú" került eltávolításra a végleges finírozás előtt, ezt követte a koron-



16. ábra: Fogszabályozó kezelést követő állapot, a bracketek eltávolítása után



17. ábra: Végleges polírozás, valamint az alsó hiányzó metszőfog helyére készített Maryland-híd



18. ábra: Héjak ragasztása előtt – oldalirányból



19. ábra: Héjak ragasztása után – oldalirányból

gokkal, illetve gumiharangokkal történő polírozás (Shofu Dental), majd az újabb héj rögzítése.

A cementezési eljárás alatt a bondozási procedúra előtt minden soron következő restaurátum illeszkedését és pozicionálását előzetesen ellenőrizték. A ragasztás folyamatáról a *12-15. ábrák* adnak részletes tájékoztatást.

A *16-17. ábrák* a ragasztás előtti és utáni állapotokat, az alsó Maryland-híd rögzítése a *18. és 19. ábrákon* látható. A kezelést követően elért végleges állapotot a *20. és 21. ábrák* szemléltetik.

Következtetések

A fentiekben bemutatott és javasolt technika jól megjósolható esztétikai kimenetelű eredménnyel szolgál. Indirekt héjakkal természethű papillák és megfelelő emergenciaprofil állítható helyre, nem utolsósorban egyszerűsége és költséghatékonysága révén bármely, kompozittechnológiában jártasabb fogtechnikus által könnyedén kivitelezhető megoldást jelent. A kompozitok zománchoz történő ragasztásának eredménye, valamint annak várható élettartama közismert. Az életkor előrehaladtával és a fogazat teljes érettségének elérése után amennyiben szükséges, a kompozit héjak könnyedén eltávolíthatók, helyükre kerámiahéjak készíthetők.

A jelen cikkben bemutatott klinikai technika egyszerű és hatékony módszert jelent azon esztétikai kihívást jelentő páciensek számára, akik költséghatékony, non-invazív és jól prognosztizálható megoldást szeretnének.

Forrás: SPECTRUM Dental Teamwork Vol.7 No.8 - October/November 2014

Fordította: Dr. Hriczó-Koperdák Gergely

Tom Bereznicki fogorvosi diplomáját 1976-ban, az Edinburgh Dental Hospital and School-ban szerezte. Londonba költözését követően saját általános fogászati magánpraxisát 1982-ben, Queensgate-ben nyitotta meg, miután a Guy's Hospital és a Royal Dental Hospital sebészeteit megjárta. A közelmúltban csatlakozott a londoni Dawood and Tanner Dental Practicehoz, mint a restauratív csapat vezetője. Érdeklődési köre elsősorban az esztétikai fogászat, különös tekintettel a hagyományos, illetve implantátumokon elhorgonyzott koronák és hidak emergenciaprofiljának kialakítása és megtartása. Az alábbi e-mail címen érhető el: bereznicki@googlemail.com

Lola Welch a varsói egyetemen szerezte fogtechnikusi képesítését 2004-ben. Az elmúlt hat évben London nyugati részén dolgozott Tom Bereznicki és Andrew Dawood fogtechnikusaként a Dawood and Tanner Dental Practice-ben.



20. ábra: Mosoly a kezelést megelőzően



21. ábra: Posztoperatív esztétikai végeredmény

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.

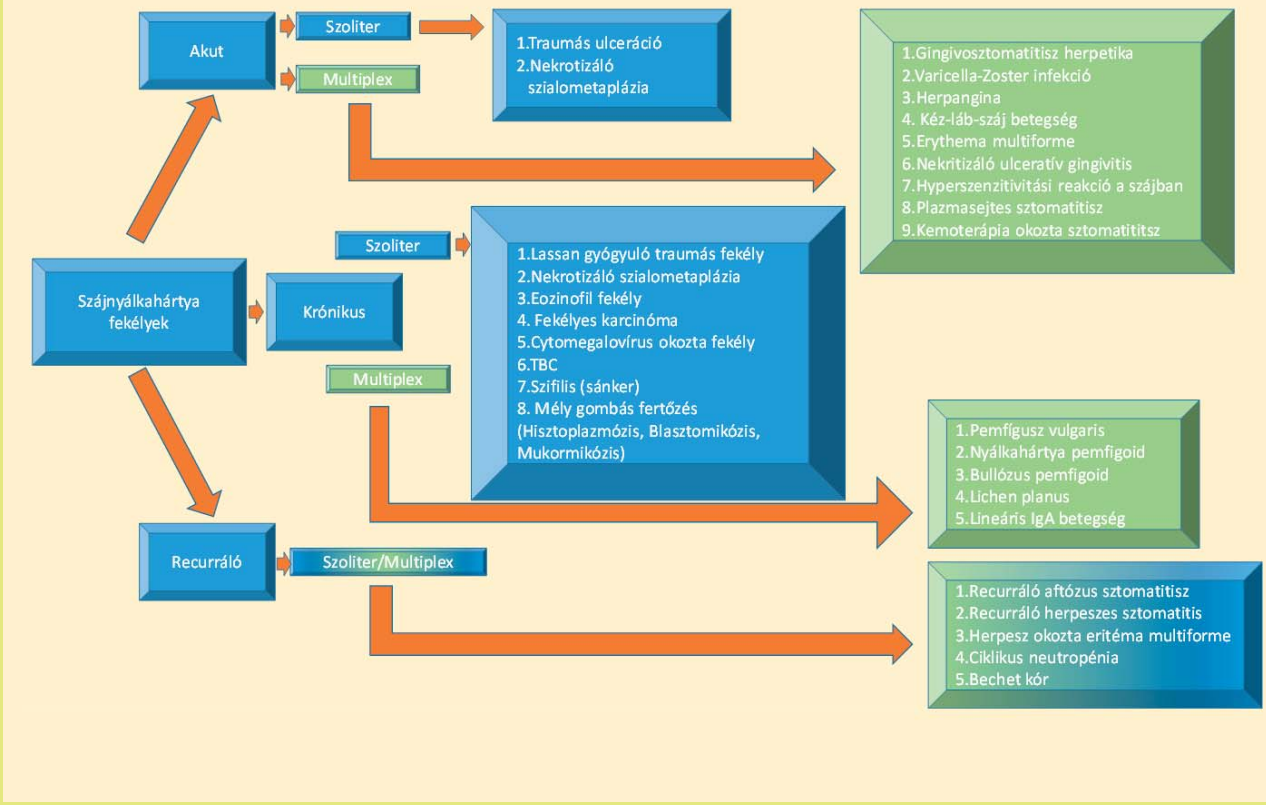
Szájüregi fekélyes elváltozások differenciáldiagnosztikája 1. rész

Dr. Czeglédy Ágota, Dr. Dombi Csaba
Semmelweis Egyetem, Oralis Diagnosztika Tanszék

Gyakorló fogorvosként a mindennapok során rendszeresen találkozunk a szájüregben különböző fekélyes elváltozásokkal. Tekintettel arra, hogy ezen elváltozások mind etiológiai faktorukat, mind megjelenési formájukat tekintve nagyon változatosak lehetnek, differenciáldiagnosztikájuk igazi kihívást jelent számunkra. Az elmúlt évek során a nemzetközi irodalomban számos publikáció jelent meg, melyek áttekintése és értelmezése nagy segítséget jelenthet hétköznapi munkánk során.

Először is tisztáznunk kell néhány elméleti alapfogalmat. Szájüregi fekélynek nevezzük a nyálkahártya epitheliális rétegét és a lamina proprián áthatolva a mélyebb kötőszöveti rétegeket együttesen érintő elváltozást. A hámhiányos területek sárgás-szürkésfehér álhártyás lepedékkel fedettek, körülöttük jellegzetes gyulladásos udvarral. Mivel az elváltozások a hám alatti kötőszövetet is érintik, fájdalommal járnak. Gyógyulásuk során egyes típusai heget hagynak maguk után. Amennyiben a szövethiány csak az epitheliális sejtréteget érinti, erózióról beszélünk. A fekély és az erózió is a szekunder elemi jelenségek közé tartozik, melyek többféle elsődleges elemi jelenség talaján külső behatásra alakulnak ki. Fontos megjegyezni, hogy önmagában a szekunder elemi jelenségeknek csekély a diagnosztikai értékük, mert nem adnak egyértelmű választ a látott elváltozás patomechanizmusára.

Kiindulási gondolatmenetként Crispian Scully Professzor,[1] az Európai Orális Medicina Társaság nemrégiben elhunyt alapítója és munkacsoportja által alkalmazott angol nyelvű mnemonikát hívjuk segítségül: „So many laws and directives", azaz a kiváltó ok lehet szisztémás betegség, malignoma, lokális elváltozás, aphta vagy gyógyszer (drugs), a szisztémás okok pedig leggyakrabban blood (vérképző rendszeri), infektív, gasztrointesztinális eredetű vagy skin (bőrgyógyászati) kórképek.[2]



1. ábra: A szájüregi fekélyek elkülönítése a léziók száma és jelenlétük időtartama alapján

A szájüregi fekélyek leggyakoribb okai

- Szisztémás betegségek
  - Blood (vérképzőszervi betegségek)
  - Infekciók
  - Gasztrointesztinális betegségek
  - Skin (bőrbetegségek)
- Malignomák
- Lokális elváltozások
- Aphták
- Drugs (gyógyszerek)

A klinikai vizsgálatot megelőző anamnézis-felvétel során nagyon sok fontos információt nyerhetünk, melyek támpontot jelenthetnek a végső diagnózis felállításához.

- Mióta áll fenn a fekély? (akut, perzisztáló, rekurráló elváltozás)
- Van-e máshol (nyálkahártyán, bőrön) hasonló elváltozása?
- Okoz-e fájdalmat, egyéb panaszt?
- Van-e szóba jöhető lokális faktor? (mechanikai, kémiai, termikus hatás, esetleges besugárzás)
- Milyen ismert egyéb betegsége van? (vérképzőszervi, gasztrointesztinális, bőrbetegségek, fertőzések)
- Milyen gyógyszereket szed?

A szájvizsgálat során érdemes alaposan átvizsgálni a nyálkahártyát, fontos rögzítenünk, hogy:

- Egy vagy több elváltozás van-e a szájban?
- Hol helyezkedik el pontosan?
- Mekkora?
- Van-e kísérőjelensége?
- Milyen a formája?
- Milyen a marginális része (gyulladásos udvar, esetleges felhányt szél)?

Azokat a léziókat, amelyek két hétnél régebb óta jelen vannak a szájnyálkahártyán, krónikus elváltozásnak kell tekintenünk. A rekurráló fekélyekre jellemző az időszakos megjelenés, a köztes periódusban pedig teljes gyógyulás és tünetmentesség. Egy darab elváltozás jelenlétekor szoliter fekélyről beszélünk, míg a multiplex terminológia egy időben több hasonló lézió jelenlétét takarja. Ezen jellemzők alapján öt nagy csoportot különböztethetünk meg *(1. ábra)*.

Akut szoliter fekélyek	Traumás fekély
	Nekrotizáló szialometaplázia

1. táblázat: Akut szoliter fekélyek a szájüregben



2. ábra: Traumás fekély



3. ábra: Nekrotizáló szialometaplázia

A továbbiakban ezen csoportosítás mentén szeretnénk a fogorvosi praxisban előforduló legismertebb szájüregi fekélyes elváltozásokat bemutatni, kihangsúlyozva azok differenciáldiagnosztikai szempontból fontos tulajdonságait.

Akut szoliter fekélyek *(1. táblázat)*

Különböző etiológiájú *traumás fekéllyel (2. ábra)* gyakran találkozunk a szájüregi nyálkahártyán. Ezek lehetnek mechanikai, termikus vagy kémiai eredetűek. Lokalizációt tekintve elmondható, hogy leggyakrabban a buccán, a nyelven, ritkábban az ajkakon találhatjuk őket. Fontos kiemelni, hogy férfiaknál sokkal gyakrabban fordul elő, mint nőknél. A fekélyek széle jellemzően vörös és enyhén kiemelkedő, középső részüket a szájüregben fehéres-sárgás, könnyen eltávolítható pseudomembrán, az ajkon pedig pörk fedi. Ezek az elváltozások kezdetben nagyon fájdalmasak, majd pár nap alatt a fájdalom megszűnik, és a fekély meggyógyul. A nyelven, illetve a mozgó nyálkahártyákon előfordul, hogy a gyógyulás egy-két hétig is elhúzódhat.

Rendkívül ijesztő klinikai képet mutat a ritkán előforduló kráterszerű *nekrotizáló szialometaplázia (3. ábra)*. Az esetek több mint 75 százalékában a szájpad hátsó felén alakul ki, de előfordulhat az alsó ajkon, a retromoláris tájékon és a nyelv alatt is. Leggyakrabban középkorú férfiak érintettek, a pontos etiológia még tisztázatlan, feltételezhetően a kisnyálmirigyek ischemiás nekrózisával állunk szemben. A fekélyképződést egy puha tapintatú, eritémás göb megjelenése előzi meg. Többféle potenciális prediszponáló faktor merülhet fel, mint például direkt trauma (lokálanaesthesia, intubálás, sebészi beavatkozások), rosszul illeszkedő fogpótlások, bulímia, felső légúti infekció, sugárterápia. A klinikai képet mély, kráterszerű fekélyek jellemzik, jól körülhatárolt, kiemelkedő, indurált szegéllyel. A nekrotizáló szialometaplázia jóindulatú, úgynevezett self limiting betegség, különösebb kezelés nélkül, mérettől függően 4–6 hét alatt spontán gyógyul.

Akut multiplex fekélyek *(2. táblázat)*

A *gingivostomatitis herpetica* a herpes simplex (HSV) vírussal való első fertőzés következtében kialakuló kórkép. Az esetek 90 százalékában a HSV1 vírus, 10 százalékban a 2-es típus a kórokozó. Kisgyermekkorban jelentkezik leggyakrabban, ilyenkor akár tünetmentes is lehet, idősebbeknél viszont komoly általános tüneteket okoz. Jellemző általános tünet az étvágytalanság, gyengeség, levertség és láz. A szájtünetek generalizált gingivális ödémával, eritémával

Akut multiplex fekélyek	Gingivostomatitis herpetica
	Herpes zoster
	Herpangina Kéz-láb-szájbetegség
	Erythema multiforme
	Necrotizáló ulceratív gingivitis
	Orális hiperszenzitivitási reakció
	Plazmasejtes stomatitis
	Kemoterápiás mellékhatások

2. táblázat: Akut multiplex fekélyek a szájüregben



4. ábra: Herpes zoster



5. ábra: Erythema multiforme

kezdődnek, majd apró hólyagok jelennek meg, melyek gyorsan felszakadva fájdalmas, pseudomembránnal fedett fekélyekké olvadnak össze. Jellemző még a nyaki nyirokcsomók duzzanata, a nyelési nehézség és a halitosis. A betegség általában 5–7 nap alatt meggyógyul, de előfordulhat, hogy a fekélyek 2 hétig is perzisztálnak a szájüregben.

A *herpes zoster (4. ábra)* a neurotróp varicella zoster vírus (VZV) reaktiválódásának következményeként kialakuló kórkép. Nem túl gyakori betegség, trauma (akár fogászati beavatkozás), pszichés stressz, immunkompromittált, immunmodulált állapotok provokálhatják. Az idősebb, ötven év feletti populációt érinti. Az elváltozás mindig egyoldali, az érintett dermató-

A hagyományos Flexi-Dent jóárasított legkisebb testvére - Flexi-LITE

Fogászati szoftver, **4990** forintért!



- páciensnyilvántartás
- leletkezelő
- EESZT jelentés
- naptár
- kezelésrögzítés
- számlázás
- gyors ajánlat
- e-mail- és SMS értesítés
- korlátlan felhasználószám
- felhasználóbarát felületek
- Flexi minőség

www.flexi-lite.hu | 06 (1) 792 1234

Az ár nettó, székenkénti havidíj. A tájékoztatás nem teljeskörű.

A Flexi-Dent teljes verziójáról: www.flexi-dent.hu

ÚJ!

mának megfelelő területen jelentkezik. Az esetek 13 százalékában a nervus trigeminus valamelyik ága érintett. Prodromálisan fájdalom, égő érzés jelentkezik, az 1–5 mm-es csoportos fekélyek pár nap múlva jelennek meg, jellemzően az érintett oldali kemény szájpadon, gingiván és a nyelven. A herpes zoster 10–14 nap alatt gyógyul.

A *herpangina* is vírus okozta betegség, elsősorban a 10 év alatti kisgyermekeket érinti, jellemzően nyári szezonális járványok formájában. Klinikailag az általános tünetek mellett apró, elszórt exanthemák, fekélyek mutatkoznak, elsősorban az oropharynx, a lágy szájpad és a tonsillák környékén. Lehetséges kórokozók a Coxsackie A és B, echo és enterovírusok. A betegség tüneti kezelés mellett 1 hét–10 nap alatt gyógyul.

Szintén járványos kisgyermekkori vírusbetegség a szintén Coxsackie vírusok által okozott *kéz-láb-szájbetegség.* Ilyenkor a jellemzően akrális papulovesiculosus bőrtünetek mellett a nyelven, a lágy- és keményszájpadon, buccális nyálkahártyán találunk apró fájdalmas fekélyeket. Fontos differenciáldiagnosztikai segítség, hogy szemben a gingivostomatitis herpeticával, herpangina és kéz-láb-szájbetegség esetén nem látunk gingivitist a szájtünetek mellett.

Az *erythema multiforme (5. ábra)* egy akut, spontán gyógyuló, gyakran recidiváló mucocutan kórkép, melynek etiológiája még nem egészen tisztázott. Hátterében IV/c típusú hiperszenzitivitási reakciót feltételeznek, melyet vírusok (herpes simplex, Epstein-barr, cytomegalo-, varicella zooster vírus), baktériumok, egyéb infektív ágensek, esetleg gyógyszerek (szulfonamidok, penicillinszármazékok, analgetikumok, nem szteroid gyulladáscsökkentők) és egyéb kemikáliák is kiválthatják. Jellemzően a 20–40 év közötti populációt érinti, férfiaknál valamivel gyakoribb. Karakteres jellemzője, hogy a látható mucocután elváltozások megjelenése előtt egy héttel úgynevezett prodromális tünetek (láz, lymphadenopathia, fejfájás, levertség, köhögés) jelentkeznek. Az erythema multiforme az esetek kb. 70 százalékában okoz szájtüneteket, általában az ajkakon, a buccán és a szájüreg elülső harmadában láthatunk szabálytalan alakú makulákat, hólyagokat, fekélyeket. Jellegzetes az ajkak duzzanata, felrepedezése, pörkösödése. A betegség 3–6 hét alatt gyógyul.

A *necrotizáló ulcereatív gingivitis* akut anaerob bakteriális (fusospirochéta, borellia) eredetű fertőzés. Jellemző a komoly fekélyes ínygyulladás, mely az interdentális papillákat is érinti, vérzés, rossz szájszag, kellemetlen szájíz. Általános tüneteket csak ritkán találunk. A betegség elsősorban fiatalabbaknál jelentkezik, prediszponáló faktorok a dohányzás, rossz szájhigiénia, korábbi gingivitis, malnutritio, stressz, HIV-fertőzés. Adekvát kezelés mellett egy hét alatt gyógyul.

Az *orális hiperszenzitivitási reakciók* a szájüreg bármely területén jelentkezhetnek, igen változatos klinikai képet mutatnak, melyek között előfordulhatnak krónikus multiplex fekélyek is. Ilyenkor a különböző kísérőjelenségekből (lichenoid reakciók, fix gyógyszer exanthéma, ajakduzzanat, égő, csípő érzés a nyálkahártyán) következtethetünk a probléma esetleges allergiás eredetére.

A szakirodalom külön kórképként említi meg a *plazmasejtes somatitist.* Ennek hátterében elsődlegesen kontakt allergiás reakciót véleményeznek, az elváltozások pár nappal az allergénnel való érintkezés után jelennek meg, jellemzően a feszes ínyen és a marginális gingiván, esetleg az áthajlási redőkben, illetve a buccalis mukózán. Fekélyképződés, desquamatió figyelhető meg, melynek gyakori kísérője a gingiva vöröses duzzanata, cheilitis angularis és cheilitis fissurata, nyelési nehezítettség, rekedtség. Mindkét kórkép a kiváltó tényező eliminálása után magától gyógyul.

Akut aszimmetrikus alakú multiplex fekélyek kemoterápiás kezelés mellékhatásaként is megjelenhetnek a szájnyálkahártya bármely területén 5–7 nappal a terápia megkezdése után. Ezek indirekt és direkt módon is kialakulhatnak: A csontvelő és az immunrendszer szuppressziójának következményeként csökken a szájnyálkahártya védekezőképessége, melynek következményeként fertőzéses (bakteriális, virális, fungalis) etiológiájú fekélyek jelennek meg. Egyes szerek direkt módon is okozhatnak nyálkahártya ulcerációt. Fontos megjegyezni, hogy az irodalmi adatok szerint a kemoterápiás kezelésben részesülő páciensek 30–5 százalékában alakulnak ki szájüregi léziók.

Irodalom

1. http://www.eaom.eu/education/eaom-handbook
2. Scully, C.: Oral and Maxillofacial Medicine. The basis of diagnosis and treatment. *Elsevier. 2013;154-162.*
3. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S. Diagnostic features of common oral ulcerative lesions: an updated decision tree. *Int J Dent. 2016;2016:7278925.*
4. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet Disease (ITR-ICBD). The international criteria for Behçet disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(3):338–47.*
5. Scully C, Felix DH. Oral medicine–update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. *Br Dent J. 2005;199(5):259–64.*
6. Fasano A, Catassi C. Clinical practice. Celiac disease. *N Engl J Med. 2012;367(25):2419-26.*
7. Farah C.S, Balasubramaniam R., McCullough M. J.: Contemporary Oral Medicine. *Springer. 2019.*

Ketodex®

Segítség a fájdalom ellen.

GYORS[1,2,3] felszívódás

HATÉKONY[1,2,3] a fájdalom ellen

EGYEDÜLÁLLÓ hatóanyag*

Fogfájásra





*A Ketodex az egyetlen dexketoprofén hatóanyagú vény nélkül kapható gyógyszer enyhe és középsúlyos akut fájdalmak tüneti kezelésére.

BERLIN-CHEMIE MENARINI

Innovációval az életminőség javításáért

Berlin-Chemie/A Menarini Kft.
2040 Budaörs, Neumann János u. 1.
Tel.: 06-23-501-301

KET2019#16727#

Ketodex 25 mg filmtabletta, granulátum, 25 mg dexketoprofén filmtablettánként ill. dexketoprofén tartalmú granulátum tasakonként

Kiadhatóság: Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer. OGYI-T-8884/01-18. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos „alkalmazási előírás" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) honlapon. OGYÉI honlapon keresztül történő elérési útvonal: www.ogyei.gov.hu; ADATBÁZISOK, NYILVÁNTARTÁSOK; Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve (gyógyszercsalád keresés esetén: szabadszavas keresésben a termék „Brand név" megadása), a „KERESÉS INDÍTÁSA", SPC ikonra vagy *Alkalmazási előírás* hiperlinkre történő kattintás. Ártámogatásban nem részesül. A dokumentum lezárásának időpontja: 2019.02.21. Érvényesség dátuma: 2021.02.21. **Referenciák: 1.** Ketodex 25 mg filmtabletta alkalmazási előírás 2018.06.21. **2.** Ketodex 25 mg granulátum besőleges oldathoz alkalmazási előírás 2018.03.29. **3.** Barbanoj M. et al. Expert Rev. Neurother. 8 (11), 1625-1640. 2008.

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.

Fogpótlások kortárs tervezési megközelítése

Giovanni Maver és Angelo Magni CAD/CAM technológia segítségével készülő fogpótlások tervezési módszere

Giovanni Maver, Angelo Magni
Pedrengo, Olaszország
Fornovo, Olaszország


Giovanni Maver


Angelo Magni

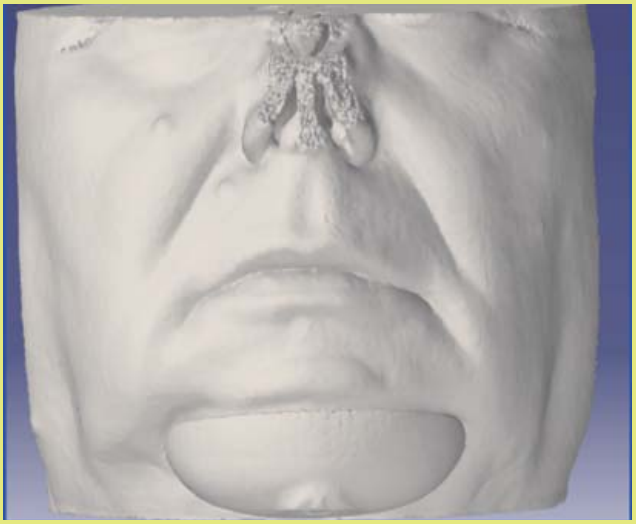
Ez a technika virtuális betekintést nyújt a csontok és az izmok viszonyaira, a digitális képalkotással lehetőségünk van pontos tervezést kivitelezni. A módszer csökkenti az anyagköltségeket, és időtakarékos.

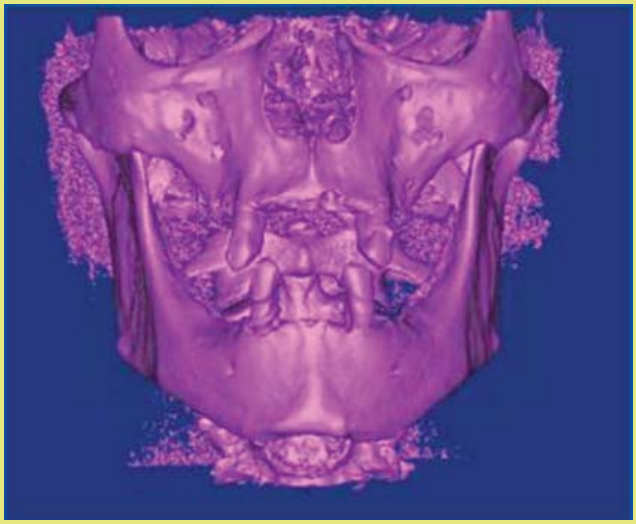
Napjainkban a fogpótlások pontos tervezése és létrehozása a modern technológiáknak köszönhetően sokkal egyszerűbb, a röntgensablonoktól kezdve, a fúrósablonokon és immediát protéziseken át, a végleges restaurációkig, a kobalt-króm ötvözetek leplezéséig. A tervezés során a fő hangsúly az esztétikai és funkcionális harmónián van.

Szoftveres háttér

A páciens kapocselhorgonyzású részleges lemezes fogpótlást visel *(1. ábra)*. Az esztétikai és funkcionális tulajdonságok javítása érdekében a szoftveres hátterű helyreállítási módszert választjuk. A csont- és lágyrészarány azonosítása érdekében *(2/a. és 2/b. ábra)* a minták digitalizálásával kezdjük a folyamatot *(3/a. és 3/b. ábra)*, és egy röntgensablont hozunk létre módosított okkluzális síkkal (a fogak helyzetét és méretét figyelembe véve)


1. ábra: Kiindulási állapot





2/a–b. ábra: Csontok, izmok elhelyezkedése









3/a–d. ábra: A minták digitalizálása és a röntgensablon

(3/c. és 3/d. ábra). A sablon egy radioopak alappal rendelkezik *(piros nyilak, 3/d. ábra).*

TAC cone beam

A TAC cone beam *(4/a. és 4/b. ábra)* a lágyrészeket és a koponyacsontokat ábrázolja *(5. ábra).* A koponya pontos pozícionálása érdekében különböző referenciasíkokat használunk *(6. ábra):*

Vertikális sík: a crista galli legmagasabb pontját (protuberantia ethmoidalis) és a spina nasalis anteriort összekötő egyenes.

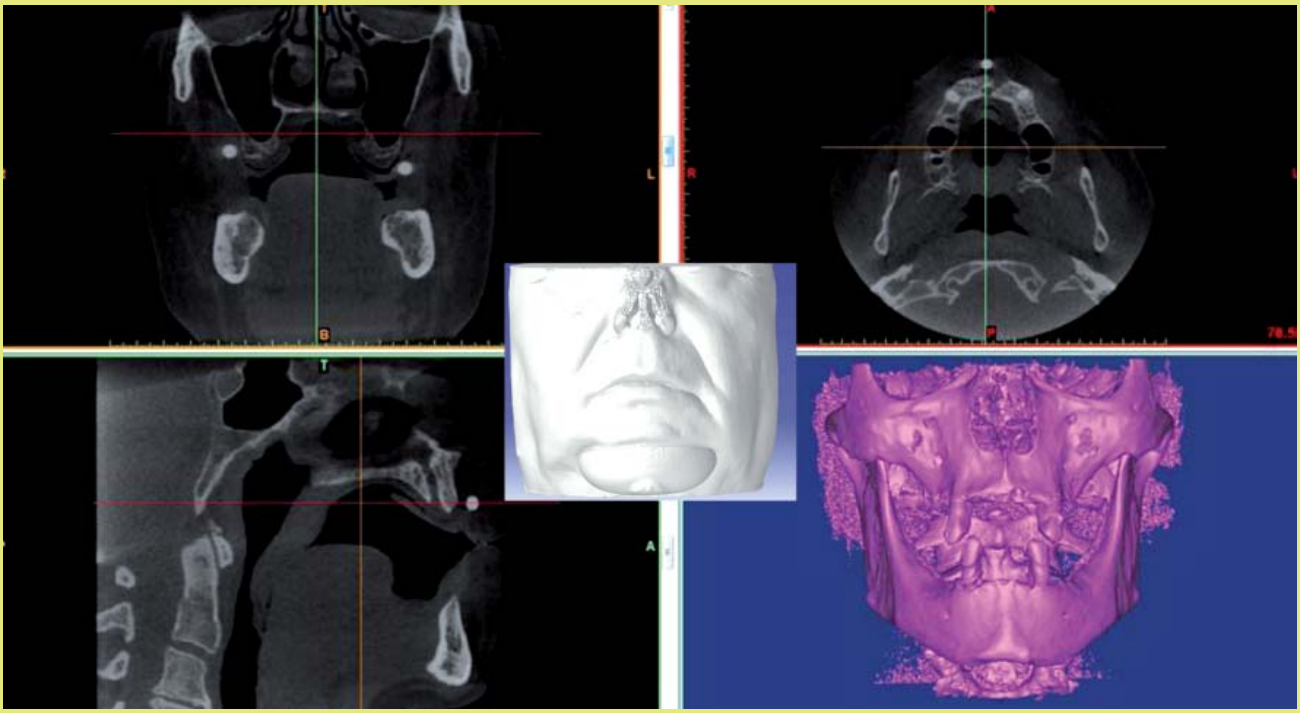
Sagittalis sík: a crista galli legmagasabb pontját és a sella turcica középpontját (os sphenoidale része) összekötő egyenes.

Horizontális sík: mindkét oldali orbita legalsó pontja és a porion (a csontos hallójárat nyílásának legmaga-





4/a–b. ábra: A páciens a röntgensablonnal. Mérés TAC cone-beammel



5. ábra: Kép a kemény- és lágyrészekről

sabb pontja) közti sík, ez a frankfurti horizontális. A CAD programba importáljuk a munkamintákat, így megkapjuk a csontszerkezetet az előzetesen digitalizált mintákkal *(7. ábra)*.

Fúrósablon

A páciens valós izom–csont viszonyainak szemléltetése lehetővé teszi számunkra az okklúziós sík meghatározásához szükséges különböző referenciapontok értékelését. Az ideiglenes restauráció megtervezéséhez a Camper-síkot használjuk (a Camper-sík a nasion és a külső hallójárat alsó pontját összekötő egyenes mindkét oldalt), a bipupilláris sík pedig referenciaként szolgál a sagittalis dőlésszög meghatározása céljából, a frontális síkhoz viszonyítva. Ez a vonal a két pupilla középpontját összekötő egyenes, és párhuzamos a felső elülső hat frontfoggal *(8. ábra)*. Ezután meghatározzuk a fogak méretét és helyzetét biovolumetriai sablonok segítségével (a végleges restauráció tervezésekor) *(9/a. és 9/b. ábra)*. A pontos csontmennyiség és -minőség meghatározása, az implantátumpozíciók beállítása és a fogak megfelelő pozíciójának meghatározása döntő fontosságú a tervezésnek ebben a fázisában *(10. ábra)*. A következő



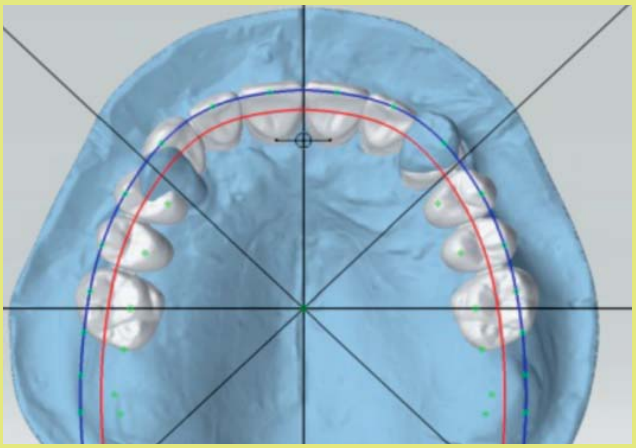
6. ábra: A páciens a röntgensablonnal. Mérés TAC cone-beammel

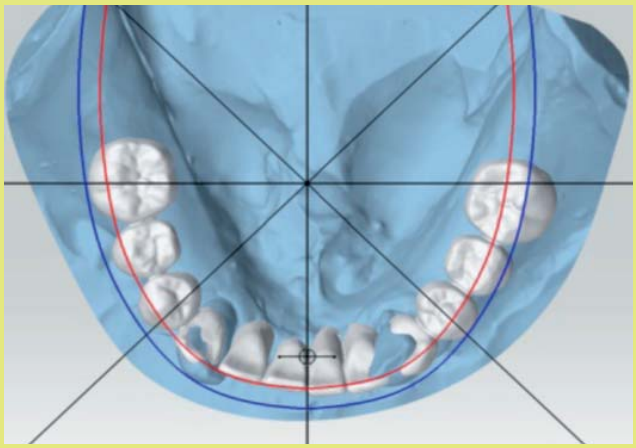


7. ábra: A koponya pozicionálása

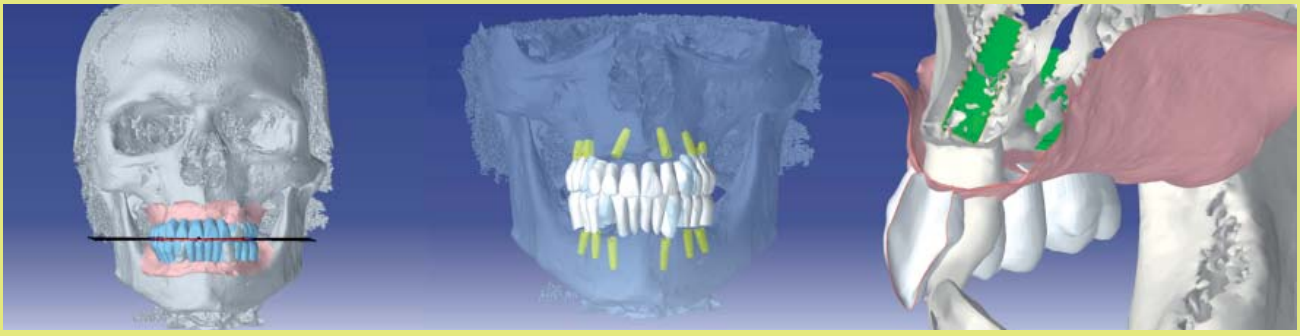


8. ábra: Camper-sík és a bipupilláris vonal ábrázolása a rágósíkhoz

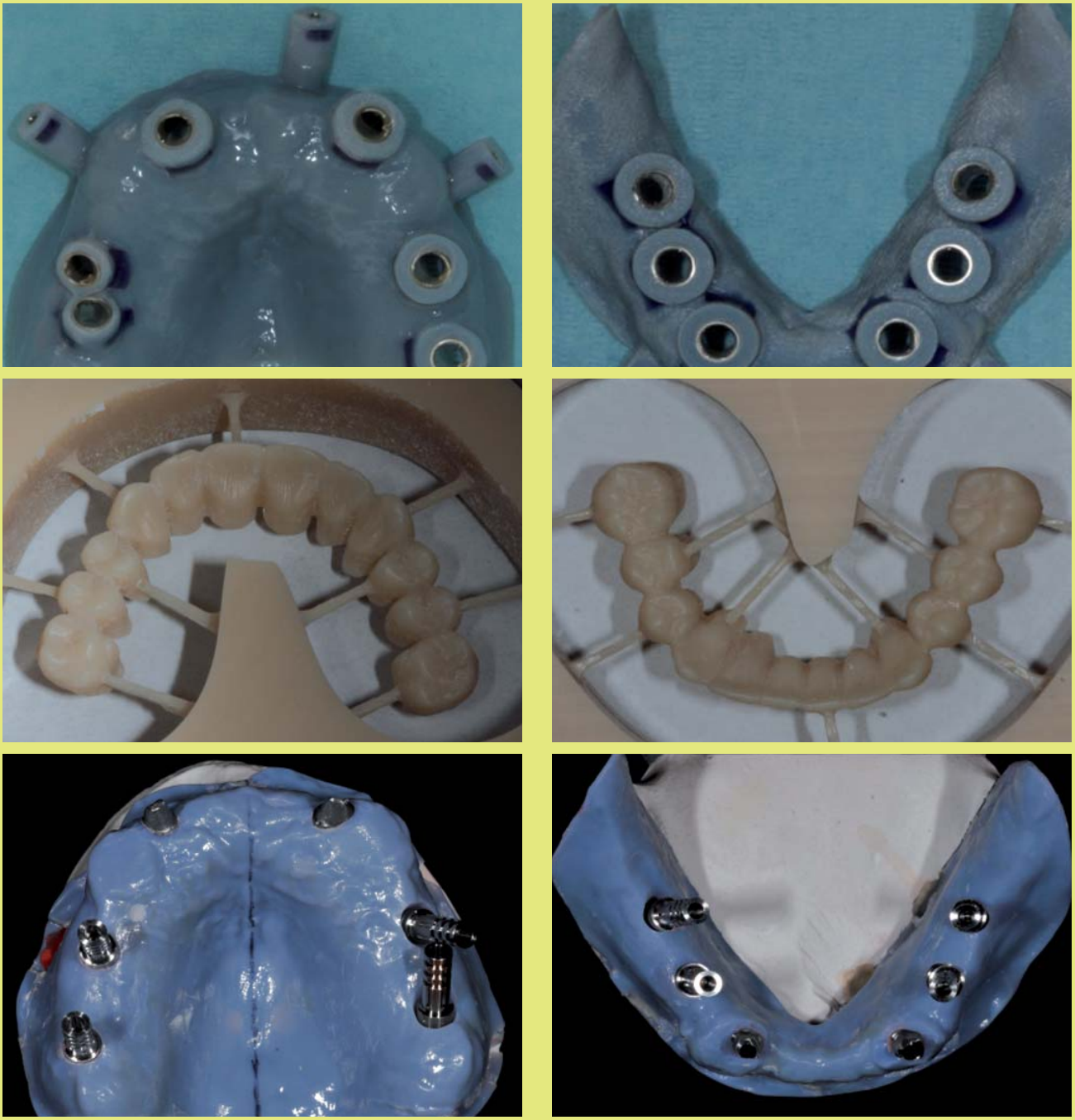




9/a–b. ábra: Biovolumetrikus sablon a fogak megfelelő pozíciójának és méretének meghatározásához



10. ábra: Optimalizálás a csontstruktúra, implantátumok és a fogak pozíciójának figyelembevételével



11/a–f. ábra: Fúrósablonok, ideiglenesek és minták az implantátumokkal

lépésben történik a fúrósablonok, az ideiglenesek és a minták elkészítése az implantátumok pozícióinak ismeretében *(11/a-11/f. ábra)*. A terápiás ideiglenes fogpótlások a műínnyel és az implantátumok pozíciójának jelölésével készen állnak a mintákra való illesztésre, miután a felépítmények megfelelően helyükre kerültek *(12. ábra)*.

Implantáció és az ideiglenesek

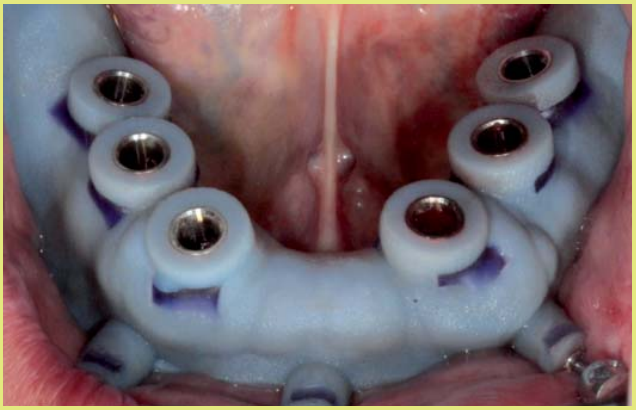
Az implantátumok és az ideiglenes fogpótlás behelyezése előtt a fúrósablonok pozícionálását kell elvégeznünk *(13/a.-14/c ábra)*. Ez egy minimálinvazív eljárás csekély csontveszteséggel, vagy csontveszteség nélkül, és a páciens adott napon megkaphatja a fogpótlást. Miután az implantátumok helye megfelelően gyógyult, a következő lépés a végleges fogpótlás tervezése és elkészítése.

A végleges fogpótlás

A CAD tervezés lehetővé teszi az előzetesen tervezett munka módosítását bármelyik tervezési fázisban. Az egyéni harmónia az esztétika és a funkcionalitás egyensúlyából fakad, például rágásnál, nyelésnél és beszédnél. A megfelelő tér kialakítása fontos tényező



12. ábra: Ideiglenesek műfogakkal és műínnyel









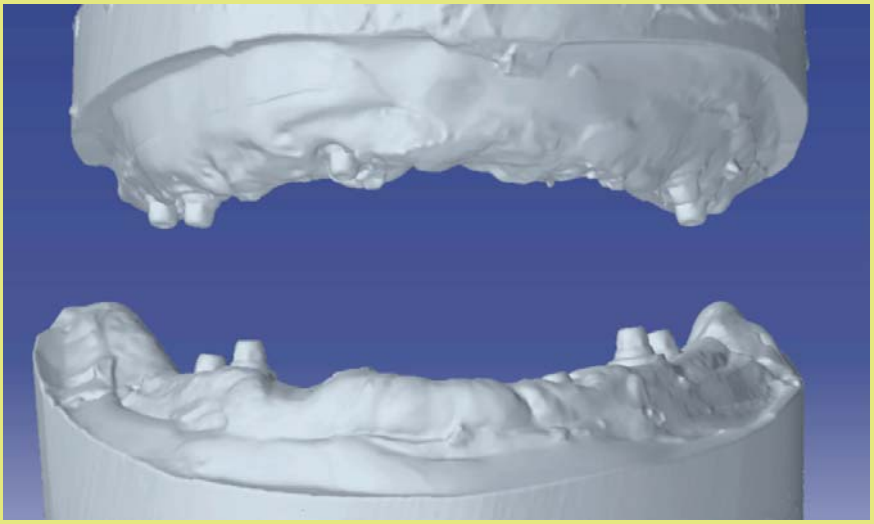
13/a–d. ábra: Fúrósablonok és az ideiglenesek behelyezése



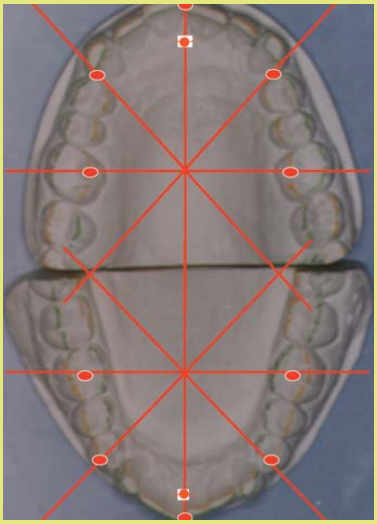




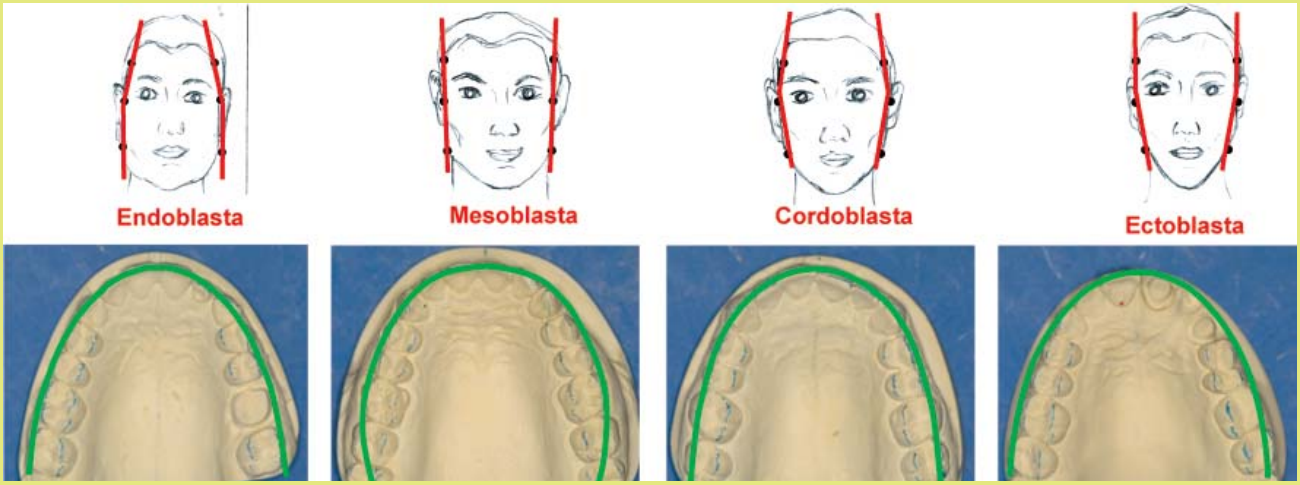
14/a–c. ábra: A beavatkozás előtt és után



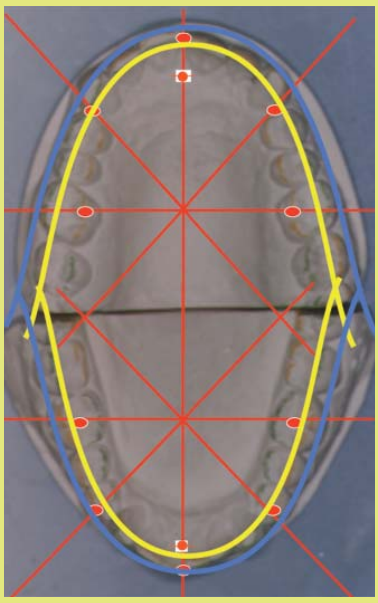
15. ábra: A rendelkezésre álló hely



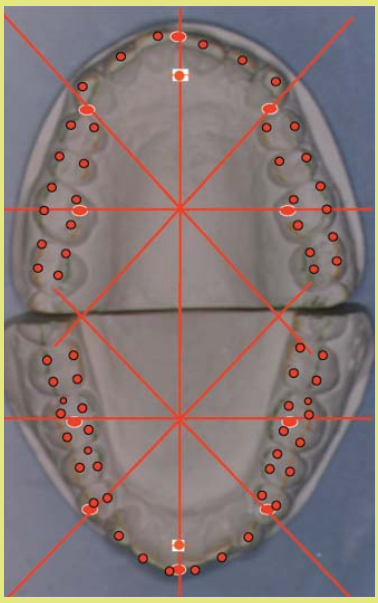
16. ábra: A fogak helyzete



17. ábra: Fogívformák és a hozzájuk tartozó arcformák



18. ábra: Fogív/fogak elhelyezkedése



19. ábra: Csücskök helyzete

(15. ábra). Mivel különböző munkacsoportok dolgoznak adott fogpótlás tervezésén és kivitelezésén, szervezési célok miatt standard eszközöket használunk a projekthez. A biovolumetriai sablonok azért jöttek létre, mert egységes módszerekre, következetes mérésekre és arányokra volt szükség.

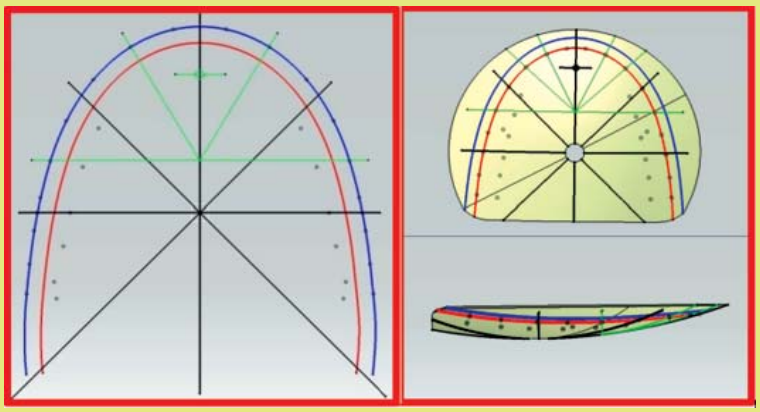
Helyigény

Fiziológiás esetben a fogak egyes területeit piros pontokkal jelöljük meg *(16. ábra)*, amelyek úgynevezett kapcsolódási mintát rajzolnak ki. A *17. és 18. ábra* a különböző fogívtípusokat mutatja. A vonalakkal összekötött piros pontok a megtartott fogakat jelölik. Azonosítani tudjuk a hátsó fogak adott csücskeit és az elülső foga-

kon levő adott pontokat *(19. ábra)*. A tér a biotípustól és a fogak méretétől függően változhat. A biovolumetriai sablonok *(20. ábra)* szervezeti és szerkezeti eszközként szolgálnak. Lehetővé teszik számunkra, hogy szisztematikusan helyezzük el a protézist, ezáltal megakadályozzuk a felesleges „üres terek" keletkezését.

Individualizáció

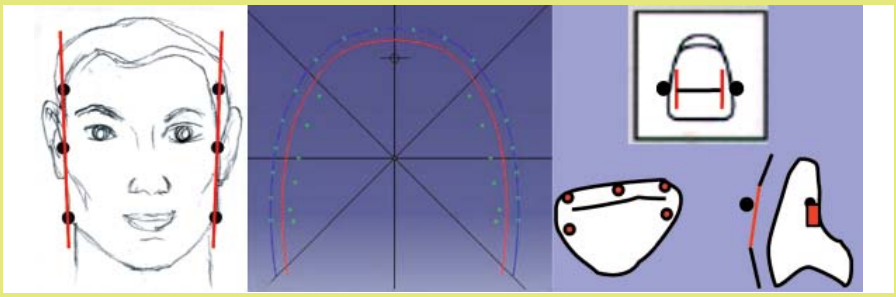
Az arcanalízis hasznos lépés az esztétikai és funkcionális harmónia kialakításához. Az arcforma osztályozása *(21/a. ábra)* meg-



20. ábra: Biovolumetrikus sablon felül- és oldalnézetből



21/a. ábra: Az arctípus osztályozása



21/b. ábra: Az arcforma meghatározása a biovolumetrikus sablon és a fogak kiválasztásához



21/c. ábra: Arcaszimmetria, a szájnyílás anatómiája a frontfogak felállításához

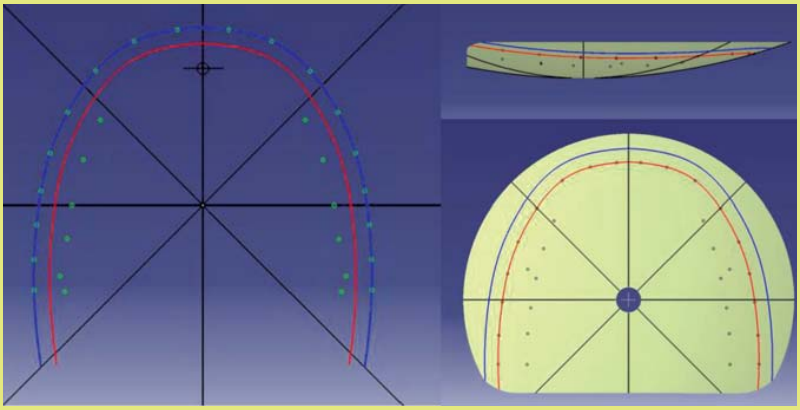
EURODENT®
Treat yourself!



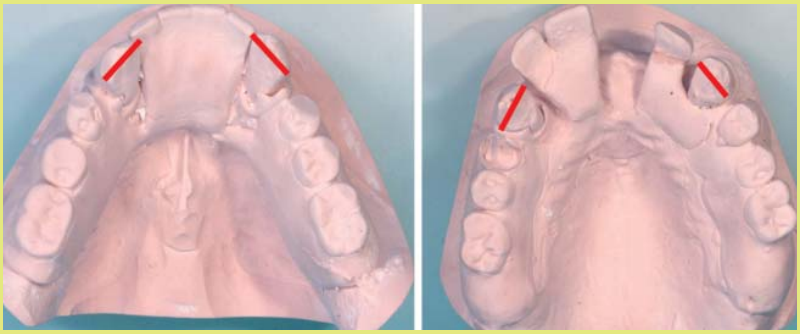
• sebészeti eszközök
• sterilizátorok
• műtőlámpák
• orvosi bútorok

Kezelőegységek már havi
150 EUR-tól
5 év garanciával

EURODENT márkaképviselet
06-30-856-3530
www.eurodentkezeloegyseg.hu
eurodentkezeloegyseg@gmail.com



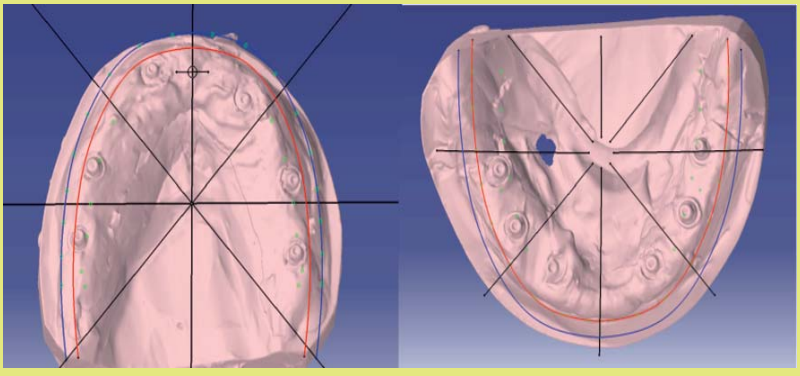
22. ábra: Biovolumetrikus sablon



23. ábra: A biovolumetrikus sablon ráhelyezése az eredeti fogakra



24. ábra: A fogak alakjának és méretének meghatározása



25. ábra: A sablonok elhelyezése a szöveti adottságokhoz mérten, mindkét állcsonton

határozza a biotípust, az aszimmetriát, az arc típusát és az orális szöveti struktúrák jellemzőit. Ezután kiválasztjuk a megfelelő biovolumetriai sablont *(21/b. ábra)* és a fogak megfelelő alakját, majd meghatározzuk a Spee- és a Wilson-görbéket, a dőlésszöget, a dominanciát, a pozíciót és az elülső fogak pozícióját, a felmért arci aszimmetria és orális szöveti struktúrák felmérésével.

Adatkezelés

A gyógyulási időszak utáni lépés az ideiglenesekről készített minták digitalizálása és az új minták elérhető adatainak digitalizálása (minták, TAC stb.). A felső első molárisok mesiolingualis csücskei referenciapontként szolgálnak a posterior régióban, míg a mesioincisalis pont az alsó metszőkön (incisor pont) az anterior régió referenciája. A következő lépések hasznos információkkal szolgálnak a rendelkezésre álló hely azonosításához vagy létrehozásához:

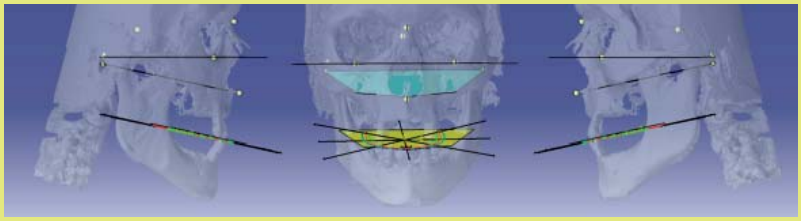
- A biovolumetrikus sablon méretét úgy kell meghatározni *(22. ábra),* hogy a Wheeler-diagram egyes pontjait a természetes fogakra vetítjük *(23. ábra),* ezáltal lehetővé tesszük a lehető legpontosabb sablon generálását a páciens számára.
- Meg kell keresni a megfelelő műfogakat, amelyek megfelelnek a sablon méretének és formájának *(24. ábra),* és elkészíteni a végleges fogakat.
- Helyezze a sablont az okklúziós síkra, figyelembe véve a maxillo-mandibuláris viszonyokat és a meglévő csont- és izomszövetet *(25. ábra).*
- A Camper-sík *(26. ábra)* és a Frankfurti horizontális *(27. ábra)* referenciaként szolgál. Okkluzális sík nincs, egy képzeletbeli felület van, ahol a felső és alsó fogak érintkeznek egymással. Az okkluzális sík nem egy kézzelfogható elem, a tervezés során referenciapontokként szolgál. Egy sík meghatározásához három pontra van szükségünk, kérdés, hogy mely pontokat használjuk. Maradófogak előtörésekor az alsó első molárisok és metszők szinte

egyszerre törnek elő, ezek között jön létre az okkluzális sík. A felső első molárisok két mesiolingualis csücske referenciapont a posterior régióban, és az alsó középső metszők mesioincisalis pontja (incisor pont) a referenciapont az anterior régióban *(28. ábra)*. Ezután a következő utasítások szerint járunk el:

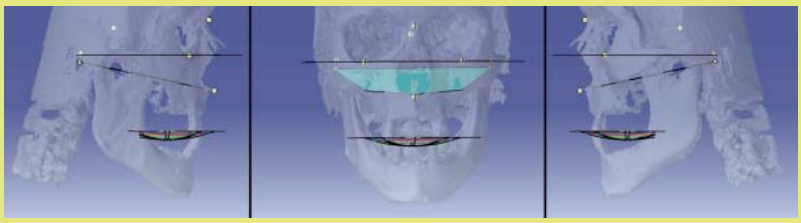
– Integráljuk a Spee- és Wilson-görbéket *(29. ábra)* az arc aszimmetriája szerint.
– Az elülső fogakat felállítjuk a száj anatómiai viszonyainak megfelelően.
– A CAD szoftver segítségével befejezzük a tervezési folyamatot *(30-31. ábra)*.

Előnyök

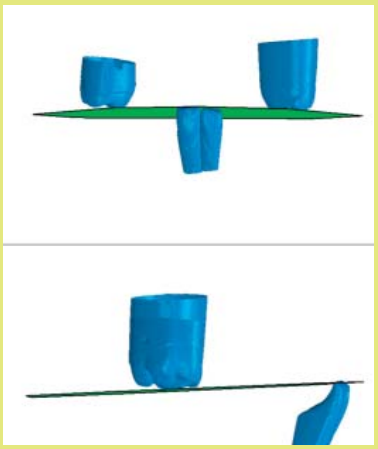
Az eljárások, a referenciapontok és arányok könnyen beépíthetőek a szoftverbe, és ezek az adatok elérhetőek maradnak a későbbi hasonló rehabilitációs munkákhoz. Különbség van egy jelzések nélküli ábra *(32. ábra)* és egy megfelelő sorrendben kódolt ponthalmazt jelölő ábra *(33. ábra)* között. A pontokat összekötve ugyan létrehozunk egy alaprajzot, de a páciens esztétikai és funkcionális harmóniájának létrehozása nagyban a fogtechnikus képességeitől függ.



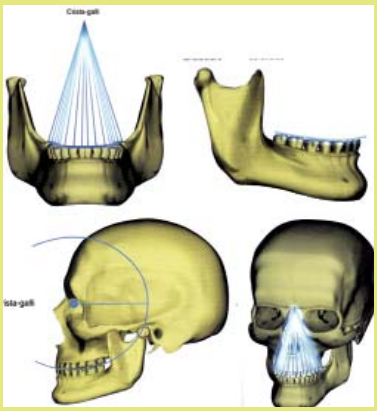
26. ábra: Camper-sík, referenciapont a felső sablonhoz



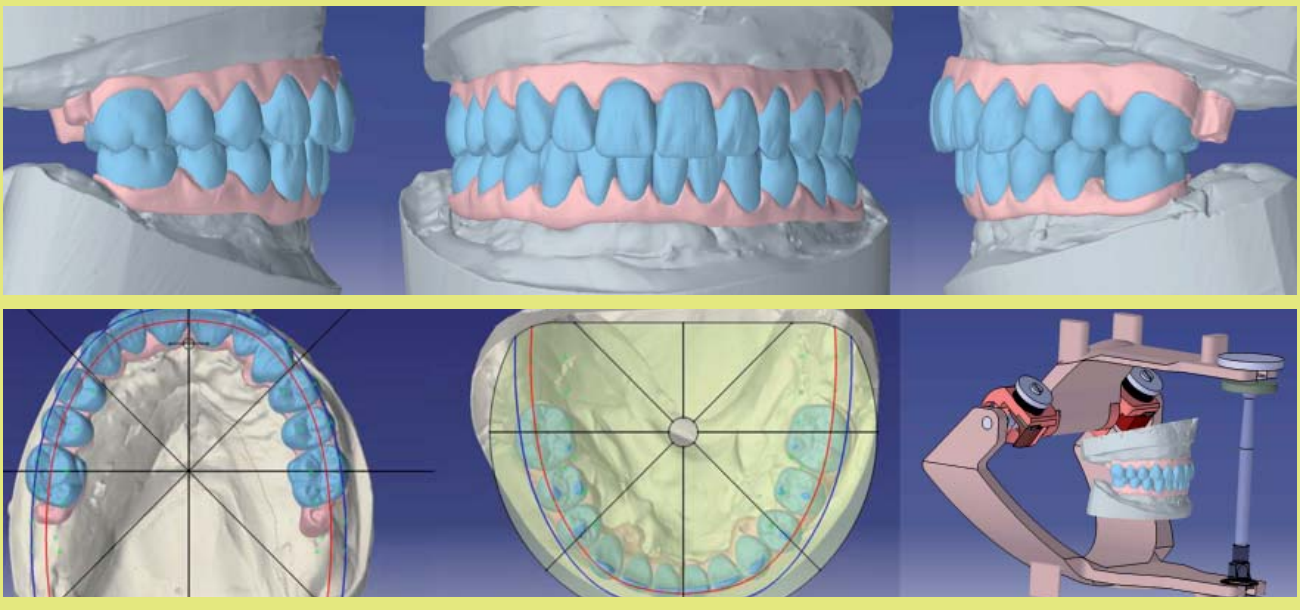
27. ábra: Frankfurti horizontális, referenciapont az alsó sablonhoz



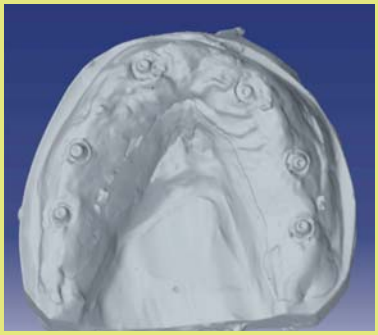
28. ábra: Referenciasíkok



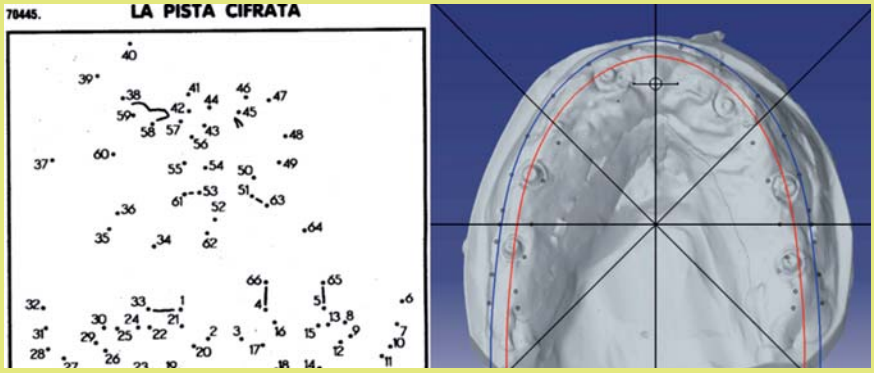
29. ábra: Spee-görbe, Wilson-görbe és crista galli



30. és 31. ábra: A kész terv



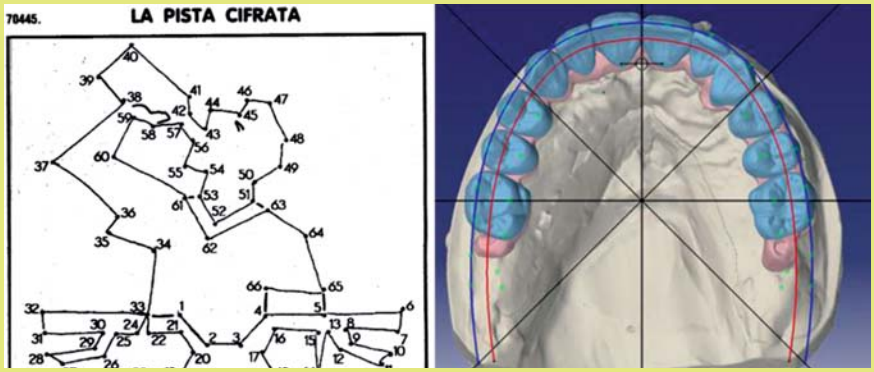
32. ábra: A tervezéshez szükséges megfelelő hely



33. ábra: Referenciapontok, arányok

Készrevitel

Az akrilátból készült prototípus lehetővé teszi számunkra az esztétika kiértékelését *(35/a. ábra)*. A bepróbálás és a szükséges módosítások után a végleges fogpótlás fémvázának tervezése és elkészítése következik (kobalt-króm ötvözetből) *(35/b. ábra)*. A fémváz leplezése előtt egy másik akrilát ideiglenes fogpótlást készítünk *(35/c-d. ábra)*. A kiégetés után ismét bepróbáljuk



34. ábra: Alaprajz






35/a–d. ábra: Prototípus, a redukált fémváz, akrilát ideiglenesek az esztétika értékelésére



36. ábra: Camper-sík és frankfurti horizontális vonal/elülső esztétika



37/a–c. ábra: A kész fogpótlások

a fogpótlást. Miután ellenőrizzük a Camper-síkot és az esztétikát az anterior régióban *(36. ábra)*, a protézis készen áll a készrevitelre *(37/a-c. ábra)*.

Értékelés

Az esztétikus archarmónia elérése attól függ, hogy milyen interakciókkal jönnek létre az egyes arckifejezések. A funkcionális harmóniát a protézis és a megfelelő izmok kölcsönhatása hozza létre. Figyelemre méltóak az okkluzális érintkezések, amelyek a centrális érintkezést tartják fenn, és az oldalmozgásokat vezetik. A rágási folyamat a funkcionális harmónia fiziológiai összetevője, melyet a rágás folyamán a nyitó és záró mozgások mutatnak. A rágó mozgások ellenőrzésére és értékelésére rágható viasz (Kerr-által fejlesztett) és egy banán használható. Azzal, hogy a rágható viaszt a fogpótlás okkluzális felszínére helyezzük, és

3shape

dental-trade
A digitális fogászat szakértője

IDS 2019
TRIOS 4
Még gyorsabb, még pontosabb



ÚJ! Caries diagnosztikai érzékelő – a fogszuvasodás korai felismerése segíti az időben történő beavatkozást

Az automatikus használatszámláló és a fej-cserélő figyelmeztetés segít a lehető legoptimálisabb szkennelési munkafolyamat elérésében

A 30%-kal megnövelt akkumulátor élettartam az azonnali szkennelőfej felfűtés-technológiával kombinálva akár 2-3-szor annyi szkennelést tesz lehetővé

1078, Budapest, Marek J. u. 31. | info@dentaltradekft.hu | +36 1 333 6700 | dentaltrade.hu | /dentaltradekft | /dentaltradekft



38. ábra: A páciens az átadott fogpótlásokkal, különböző nézetből

megkérjük a pácienst, hogy egy darab banánt rágcsáljon, képesek vagyunk vizsgálni egyidőben a statikus és dinamikus érintkezési pontokat *(39. ábra)*. A banán puha textúrája miatt nem változtatja a viasz felszínét *(40. ábra)*. A rágási folyamat ellenőrzése után teszteljük a habituális zárási folyamatot *(41. ábra)*. Az okkluzális érintkezési pontok ellenőrzése okklúziós papírral történik.

Összefoglalás

Immediát fogpótlás:

- A kezdeti viszonyok digitalizálása
- TAC cone beam segítségével a röntgensablon tervezése és elkészítése



39. ábra: A rágás felmérése banánnal



40. ábra: Rágás és nyelés



41. ábra: Myocentrikus helyzet

Fúrósablonok tervezése:

- Az implantátumok és az ideiglenes protézis behelyezése

Végleges fogpótlás (TAC nélkül):

- A minták digitalizálása a gyógyulási időszak után és a maxillomandibuláris viszony rögzítése
- Adatgyűjtés az egyéni esztétika és funkcionalitás eléréséhez
- Biovolumetrikus sablonok létrehozása
- Esztétikai és funkcionális harmónia egyénre szabása
- A fogpótlás prototípusának elkészítése az esztétika ellenőrzésére
- A fémváz elkészítése és előkészítése a leplezés számára
- A leplezés elkészítése

Következtetés

A modern technológia biztosítja a szükséges eszközöket a páciens izom- és csontstruktúrájának megőrzéséhez, ezáltal a rágómozgások kivitelezéséhez. A biovolumetrikus sablonokkal való munka megkönnyíti és felgyorsítja a tervezési és elkészítési folyamatot, de az elkészülő munka minősége nagyban függ a fogtechnikusok képességeitől és tapasztalatától.

Forrás: Spectrum Denturism – Vol. 9 No. 1 – February 2015

Fordította: Dr. Zsédely Anikó

SZFN

2019. október 3-5.

SZEGEDI FOGORVOSNAPOK

A MAGYAR FOGPÓTLÁSTANI TÁRSASÁG XXIII. KONFERENCIÁJA
SZEGEDI FOGORVOS TALÁLKOZÓ ÉS TUDOMÁNYOS KONFERENCIA

ELŐADÓK

URBÁN ISTVÁN | WINDISCH PÉTER | PIFFKÓ JÓZSEF
SEGATTO EMIL | BARTHA FERENC | KRAJCZÁR KÁROLY
HEGEDŰS CSABA | BARÁTH ZOLTÁN | FERRO, ANA Portugália
BARRY, TOM Írország | EWERTZ, MARKUS Németország | REZO, MARIJO Horvátország
GÓMEZ-MEDA, RAMÓN Spanyolország

PROGRAMOK

2019. október 3. csütörtök — 14 pont

A FOGPÓTLÁSTAN AKTUÁLIS KÉRDÉSEI
- Biodegradábilis anyagok a fogászatban
- A teleszkóppal elhorgonyzott fogpótlások sikeressége
- Indirekt kerámia restaurációk klinikuma
- Az All-on-4® technika elmélete és gyakorlata
- Funkcionális individualizálás a szájon koronától a harapásemelésig
- A rögzített fogpótlások parodontológiai vonatkozásai
- Problémák és megoldások a teljes kivehető műfogsorok esetében

2019. október 4. péntek — 16 pont

A MAGYAR FOGPÓTLÁSTANI TÁRSASÁG XXIII. KONFERENCIÁJA
- Implantációs és digitális protetika a 21. században

ESZTÉTIKAI WORKSHOP KURZUS
- Az ideális implantációs fogpótlás kialakításának lágyrész esztétikai szempontjai (Prof. Dr. Windisch Péter, Dr. Molnár Bálint, Dr. Bartha Ferenc)

2019. október 5. szombat — 16 pont

SZEGEDI FOGORVOS TALÁLKOZÓ ÉS TUDOMÁNYOS KONFERENCIA

KONFERENCIAHELYSZÍN: SZTE József Attila Tanulmányi és Információs Központ 6720 Szeged, Ady tér 10.

REGISZTRÁCIÓ: www.szegedifogorvosnapok.hu

KAPCSOLAT: Expert Event Hungary Kft.
E-mail: info@expertevent.hu
Tel.: + 36 20 353 5067 vagy +36 20 291 4117
www.expertevent.hu

biohorizons camlog
Nobel Biocare

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 fogeltávolítás során megnyílt arcüreg ellátása

Lebennyel történő zárás 2. rész

Dr. Pénzes Dorottya, Dr. Kivovics Márton
Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar
Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet

Az ember legnagyobb, és fogászati szempontból legjelentősebb orrmelléküregе a sinus maxillaris.[19] Kiemelkedő szerepét az adja, hogy a maxillán történő fogak extractiojakor fennáll a veszélye az arcüreg megnyílásának. Amennyiben sinus apertus alakul ki, rendkívül fontos a megfelelő időben történő szakszerű ellátás, melynek során meg kell szüntetni a kommunikációt a sinus maxillaris és a szájüreg közt. Széleskörűen elterjedt megoldás a kommunikáció zárása különböző lebenyek segítségével. Számos lebenytípust ír le a szakirodalom, melyek kiterjedt indikációs területtel rendelkeznek.

Az extractio során kialakult sinus apertus incidenciája különböző vizsgálatok szerint nagyon eltérő, 0,31% és 3,8% közé teszik.[9] A tanulmányok abban sem egyöntetűek, hogy melyik fog extractioja során alakul ki legnagyobb valószínűséggel, abban viszont egybehangzóak, hogy a moláris fogcsoport érintett a leggyakrabban, de premoláris, sőt szemfog extractioja esetén is kialakulhat.[1] A bölcsességfog a vizsgálatokban kiemelkedő szerepet kapott, mivel sokkal magasabb incidenciát (13%) mutattak ki.[16] Ez többek között az extractio nehézségével, a sok esetben szükséges komplikált műtéti procedúrával, továbbá a manapság egyre gyakoribb preventív bölcsességfog-eltávolítással magyarázható.

Sinus apertus kialakulása esetén a szakirodalom szerint számtalan módon lehet eljárni, melyek végső soron mind a sinus zárását hivatottak létrehozni. Kisméretű oroantrális kommunikáció esetén akár lebenyképzés nélkül is lehetséges a zárás.[22] Ennél biztonságosabb eljárás a különböző lebenyekkel történő zárás. Ezeken felül pedig számtalan alternatív módszer is létezik, melyek korlátozott tárgyi, illetve személyi sebészi feltételek esetén is alkalmazhatóak. Továbbá léteznek olyan választható eljárások is, amelyek képesek a lebenyképzéssel történő zárásnak azt a hátrányát kiküszöbölni, hogy a kommunikáció helyén nem alakul ki megfelelő csontos telődés, ami a manapság egyre gyakoribb implantátummal történő protetikai rehabilitáció miatt rendkívül előnytelen.

Kisméretű perforáció ellátása

Amennyiben a sinus perforáció csupán kisméretű, illetve az arcüreg fertőzéstől mentes, azt a megoldást is lehet választani, amit egy nem komplikált foghúzás esetén: a vérrög kialakulását elősegíteni kürettálással, majd a lágyrészeket suturával rögzíteni, végül kompressziót kialakítani a műtéti területen a gyorsabb vérrögképződés érdekében.[23] Ismereteink szerint azonban nem készült még olyan vizsgálat, ami ennek a metodikának a sikerességét vizsgálta volna, így célszerűbb a lebenyképzéssel történő biztonságosabb technikák valamelyikét preferálni, ha a szükséges feltételek adottak.

Lebennyel történő zárás

A különböző vizsgálatok szerint a lebennyel történő zárás az egyik legbiztonságosabb, legsikeresebb ellátási módja a sinus apertusnak. Vitathatatlan, hogy a lebeny megfelelő preparációja, adaptációja és fixációja megfelelő orvosi gyakorlatot és időt követel,[20] azonban a chronikus sinusitis kialakulásának elkerülése a mindennapi orvoslás területén rutin feladat kell legyen, hogy megfelelő időben, azonnal megvalósuljon a sinus apertus zárása.

Axhausen-lebeny

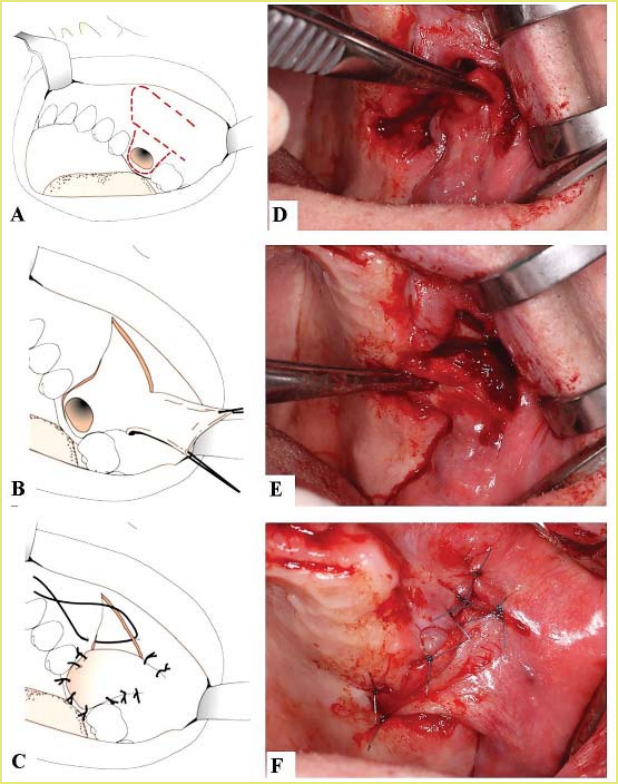
Axhausen (1930) a musculus buccinatorból nyert vékony rétegből képzett buccalis lebeny segítségével zárta az oroantrális kommunikációt.[5] A buccalebeny a vestibulumban mesialisan vagy distalisan körbemetszve, majd mobilizálás után 90°-kal elforgatva fedi a defektust *(1. ábra)*. Ez az eljárás különösen akkor hasznos, ha a nyálkahártya erőteljesen traumatizált. Az eljárás nagy veszélye, hogy a parotis kivezető nyílása könnyen megsérülhet.[15]

Rehrmann-lebeny

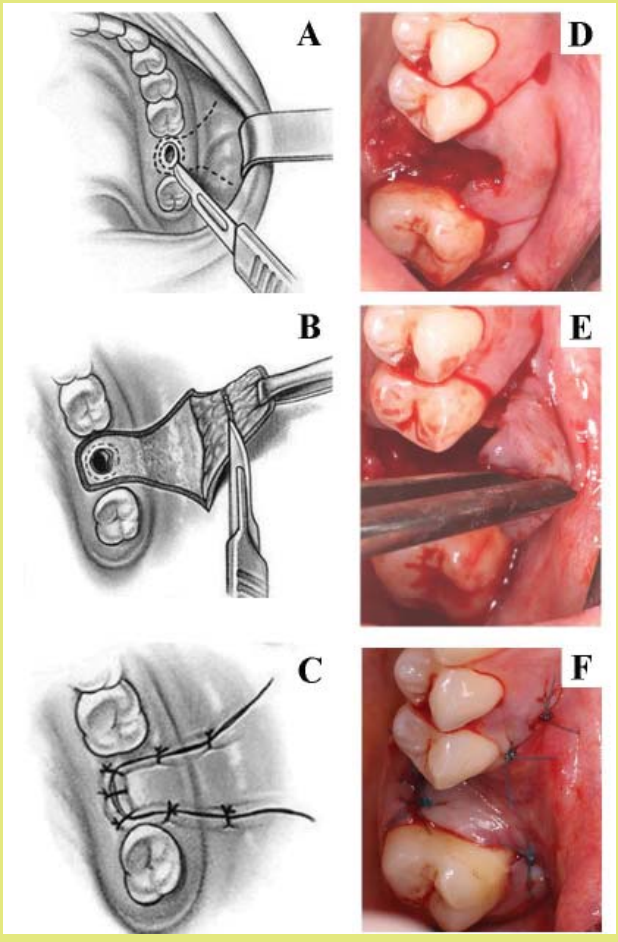
A talán legjobban elterjedt metodika a Rehrmann-lebeny, vagy a magyar szakirodalomban jobban ismert a Wassmund-lebennyel történő zárás. Elsőként választandó a gyors és viszonylag egyszerű technikai kivitelezhetősége és relatív kevés hátránya miatt. Trapéz formájú, vestibulumból nyelezett lebeny *(2. ábra)*. Az alveolus szélétől indulva kell kialakítani a megfelelő nagyságú mucoperiostealis lebenyt, majd mobilizálás után feszülésmentes zárást kell kialakítani. A technika legnagyobb hátránya a vestibuláris áthajlás redukciója. Legtöbb páciens esetében ez a csökkenés csupán átmeneti, 4–8 héten belül visszaalakul a vestibulum az eredeti alakjára, de 40%-ban maradandó módosulás alakul ki.[4]

Móczár-lebeny

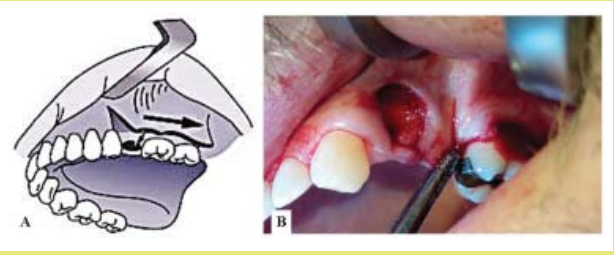
A bucca lebenyek másik csoportját képezi Móczár-lebeny. Kialakítása a fogak mellett ejtett metszéssel történik a tuber



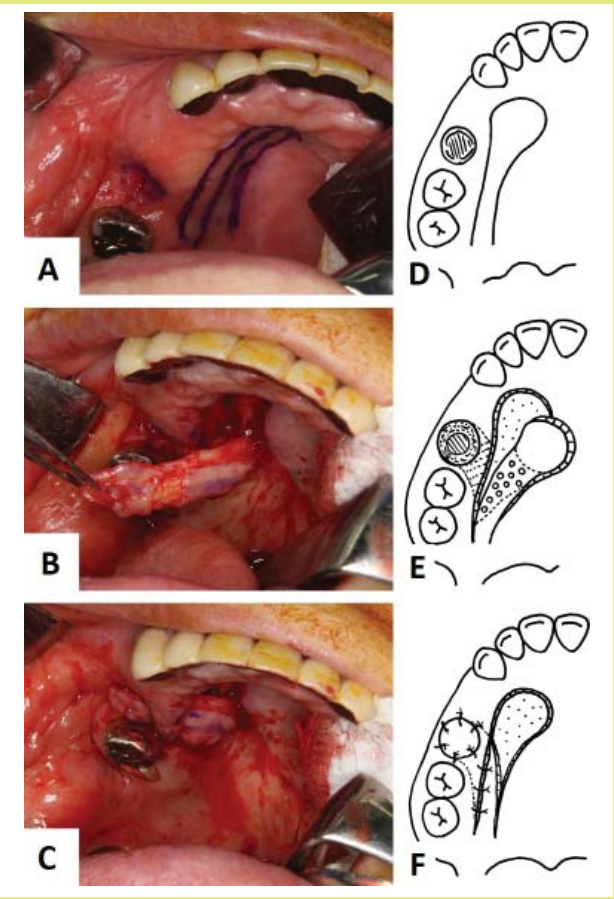
1. ábra: Axhausen-lebeny – A, B, C vázlatos ábra,[15] D, E, F klinikai fotó



2. ábra: Buccalis-lebeny – A, B, C vázlatos ábra,[11] D, E, F klinikai fotó



3. ábra: Móczár-lebeny – A vázlatos ábra,[10] B klinikai fotó



4. ábra: Az artéria palatinára nyelezett Pichler-lebeny - A, B, C klinikai fotó; D, E, F vázlatos ábra[17]

maxillae-tól a szemfog mesialis széléig. Fogatlan állcsont esetén gerincéli metszés szükséges. Mesialisan vertikális segédmetszést lehet kialakítani, majd a buccalis lebenyt úgy kell mobilizálni, hogy az egy foggal distalisabban kerüljön, mint ahogy eredetileg helyezkedett *(3. ábra),* így eredményezve, hogy adott fog esetén az eredetileg mesialis papilla a palatinalis distalis papillával fog szembe kerülni, s így válik a nyálkahártya által fedve a perforáció.[22] Ennél a módszernél is kialakul átmeneti vestibulummélységcsökkenés, csakúgy, mint a Rhermann-technika esetén, viszont kevesebb a permanens változás. Fogas állcsontok esetén, Móczár-lebeny használatakor minden esetben megfigyelhető volt hegképződés az anterior segédmetszésnek megfelelően. Összegezve: a Móczár-lebeny fogas állcsont esetén a hegesedés miatt nem tűnik megfelelő ellátásnak, fogatlan állcsontnál azonban – a vestibulum megtartott magassága miatt – nagyon előnyös, könnyebbé teszi a protetikai rehabilitációt.[22]

Pichler-lebeny

A mai napig rutinszerűen használatban lévő palatinális lebenytípus a Pichler-lebeny, ami egy axialisan nyelezett lebeny, melynek bázisa posterior irányba helyezkedik el az arteria palatinára nyelezve. A lebeny az art. palatinat a foramenből való kilépésétől magába foglalja *(4. ábra).* A rotáció okozta stressz tűrése miatt a bázisának megfelelően szélesnek kell lennie. Fontos, hogy az anterior irányú kiterjedés kellő hosszúságú legyen, hogy lehetővé váljon az arterialis rotáció, és megfelelő méretű átmérővel rendelkezzen, hogy a defektust teljes szélességében takarja. Mivel ez a technika nagymértékű rotációt kíván, ezért csak a premoláris régióban használható, a moláris régióban az éles szögű rotáció miatt gyakori a lebeny ischemiája az artéria elzáródása által. Az optimális minőségű szövet, a megfelelő vastagságú lebeny, illetve a rendkívül jó vascularizáltság vitathatatlan előnye. Hátrányai a csontos felszín expozíciójával vannak összefüggésben: fájdalmas secunder epithelizáció és a hámfosztott terület sokszor szabálytalan felszínnel történő gyógyulása.[5] A lebeny mucoperiosteuma meglehetősen ellenálló, vaskos, így ennek a technikának a kivitelezése , a mobilizálás viszonylag bonyolult, nagyobb tapasztalatot igényel.[15]

Palatinális lebeny

A tuber maxillae területén lévő defektusok fedésére az anterior bázissal rendelkező palatinális lebenytechnikát dolgozták ki. Kiterjedése hasonló az egyszerű palatinális lebenyhez, posterior irányba pedig magába foglalja a foramen palatinum majort. Nagyméretű defektusok esetén is alkalmazható, melyeket konvencionális technikákkal nehéz ellátni. További nagy előnye, hogy a moláris régióban használva megfelelő vérellátású a lebeny.[18]

A Pichler-technikához nagyon hasonló a palatinális szigetlebeny kialakítása, de itt a laterális metszés nem a sulcusban fut, hanem attól néhány mm-rel medialisabban, a perforációnak megfelelő területen alagutat alakítanak ki a lebeny számára, és a mucoperioteum alatt bújtatják át. A technika legnagyobb előnye, hogy így kevesebb az exponált csontfelszín.[11]

Palatinális submucosus sziget technika

Yamazaki-lebeny

Yamazaki és munkatársai a fenti technikát továbbfejlesztve hozták létre a palatinális submucosus sziget tech-

nikát. A submucosus kötőszövetet a palatinális mucosától szeparálva, a fent leírt technikákhoz hasonló formájúra alakítva, majd ezt a félvastag lebenyt a laterálisan lévő nyálkahártya alatt átbújtatva a perforációt fedték, a palatumot a helyén maradt mucosa védi. Így elkerülhetők a korábbi technikák hátrányai, a szabadon maradt csontfelszín lassú, fájdalmas gyógyulása. A seb gyógyulása után rövid idővel elkészíthető a fogpótlás.[24]

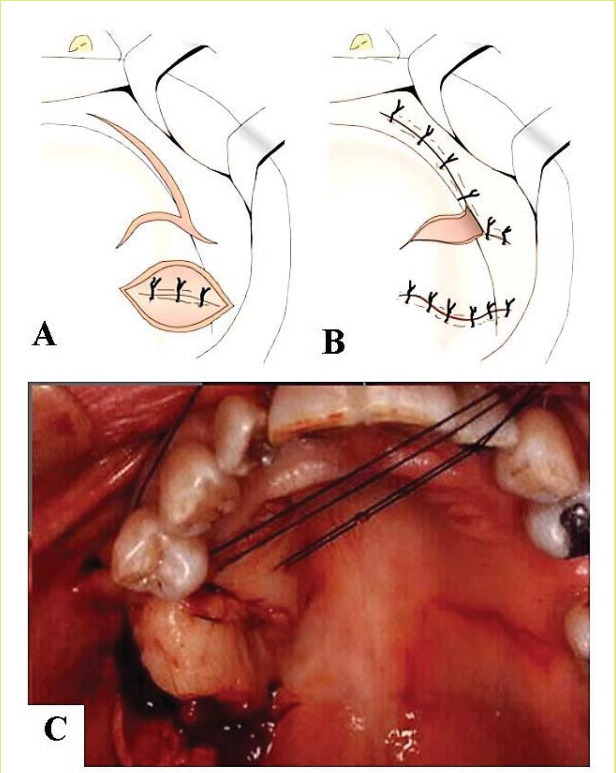
Hídlebeny

A hídlebeny használata kisméretű oroantrális kommunikáció esetén, teljesen fogatlan állcsontnál javallt. A Kazanjian és a Schuchardt-féle hídlebeny egyaránt használható.[14] Fogatlan állcsont esetén az oroantrális kommunikációtól mesialisan/distalisan kell kialakítani a hídlebenyt úgy, hogy a lebeny palatinális és vestibuláris bázisa az oroantrális kommunikációt határolja, a metszések pedig egymással parallel lefutásúak, mesialisan/distalisan görbítettek legyenek *(5. ábra)*.[15] A technika nagy előnye, hogy a vestibulumban nem alakul ki mélységcsökkenés. A technika nem kívánt mellékhatása: a donor terület fájdalmas gyógyulása granulációs szövettel.[8]

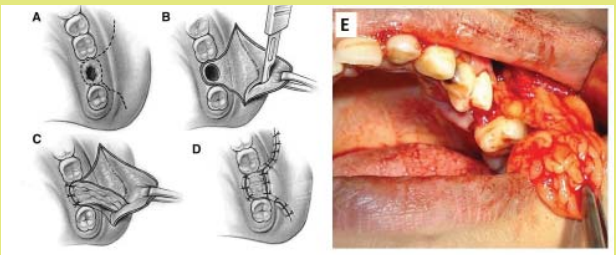
Lebenyképzés Bichat-féle zsírcsomó segítségével

Egyedi-féle lebeny

Az oroantrális kommunikáció zárását Egyedi Péter a Bichat-féle zsírcsomó segítségével hajtotta végre. Anatómiáját tekintve a zsírcsomó a musculus buccinator és a musculus masseter anterior margója között helyezkedik el, és a Stenon-vezeték musculus buccinatort átfúró területéig tart. Egyedi leírása szerint az 1 és 4 cm átmérőjű oroantrális kommunikáció megszüntetésére egy egyszerű és megbízható zárási technika lenne a buccalis zsírcsomó mobilizálása és elmozdítása a defektus fölé, majd a műtéti terület fedése szabad bőr grafttal. A módszer használata könnyebben kivitelezhető és gyorsabban végrehajtható lett, ugyanis Tideman és munkatársai (1986) rámutattak arra, hogy a zsírcsomót mobilizálás után nem szükséges bőr grafttal fedni, ugyanis 3-4 héten belül in vivo epithelializálódik.[13] Az Egyedi-féle technika napjainkra az extractio során kialakult oroantrális kommunikáció kezelésére használt egyik rutin eljárássá nőtte ki magát. Az alveolus szélétől indulva, a vestibulum irányába kiterjesztett trapéz formájú mucoperiosteális lebenyt kell kialakítani. Felfelé addig történik a lebeny tompa preparálása, míg a fényes, sárga, lobulált tömeg elő nem tűnik. A lobulus preparálása addig tart, amíg elegendő mennyiségű szövet nem áll rendelkezésre, hogy az oroantrális kommunikációt fedje, és feszülésmentesen hozzá lehessen fektetni a palatinális nyálkahártyaszélhez *(6. ábra)*. A preparálás fokozott elővigyázatosságot igényel, hogy a



5. ábra: Hídlebennyel történő zárás – A, B vázlatos ábra (Schuchardt-lebeny),[15] C klinikai fotó (Kazanjian-lebeny)[25]



6. ábra: Bichat-féle zsírcsomóval történő zárás - A, B, C, D vázlatos ábra,[11] E klinikai fotó[6]

Bichat-féle zsírcsomó tokja ne szakadjon el. A Bichat-féle zsírcsomó új pozícióba történő fixálását követi a buccalis lebeny rögzítése.[12] Az eljárás előnye a lebeny könnyű használhatósága és jó vérellátása, ami a recipiens terület számára különösen fontos.[3] Esztétikai szempontból is előnyös, a gyógyulás befejeztével nincs különbség a lokális mucosa színében, sem vastagságban.[2] A Bichat-féle zsírcsomó használatának szükségességét sokáig kétségbe vonták, ugyanis számos módszer létezik az oroantrális kommunikáció sikeres zárására, például a széles körűen elterjedt, standard technika, a buccalis nyelezett lebeny. Azonban ezzel összehasonlítva, a Bichat-féle zsírcsomó alkalmazása rendelkezik néhány nagyon jelentős előnnyel: a vestibuláris mélység nem csökken, továbbá erősen károsodott nyálkahártya esetén is használható. Gondos

sebészi beavatkozással már korábban kezelt oroantrális kommunikáció esetén is sikeresnek bizonyult, így valós alternatíva lehet. Legfőbb hátrányai, hogy csupán egyszer lehet felhasználni a zsírcsomót, és a fedni kívánt defektus mérete határt szab a felhasználás lehetőségének.[14]

Posztoperatív teendők

A fent említett bármely metódus esetén az oroantrális kommunikáció zárása után a pácienst elővigyázatosságra kell inteni a műtétet követő 10–14 napra: erőltetett orrfúvás tiltása, az orrát csak óvatosan törölgetheti, tüsszentés csak nyitott szájjal, tilos szívogatni a sebet, tilos dohányozni, kerülni kell minden fizikai megterhelést és olyan szituációt, ami orrvérzést okozhat. A posztoperatív infekció elkerülése végett antibiotikumot, antihisztamint és decongestans orrspray[7] használatát kell előírni. Rendszeres kontroll szükséges.[21]

Összefoglalás

Összegezve láthatjuk, hogy a fent felsorolt számos lebenytípus széles indikációs területtel rendelkezik. Az előnyök mellett azonban egyik módszer esetén sem lehet megfeledkezni a hátrányokról. Fontos az adott beteg és eset egyéni vizsgálata és értékelése, hogy az elvárható legjobb gyógyulás érdekében a legmegfelelőbb módszert tudjuk választani. Minden esetben törekedni kell a lebenyképzéssel kombinált zárásra, ugyanis nem áll rendelkezésünkre elegendő bizonyíték arra, hogy lebenyképzés nélkül is megfelelő zárás alakul-e ki.

Figyelembe véve az oroantrális kommunikáció kialakulásának incidenciáját, fontosnak tartjuk, hogy minden fogorvos számára rutinszerű eljárás legyen az oroantrális kommunikáció időben történő szakszerű zárása.

Irodalom

1. Abuabara A, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. 2006., *Int J Oral Maxillofac Surg. , old.: 35(2):155-8.*
2. Afshin Harajia, Reza Zareb. The Use of Buccal Fat Pad for Oro-Antral-Communication Closure. 2007*., Journal of Mashhad Dental School, old.: 31(Special Issue): 9-11.*
3. Alonso-González R, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D, Aloy-Prósper A, Camacho-Alonso F, Peñarrocha-Diago M. Closure of oroantral communications with Bichat´s buccal fat pad. Level of patient satisfaction. 2015., *J Clin Exp Dent., old.: 7(1):e28-33.*
4. Batra H, Jindal G, Kaur S. Evaluation of different treatment modalities for closure of oro-antral communications and formulation of a rational approach. 2010., *J Maxillofac Oral Surg., old.: 9(1):13-8.*
5. Borgonovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. *Surgical options in oroantral fistula treatment. 2012., Open Dent J. , old.: 6:94-8.*
6. Candamourty R, Jain MK, Sankar K, Ramesh, Babu MR. Double-layered closure of oroantral fistula using buccal fat pad and buccal advancement flap. *J Nat Sc Biol Med 2012;3:203-5.*
7. Cankaya AB, Erdem MA, Cakarer S, Isler SC, Demircan S, et al. (2012) Reliability of Two Surgical Methods for Oroantral Communication Closure; A Clinical Study of 20 Patients.*Otolaryngology 2:113.*
8. Dentoalveolar surgery: intra-operative complications involving the maxillary sinus. [Online] 2016.. 12. 2016. 12. 06. http://www.med-college.de/en/wiki/artikel.php?id=183.
9. Hariram, Pal US, Mohammad S, Singh RK, Singh G, Malkunje LR. Buccal fat pad versus sandwich graft for treatment of oroantral defects: A comparison. 2010., *Natl J Maxillofac Surg. , old.: 1(1):6-14.*
10. Herford A. S., Ghali G. E. 2004. Local and Regional Flaps. [szerző] Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Hamilton London: *BC Decker Inc, 2004, old.: 769-782*
11. Lazow, Stewart K MD DDS. Surgical management of the oroantral fistula: Flap procedures. 1999., *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, old.: 10:148-52.*
12. Manuel S, Kumar S, Nair PR. The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oro-antral Fistulas. 2015*., J Maxillofac Oral Surg., old.: 14(2):374-7. .*
13. Mohan S, Kankariya H, Harjani B. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of cases. 2012., *J Maxillofac Oral Surg, old.: 11(2):128-31.*
14. Poeschl PW, Baumann A, Russmueller G, Poeschl E, Klug C, Ewers R. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. 2009., *J Oral Maxillofac Surg, old.: 67(7):1460-6.*
15. Reinert S., Mactens E. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. [szerző] Ehrenfeld M. Schwenzer N. Spezielle Chirurgie. *Stuttgart: Thieme, 2002, old.: 1-22.*
16. Rothamel D, Wahl G, d'Hoedt B, Nentwig GH, Schwarz F, Becker J. Incidence and predictive factors for perforation of the maxillary antrum in operations to remove upper wisdom teeth: prospective multicentre study. 2007., *Br J Oral Maxillofac Surg, old.: 45(5):387-91.*
17. Sakakibara, A., Furudoi, S., Sakakibara, S. et al. Tunnel Technique for the Closure of an Oroantral Fistula with a Pedicled Palatal Mucoperiosteal Flap J. *Maxillofac. Oral Surg. (2015) 14: 868.*
18. Salins PC, Kishore SK. Anteriorly based palatal flap for closure of large oroantral fistula. 1996*., Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod., old.: 82(3):253-6.*
19. Székely Andrea. Az orrüreg és orrmelléküregek felépítése. [szerző] Erzsébet Fehér. Maxillofacialis anatómia. *Bp.: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2006, old.: 123-132.*
20. Thoma K, Pajarola GF, Grätz KW, Schmidlin PR. Bioabsorbable root analogue for closure of oroantral communications after tooth extraction: a prospective case-cohort study. 2006*., Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. , old.: 101(5):558-64.*
21. Tucker, M. R. Odontogenic Diseases of the Maxillary Sinus. [szerző] Edward Ellis III, Myron R. Tucker James R. Hupp. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. *USA: Elsevier, 2014, old.: 382-393.*
22. von Wowern, N. Closure of oroantral fistula with buccal flap: Rehrmann versus Móczár. 1982., *Int J Oral Surg., old.: 11(3):156-65.*
23. von Wowern, N. (1973). Correlation between the development of an oroantral fistula and the size of the corresponding bony defect. *J Oral Surg., 31(2):98-102.*
24. Yamazaki Y, Yamaoka M, Hirayama M, Shimada H. The submucosal island flap in the closure of oro-antral fistula. 1985., *Br J Oral Maxillofac Surg. , old.: 23(4):259-63.*
25. https://images.slideplayer.com/19/5804096/slides/slide_20.jpg (Utolsó letöltés: 2018. 09. 19.)



DIOS® 4.0 – Intraoral Scanner

A Dental Direkt termékcsalád legújabb terméke a DIOS® 4.0 intraoral scanner már kipróbálható és rendelhető az Alpha Implant Kft.-től.

De miért éri meg Önnek beruházni a DIOS® 4.0 intraoral scannerre?

Az eszköz hatalmas előnye a gyors befektetési megtérülés (ROI). A DIOS® 4.0 scannerrel időt, pénzt és anyagot spórolhat meg. Teljes szájüreg scannelése egy gyakorlott orvosnak 3-5 percet vesz igénybe. Az scanner két kamerával rendelkezik, melyek magas minőségű, valósághű, részletes képeket készítenek a másodperc tört része alatt. Nem kell komoly előkészületeket végezni a lenyomatvételhez, hiszen az eszközön egyetlen gomb található, amivel ki- és bekapcsolni lehet. A scannelés után azonnal küldheti a munkát fogtechnikusához, akinek már csak az általa preferált tervezőprogramba kell importálni az STL fájlt. A formátum miatt nem kell aggódni, hiszen a DIOS® 4.0 nyitott rendszerű, így kompatibilis az összes programmal.

Az eszköz kialakításában két fő szempontot tartottak a tervezők szem előtt. A kezelőorvosnak kényelmes legyen akár egésznapos használat mellett is, így a súlyát 276 grammra csökkentették. A fejek kúpos kialakítást kaptak, így a páciensnek sem kényelmetlen a scannelés.

A DIOS® 4.0 intraoral scanner feje cserélhető és autoklávozható (maximum 20 alkalom ajánlott). A sterilizáláshoz 30 perc szükséges 121°-os hőmérséklet mellett és 15 perces száradás után ismételten használható.



Az eszközhöz vásárolható több kiegészítő termék is, melyek az Ön kényelmét szolgálják. Ezek közé tartozik a DIOS® 4.0 Trolley (gurulós kocsi), amely a legmodernebb eszközökkel van felszerelve, mint például egy 22” colos érintőképernyős monitor, orvosi egér és billentyűzet, ami a jó tisztíthatóság érdekében gumis anyaggal van bevonva. A trolley zárható fiókja alkalmas a kábelek elrejtésére így a kedvező esztétikai megjelenés mellett kábelmentesen használhatja a gépet, vagy akár a kiegészítők (fejek, kalibráló eszköz) és a scanner tárolására is alkalmas lehet. A trolley magassága könnyedén állítható a rajta található kar segítségével, erőkifejtés nélkül.

Az Alpha Implant Kft. bemutatótermében már kipróbálható az eszköz az összes kiegészítőjével. Amennyiben Ön saját rendelőjében próbálná ki, kérjük, vegye fel velünk a kapcsolatot. További információkért és katalógusokért látogasson el a www.alphaimplant.hu weblapra.

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.

Tom Bereznicki, Lola Welch

Diastemák kozmetikai zárásának alternatív megközelítése

Magyar Fogorvos, XXVIII. évf. 2019/2. 58–63.

Dr. Czeglédi Ágota, Dr. Dombi Csaba

Szájüregi fekélyes elváltozások differenciáldiagnosztikája 1. rész

Magyar Fogorvos, XXVIII. évf. 2019/2. 64–68.

Giovanni Maver és Angelo Magni

Fogpótlások kortárs tervezési megközelítése

Magyar Fogorvos, XXVIII. évf. 2019/2. 70–83.

Dr. Pénzes Dorottya, Dr. Kivovics Márton

A fogeltávolítás során megnyílt arcüreg ellátása 2. rész Lebennyel történő zárás

Magyar Fogorvos, XXVIII. évf. 2019/2. 84–88.

Tájékoztatás továbbképzésekről

Ezúton tájékoztatjuk a tisztelt tagságot, hogy az elfogadott szakmai továbbképzések jegyzékét az alábbi internet-elérhetőségen találják meg:

www.oftex.hu

A fenti oldalon tájékozódhatnak a továbbképzési programokról, a továbbképzés teljesítéséért megszerezhető pontszámról, a továbbképzések szervezőiről és egyéb paramétereiről.

Közzéteszi:

MOK Fogorvosok Területi Szervezete

Kettős erő
minden kihívásra.



KR_EE_19_016

Akkor hozza ki magából a legtöbbet, amikor egyensúlyban van.

Bemutatjuk az OptiBond eXTRa Universal exkluzív kétkomponensű univerzális ragasztószert, ami a legkiválóbb ragasztást biztosítja egyetlen protokoll egyszerűségével, bármilyen klinikai helyzetben.

- Kiváló ragasztási eredmény a szabadalmazott GPDM és hármas oldószer rendszer segítségével.
- Minden anyaggal kompatibilis, kiegészítő készítményekre az egyedülálló, intelligens pH technológiának köszönhetően nincs szükség.
- Esztétikus eredmény a vékony filmrétegnek köszönhetően.



OptiBond™ eXTRa Universal
Kétkomponensű univerzális ragasztószer

További információért kérjük látogasson el weboldalunkra:
www.kerrdental.com

KaVo Kerr | SpofaDental Kereskedelmi | Bocskai út 134-146, 1113 Budapest
www.kerrdental.com

KAVO Kerr

Kapcsolat Nap

2019. április 12.

A Debreceni Fogászati Napok szakmai konferenciát idén immár huszadik alkalommal rendezte meg a Debreceni Egyetem Fogorvostudományi Kara. A XX. jubileumi DFN keretein belül dr. Bágyi Kinga dékánasszony hagyománnyá avatta az elődei által életre keltett Kapcsolat Napot, melyre ez alkalommal is meghívást kapott a FOK vezetősége és az egyetem vonzáskörzetébe tartozó öt megye fogorvos vezetője.

A kerekasztal-megbeszélésen részt vett a FOK dékánja, dékánhelyettesei, professzorai, tanszékvezetői és prominens oktatói, valamint a megyék fogorvos vezetői és a MOK Fogorvosi Tagozatának mindkét alelnöke. Emlékezetessé tette az eseményt, hogy a résztvevők, az eddigi munkájuk elismeréseként, egy-egy művészi kivitelű emlékplakettet kaptak, amit becses emlékeik között fognak őrizni.

A jubileumi ülés alkalmából először a Fogorvostudományi Kar fejlődésére terelődött a szó. A megyék képviselői elmondták véleményüket arról, milyen látványosan, milyen sokat fejlődött, változott a Fogorvostudományi Kar. Nem csak mennyiségben nőtt a képzettek száma, de úgy érzik, a képzés színvonala is jelentősen emelkedett, amit a frissen végzett fogorvosok kiváló munkája bizonyít. Talán ennek is köszönhető, hogy a szomszédos megyékben emelkedett a fogorvosok száma. A régió fogorvosvezetői igen pozitívnak tartják, hogy ez a változás a meglévő oktatás hagyományaira épült, és ezen hagyományok tovább fejlesztésével, modernizálásával az oktatás még színvonalasabbá vált az elmúlt évek során.

Minden megye pozitívan értékeli az egyetem hozzáállását a területén dolgozó fogorvoskollégákhoz, aminek eredménye, hogy a vonzáskörzetben dolgozó fogorvosok a Debreceni Egyetemhez tartozónak érzik magukat, munkájuk során számíthatnak rá. Sikeresnek tartják azt a gyakorlatot, hogy a kar külsős oktatóként bevonja a képzésbe az egyetemen kívül dolgozó gyakorló fogorvosokat, tovább gazdagítva ezzel az átadott tudást és tapasztalatot.

A megyei vezetők szerint jobban meg kellene fizetni az egyetemi oktatókat, hiszen az ott támasztott hármas követelménynek nem könnyű megfelelni. A jövő magyar fogászatának, a jó színvonalú fogorvosi ellátásnak kiemelkedően fontos érdeke, hogy az erre legalkalmasabb kollégákat tudja az egyetem soraiban megtartani.

Dr. Herczeg Olgától, a MOK Fogorvosi Tagozatának alelnökétől tájékoztatást kaptunk arról, hogy a szaktárca megértőbbé vált a fogorvosok gondjai iránt. A Fogorvosi Tagozat és az Emberi Erőforrások Minisztériuma között folyamatos tárgyalások, egyeztetések zajlanak. A részletekről azonban még korai lenne szót ejteni.

Dr. Hegedűs Csaba professzor úr tájékoztatást adott arról, hogy a FOK öt oktatója a szakképesítésekben bekövetkezett változásoknak megfelelően sikeres (Fogpótlástan, Endodontia) szakvizsgát tett. Ezzel karunk továbbra is biztosítja a régióban a folyamatos szak- és továbbképzést a törvényben meghatározott módon.

Szó volt arról is, hogy továbbra is hiányolja a szakma, a hatékony szakfelügyeletet, amely nem csak ellenőrizni, de vezetni, irányítani is képes a mindennapi fogorvosi ellátást. Úgy tudjuk, megjelent az újabb szakfelügyeleti rendelet tervezete, amely véleményezésre már eljutott a szakfelügyelőkhöz, de idő hiányában erről, most bővebben nem esett szó.

A Kapcsolat Nap idei ülésén ismét azzal az érzéssel álltunk fel a tárgyalóasztaltól, hogy egy olyan jól előkészített megbeszélésen vettünk részt, ahol közvetlen, őszinte véleménycserére volt módunk, amely hozzásegített egymás gondjainak és eredményeinek megismeréséhez. Továbbra is hasznosnak és fontosnak tartjuk ezeket a megbeszéléseket, még akkor is, ha nincs illetékességünk és hatáskörünk a felmerült problémák megoldására, de feltárásuk erkölcsi kötelességünk.

Az Egyetem Díszudvarán rendezett vacsora, ismét a szervezőket és a vendéglátók szíves kollegiális hozzáállását dicsérte. Élveztük a műsort is, valamint egymás baráti társaságát, de kulináris élvezeteknek sem voltunk híjával. Kollégáim nevében is köszönöm a gondos szakmai szervezést és a színvonalas vendéglátást.

Dr. Körtvélyesi Andor

ny. osztályvezető és szakfelügyelő főorvos



A résztvevők: Balról állnak: Dr. Varga István, Dr. Márton Ildikó, Dr. Nemes Judit, Dr. Bágyi Kinga, Dr. Körtvélyesi Andor, Dr. Skapinyecz Tibor, Dr. Szép János, Dr. Komlóssy Attila, Dr. Póta Sándor, Dr. Farkas Tamás
Balról ülnek: Dr. Hegedűs Csaba, Dr. Kovács Éva, Dr. Udvarhelyi Mária, Dr. Herczeg Olga, Dr. Tar Ildikó, Dr. Papp Katalin, Dr. Kertész Margit

ANAFTIN®: PAJZS A FÁJDALOM ELLEN ÉS SEBGYÓGYULÁS ELŐSEGÍTÉSE



Az Anaftin® **polivinil-pirrolidont (PVP)** és **hialuronsa**vat tartalmaz, melyek védőfilmet képezve hozzátapadnak a szájüreghez, védelmet nyújtanak az érintett területeket érő mechanikai behatásokkal szemben, és enyhítik a szabad idegvégződésekben jelentkező fájdalmat. Az Anaftin® **hialuronsav** és **aloe vera** tartalma segíti a sérült szövetek természetes gyógyulását.[1]

Az Anaftin® segít az alábbi okok miatt fellépő fájdalom csillapításában[1]:

- ✔ Szájüregi fekélyek, léziók a szájüregben (aftás szájnyálkahártya-gyulladás, aftás fekélyek)
- ✔ Fogszabályzók okozta léziók
- ✔ Diffúz aftás fekélyek



Fájdalmas afta és szájnyálkahártya sérülések esetén[1]

- ✔ Enyhíti a fájdalmat[1]
- ✔ Nem tartalmaz alkoholt vagy parabéneket[1]
- ✔ Fő összetevőit, mint például a polivinil-pirrolidont és a hialuronsavat tartalmazó készítménnyel kezelt betegeknél hamar és tartósan enyhült az afta és szájüregi sérülés okozta fájdalom.[2]
- ✔ Fő összetevőit, mint például polivinil-pirrolidont és hialuronsavat tartalmazó készítménnyel kezelt betegeknél jelentősen csökkent a fájdalom a kontroll csoporthoz képest, már 2 órával a szájnyálkahártya bemetszéses mintavételét követően.[3]
- ✔ Gyermek és felnőttek egyaránt használhatják





ANA2019#16432# Lezárás dátuma: 2019.02.15.

[1] Anaftin® használati útmutató

[2] Lesclous P. 2002 Szájsebészeti kar (Párizs, Franciaország) 14 betegen végzett megfigyeléses vizsgálat. A betegek fogorvosi rendelőben kerültek bevonásra, miután az előzetes konzultáció során közönséges afát diagnosztizáltak náluk (átlag életkor 29 év). A Vizsgálat alatt napi 3-4x kellett 2-3 percig öblögetniük polivinil-pirrolidon (PVP) nátrium-hialuronát tartalmú szájöblítővel (az Anaftin® Szájöblítő összetevői). A kezelés időtartama 7 nap volt. A betegek vizuális analóg skála segítségével rögzítették a fájdalom intenzitását meghatározott időközönként 7 napon keresztül.

[3] López-Jornet P. et al.: J Oral Maxillofac Surg 2010; 68(9): 2159 – 2163. Randomizált összehasonlító nyílt vizsgálat, amelybe 90 beteget vontak be [átlag életkor 52 év (20 - 78 év)] helyi érzéstelenítésben elvégzett szájnyálkahártyán történő bemetszéses mintavételét követően. A betegeket 3 vizsgálati csoportba randomizálták (n = 30 beteg minden csoportban). - I. csoport: kontrollcsoport, helyi kezelés nélkül.- II. csoport: polivinil-pirrolidon (PVP) nátrium-hialuronát gél (az Anaftin® Gél összetevői), naponta 3 alkalommal, 1 hétig. - III. csoport: 0,2%-os klórhexidindiglukonát gél, naponta 3 alkalommal, 1 hétig. Az első kezelést a mintavételt követően azonnal megkapták a betegek. Ezenkívül minden beteg 600 mg ibuprofen per os terápiában részesült 8 óránként ismételve 4 napon át. A betegek 0-tól 10-ig terjedő vizuális analóg skála segítségével rögzítették a fájdalom intenzitását meghatározott időközönként 7 napon keresztül.

Anaftin®
https://www.anaftin.hu/hu/kapcsolat

Látogatás és értékesítési igény kapcsán keressen minket bizalommal elérhetőségeinken!
Az Anaftin® termékek elérhetőek a gyógyszertárakban!

BERLIN-CHEMIE MENARINI
2040 Budaörs, Neumann János u. 1.
Tel.: 23/501-301

Nem vagyunk „csiszológépek”

Beszélgetés dr. Gáspár Ferenccel

Régóta szeretnék olyan kollégákról írni, akik a fogorvosi hivatásuk gyakorlása mellett egyéb tiszteletreméltó, érdekes tevékenységet is folytatnak. Egyúttal szeretném eloszlatni azt a közvélekedést, hogy a fogorvosokat főleg az anyagiak érdeklik, nem elég műveltek, beszélgetni csak az új autókról és a vitorlásokról lehet velük. Nem orvosok, csak „csiszológépek”. Ezt a képet szeretném árnyalni egy olyan sorozattal, amelyben megnyilvánulhatnak azok a kollégáink, akiknek az élete és munkássága megcáfolja a fenti hamis vélekedést. Ennek a gondolatnak a jegyében kerestem fel dr. Gáspár Ferenc kaposvári szájsebész főorvost.

Herczeg Olga: Kedves Feri! Nagyon régóta készülök erre a beszélgetésre, hosszú évek óta gyűjtöm a rólad szóló híreket, de két okból igen nehéz helyzetben vagyok. Az egyik, hogy olyan szerteágazó az érdeklődésed, tevékenységed, hogy mindegyik „foglalkozásodról” kötetnyit lehetne írni. A másik az elfogultságom, mivel a környezetedben dolgozván a szakmai példaképemmé váltál. Ez utóbbival nem vagyok egyedül, Somogy megyében a 35–40 év feletti kollégák zöme elmondhatja magáról, hogy valamilyen szinten tőled tanulta a „szakmát”. Így az olvasók talán elnézik nekem a szubjektivitást. Honnan az indíttatás, miért választottad a gyógyító hivatást, miért lettél fogorvos?

Gáspár Ferenc: Az ok kettős volt. Egyrészt, bár soha nem hangzott el így konkrétan szüleim szájából, de nyilvánvaló volt számukra, hogy a legfőbb jó az Isten, őt közvetlenül az orvos követi. Gyermekként ezt fogadtam el magam is: ezzel cövekelődött ki utam, ami a hivatáshoz vezetett. Másrészt, még nem kezdtem el a középiskolát, amikor egy kezdő fogorvos költözött hozzánk albérletbe, akivel véget nem érő gombfoci csatákat vívtunk, és nagyokat beszélgettünk. Az ő személyes hatására döntöttem el: az orvosláson belül, fogorvos leszek.

H. O.: Sokakat meglepett, hogy egy sikeres orvos, akit megbecsülés és tisztelet övez a pályáján, megkapja a Magyar Köztársasági Érdemrend tisztikeresztjét, látszólag kényszerítő ok nélkül váratlanul felhagy hivatásának gyakorlásával. Mára már kellő idő telt el azóta, hogy abbahagytad, így lehet és kell is beszélni a valós okokról.

G. F.: Csábító a lehetőség, hogy a fennkölt magyarázatot egy régi kínai filozófustól eredő bölcsességgel adjam meg, amelynek a tartalmával egyetértek: „Ha tudjuk, hol kell megállnunk, csak akkor van nyugvópontunk. Ha nyugvóponthoz érkeztünk, akkor megbékélhetünk. Ha megbékéltünk, akkor elégedettek lehetünk. Ha elégedettek vagyunk, akkor gondolkodhatunk. Ha pedig gondolkodhatunk, akkor elérjük a célt.”



A tényleges válasz azonban a következő: évek óta fokozódott bennem a hiányérzetet, hogy nincs elég időm olyan dolgokkal foglalkozni, amelyek megfelelő mélységű és alaposságú művelésére mindig is vágytam. Két tudományág, az orvostudomány és a művészettörténet pilléreit átkötő ív kiépülésével kezdődött az életpályám sajátos alakulása, ami egyre hangsúlyosabban bővült a huszadik század nyitánya kaposvári történéseinek feltárására irányuló késztetéssel. Szerencsésnek mondhatom magam, mert a hangsúly mindig az átkötésen és nem a szakításon volt, ami lehetővé tette a súlypont fokozatos áthelyeződését a gyakorolt hivatás károsodása nélkül, folyamatosan biztosítva a teljes értékű létezés állapotát. Ezért aztán részemről nincs lezárás és nincs újrakezdés, csak a folyamatos jelen.

H. O.: Amióta felhagytál a gyógyítással, három önálló köteted és számos meglehetősen nagy visszhangot kiváltó, a társadalomtudományok körébe sorolható tanulmányod is megjelent. Beszélnél ezekről?

G. F.: Tudatosan és hosszabb időt engedve magamnak készültem fel a váltásra. Nem teljesen elszakadva

a kórháztól, sikerült ott létrehoznom egy kórháztörténeti szakmai műhely alapjának tekinthető kutatóhelyet az 1846-ban létrejött intézmény igen gazdag irattári anyagának feldolgozására. A munka során keletkezett tanulmányaimban számos, korábban ismeretlen vagy tudatosan elhallgatott történést, illetve az azokban fontos szerepet játszó orvos egyéniséget sikerült kiemelni a feledés homályából. Ennek hozományaként kerültek látótérbe a kórház szabadkőműves orvosai is. Érdekelt, hogy a páholymunkájuk, illetve a kórházi tevékenységük során milyen átfedések tárhatók fel. Ebből nőtt ki aztán 2012-ben a kaposvári „Berzsenyi" Szabadkőműves páholy történetének levéltári forrásokon alapuló, hiteles történetét bemutató kötetem. Nem vélt és valós bűnök és erények szembeállítása volt a célom, sokkal inkább azoknak a rejtett összefüggéseknek a bemutatása, amelyek nyomán bizonyos (1902–1918 közötti) helyi történések értelmezhetővé válnak. Több barátom tette fel a kérdést: hogy szükségem van-e arra, hogy a „kényes" téma publikálásával különböző indíttatású támadások terheit magamra vegyem. Vállaltam, és nem bántam meg.

Nem kívánok további részletekbe belemenni, csak annyit mondok, hogy a mai napig megkaptam a kegyelmet a folyamatos munkára. Két újabb írásom, amelyekben a Magyar Szent Korona Országai Vörös Kereszt Egyletének Somogy-vármegyei történetét és az első világháború alatti tevékenységét mutatom be, már nyomdában van.

A másik nagy érdeklődési kör a művészettörténet. Foglalkoztatnak általános művészetelméleti kérdések, illetve az egyes alkotók életművében fellelhető „kristályosodási pontok" kialakulásának oksági magyarázata, de hangsúlyos szerephez jut a befogadás-lélektan fürkészése is. Ennek kiemelkedő területe a Rippl-Rónai Józseffel kapcsolatos kutatás. Eredményeim mára már hivatkozási alapként is ismertek és elfogadottak. Külön öröm számomra, hogy a festő első világháború alatti eddig teljesen ismeretlen tevékenységét és ellentmondásos kapcsolatát Oskar Kokoschkával sikerült új megvilágításba helyezni. A művészi habitus, a hála és hálátlanság jelenségét bemutató tanulmányom az osztrák kutatók érdeklődését is felkeltette. A múlt évben jelent meg a „titokzatos", nagy orvos műgyűjtő, Völgyessy Ferenc egykori gyűjteményébe került Rippl-Rónai alkotások kalandos megszerzésének történetét bemutató írásom, amely számos feltételezés és mendemonda eloszlatását eredményezte.



H. O.: Országos sajtóvisszhangot keltett az a 2007-ben kirobbant vita, amely a Kaposváron felállítani tervezett Rippl-Rónai szobor körül zajlott. Saját igazának diadalra juttatása érdekében mindkét oldal, a szoborállítást támogatók és azt megakadályozni akarók keményen egymásnak feszültek. A szoborállítást kezdeményező Kaposvárért közalapítvány *nevében rád hárult a feladat, hogy a városban csak Szamaraskordé-nak nevezett szobor megvalósulását Rippl-Rónai szakértőként szakmai érvekkel támogasd.*

G. F.: Nagyon nehéz erről röviden szólni, mert kilóra mérhetők azok a dokumentumok és érvelések, amelyek a szoborállítás ürügyén születtek. A történet annyira összetett, hogy a 2013-ban megjelent Tükörpróba című kötetembe is beemeltem. Egy, a városhoz köthető, annak mintegy „áruvédjegyeként" felmagasztosult személynek szobrot állítani komoly felelősségvállalás. Rippl-Rónai nevét említeni Kaposváron – kis túlzással – annyi, mintha magát a várost említenénk. A magyar művészek közül róla lelhető fel a legnagyobb tételszámú bibliográfia a maga 3200–3400 közötti tételével. Tabuk és totemek ledöntése volt az igazi tét, amely a művészetelméleti, művészetfilozófiai síkon zajlott. A két ellentétes nézetet valló csoport szakmai vitájában voltak, akik úgy vélték, ha az aktuálpolitika hatókörébe helyezik a polémiát, annak mindenhatósága révén győztesen vívhatják meg a „csatát". Talán nem tűnik szerénytelenségnek, de személyes sikeremnek tudom be, hogy sikerült erről az ingoványos talajról kivezetni az ügyet, és szakmai érvekkel elérni, hogy a város közgyűlése ellenszavazat nélkül, álláspontomnak megfelelő módon, a Képzőművészeti Lektorátus véleményével szembeszegülve, a közalapítvány eredeti elképzelésének megfelelő szobor felállítása mellett döntsön. Tudatosan nem posztamensre állított emlékművet („mert az lenne méltó a festőhöz"mondták sokan), hanem járdasíkon elhelyezkedő, szerethető utcaszobrot állítottunk, amelynek gondolatisága csak és kizárólag Kaposváron, a helyi legendáriumba is beágyazódva tekinthető igaznak, másutt, mindenütt, magyarázatra szorulna. Ez a szobor egy valós történetet mesél el, azokat a boldog napokat idézi, amikor a Párizsból szülővárosába hazatért festő a szamár vagy öszvér vontatta számadókordélyán vonult végig a városon, hogy hetente egyszer a gőzfürdőben érezze jól magát. A szobor küldetése: nem lerángatni, de közel hozni, nem csak csodálni, szeretni is; nem csupán tudomásul venni, sokkal inkább megérteni. Sokak számára, akik a világhírnevet, a minőséget Párizshoz kötik, és mindent kizárólag és csak ebből a nézőpontból ítélnek meg, elfogadhatatlan volt a tény, hogy van valaki, aki a szülőföldért, a családja szeretetéért képes volt azt otthagyni, hogy aztán itthon tartósan boldog ember lehessen. Úgy vélem, nem bűn és nem kisebbíti a festő értékét, ha kimondjuk: francia magból, magyar földön, magyar virág nyílott.

H. O.: Mikor 2012-ben megkaptad a város legmagasabb kitüntetését, Kaposvár díszpolgára címet, az ünnepségen elmondott beszédedben hangsúlyos szerepet kapott az identitástudat szerepe.

G. F.: Adománynak tekintem, hogy megőrizhettem identitásomat, a személyes azonosság szubjektív érzésének megmaradását, amely az arra alapuló világkép folyamatos megtarthatóságát jelentette. Mindezekhez társult a nemzeti hovatartozás megélése, ezt most egyszerűsítve „kollektív identitásnak" nevezem, amely a közös tudásban és emlékekben való részesedés biztonságával vértezett fel. Az identitásában erős ember képes megtartani a helyét a világban. Az identitásvesztés során torzulhat a lélek, megbomolhat az „egész-ség", és ez intoleranciához vezethet. A jelenségre könnyen találhatunk példát.

H. O.: A közéleti tevékenységeidet szinte felsorolni sem tudom, Polgári Casino, Keresztyén Értelmiségiek Szövetsége, Berzsenyi Irodalmi és Művészeti Társaság, Városszépítő Egyesület, Rippl-Rónai Ödön és Képírás alapítvány tisztségviselője vagy aktív tagja vagy. Hogyan lesz az ember közéletivé?

G. F.: Nem mindig tudatosan, de soha nem akarata ellenére. Számos helyről kaptam megtisztelő felkérést, illetve lehetőséget, hogy véleményemet nagyobb nyilvánosság előtt is kifejtsem. Ez elsősorban kulturális, műveltségi területen, zömében egyesületekben, alapítványokban végzett munkában, számos előadásban nyilvánult meg. Különösen fontosnak tartom a személyes kiállást akkor, amikor hitünket, meggyőződésünket elferdítő megnyilvánulásokkal találkozunk. Kötelességünk ezekben az esetekben fel- és bemutatni az általunk vallott igazságokat, és indulatoktól mentesen, határozottan szólni, meggyőződésünk szerint. Áttételes módon, de ide kell soroljam azoknak az ismereteknek a megosztását is, amelyeket Kaposvár helytörténeti kutatójaként szerteágazó, egymástól merőben eltérő témakörökben szerezhettem meg. Azon túlmenően, hogy nem öncélú írások, az kapcsolja őket egésszé, hogy valamennyiük esetében eltérés mutatható ki korábbi ismereteink és a kutatás során fellelt dokumentumokkal alátámasztható tények között. Végül is – és ezt nem én mondom – „nem azért gyújt az ember világosságot, hogy elrejtse, vagy a véka alá tegye".

H. O.: Egy másik hangsúlyos témakör esetedben a műveltség kérdése…

G. F.: Általánosságban mondva, de az egészségügyre is vonatkoztatva, a tudásalapú társadalom – amelyet az egész életen át tartó tanulással azonosítanak – döntően a gazdaságot tekinti meghatározónak, és a tudás növekvő szükségességét is a munka világához kapcsolja. Meghatározott szellemi értékek (irodalmi, zenei, képző-művészeti művek) megismerése, megértése és élvezete „szabadidős termék", ezért a szakmai érvényesüléshez szükséges tudás megszerzése a nap óráinak végessége miatt a műveltség rovására történik. A műveltség nemcsak ismereteket, hanem a környezethez való aktív viszonyt is jelenti. Sokakkal együtt én is vallom: az általános műveltség – amely a szakmai műveltség alapja is – magatartásforma.

H. O.: Sokoldalúságodat bizonyítja, hogy a Somogyi Fotóklub tagjaként fényképeid hazai és nemzetközi kiállításokon egyaránt szerepeltek, díjakat nyertek, számos kiadványban megtalálhatók. A fotózás hobbi a számodra?

G. F.: A fotózás a pillanat megragadásának, a múló idő megállításának eszköze. Ezzel szemben a kutatómunka az egykor volt múlt történéseinek megidézése, új életre keltése. Mindkettő felkínálja a tőlünk független valóság megragadásának és analizálásának lehetőségét. Számomra nem hobbi, hanem önállóan is értelmezhető teljes értékű tevékenység. Tárlatokra került képeim a megszületés állapotának megfelelően, korrekció nélkül jelentek meg, ami a digitális képalkotás korában bizony már nem szokványos. Ugyanakkor, ebből fakadó esendőségével mindenki számára nyilvánvalóvá teszi az eredeti szándék megismerhetőségét, utólagosan történő „gondolatátömlesztés" vagy manipulálás nélkül.

H. O.: A városban műgyűjtőként is számon tartanak. Nem kérdezlek gyűjteményedről, mert tudom, hogy az ezzel kapcsolatos kérdéseket hárítod. Inkább arról érdeklődöm, hogy te, akinek gyűjteményében a magyar festészet óriásainak – mások mellett Ferenczy, Réti, Rippl-Rónai, Vaszary, Gulácsy, Mednyánszky – alkotásai megtalálhatók, mit tanácsolsz a kezdő gyűjtőknek? Mi a közös az orvosi tevékenységben és a művészettel való foglalkozásban?

G. F.: Kezdem az utóbbival: az orvosi tevékenység, ha hivatásként művelik, maga is művészet. Határ nélkül folyhat át egyik a másikba.
Nem tartom magam műgyűjtőnek. Esetemben a tezaurálás nem volt döntő szempont, inkább a tudatos válogatás, a párbeszédre képes alkotások meglelése. Hálával tartozom feleségemnek, aki időben visszafogott, amikor túlzottan elkapott a hév egy-egy alkotás megszerzéséért. Az azokra fordítandó összeg így megmaradt családi utazásainkra, gyarapítva közös múltunk örök emlékeit. Gyermekeim ma is nagy örömmel emlegetik azokat a „fényes" napokat.
Úgy gondolom, hogy a jobb híján egyszerűen csak „műélvezet"-nek nevezett létállapot mindenki számára elérhető. Ezek után a jó tanácsok:
Ne hidd azt, hogy a hetivásárokon, bolhapiacokon járva, „akkora" szerencséd van, hogy nagymesterek alkotásait fedezed fel a tudatlan eladó kínálatában, és ne hidd el másról sem, hogy neki az sikerült, akár alkalmi árusoknál, akár a Vaterán.
Az emberi kapzsiság a legnagyobb csalétek: régi trükk, elég olcsón kínálják, hogy „ráharapj", de elég drága, hogy ne feltételezd, hogy hamis.
A műgyűjtés és a becsület gyakran mostohatestvérek: légy mindig óvatos, körültekintő. Amikor valaki a barátságra, mint az üzletet anyagilag kedvezően befolyásoló tényezőre hivatkozik az eladásnál, különösen légy résen.
Járj tárlatokra, aukciókra, képezd magad: tudásod a pénztárcád legjobb őre. Ennek ellenére a tanulópénzt meg fogod fizetni, de nem mindegy, hogy hányszor és mennyit. Amikor majd egykor visszatekintesz kezdő gyűjtő voltodra, ez különös hangsúllyal kerül a mérleg serpenyőjébe.
Csak megbízható galériástól vásárolj, és csakis akkor, ha írásbeli garanciát kapsz az eredetiségről. Kortársak esetén a legjobb módszer, ha közvetlenül a művésztől, műteremből tudsz vásárolni.
Kortársakat gyűjteni a legnagyobb kihívás és a legnagyobb rizikó (mert majd csak az idő rostája dönti el, jól választottál-e), egyúttal a legnagyobb szellemi teljesítmény és kellemes önigazolás, ha bejön.
Tudd, hogy a műkereskedelem egy része nem ízlésformáló tényező, elsődleges szempont a forgalmazás.
Lassan, tudatosan építkezz: nem a mennyiség a lényeg.
Folyamatosan szelektálj, ha jobbat találsz, engedd el a gyengébbet.
A jó mű metafizikai energiák tárháza: engedd hatni rád.
Mutasd meg gyűjteményed, megmondom ki vagy.
Egy élet sem elég ahhoz, hogy eleget tudj. Ez rám is vonatkozik.

H. O.: Mit mondanál zárásul?

G. F.: Hol kimondott, hol elfojtott vágyunk, hogy létünket, emlékünket megőrizni képes jeleket hagyjunk magunk után ebben a világban. Bízom benne, egyúttal remélem, több doktor is hasonlóan vélekedik erről.

Az önarckép fantomja. Rembrandt 350

Rembrandt halálának 350. évfordulóján a magyarországi neoavantgárd néhány, immár klasszikusnak tekinthető Rembrandt-parafrázisát mutatja be a Magyar Nemzeti Galéria legújabb kamarakiállítása. A tárlaton többek között Lakner László Rembrandt tanulmányok (1966) című festményét, Birkás Ákos Rembrandt, az önarckép fantomja (1977) című konceptuális fotóművét, illetve Forgács Péter Idő/közben: Rembrandt morfok (2006) című videoinstallációját láthatja a közönség.

Tavaly december óta látható a Magyar Nemzeti Galériában az 1800 utáni Nemzetközi Gyűjtemény fő műveit bemutató kiállítás. A tárlat egyik különlegessége, hogy a teremsor közepén egy szürke színnel jelölt „átmeneti zónában" kialakított kabinetterem kamarakiállításokat befogadó projektteremként funkcionál. Így ez az elképzelés az 1800 utáni Nemzetközi Gyűjtemény 2009-ben elindított kamarakiállítás-sorozatának továbbgondolásaként is értelmezhető. A most, Rembrandt halálának 350. évfordulója alkalmából nyíló tárlat a második kamarakiállítás ezen a helyszínen.

Forgács Péter
Idő/közben: Rembrandt morfok, 2006
videoinstalláció, 35.30 min.
Szépművészeti Múzeum, Budapest



Rembrandt a művészettörténet kiváló alkotói között is kitüntetett jelentőséggel bír: nevét közhelyszerűen használják a festészet, sőt, általában a művészet szinonimájaként, életművének, műveinek felidézése, vizsgálata, interpretálása, parafrazeálása az esetek többségében túlmutat a nagy elődnek járó tiszteletadás gesztusán. Rembrandtot felidézni egyfajta meditáció a festészetről, a képalkotásról és a művészetről, ám egyúttal viaskodás is a Rembrandt-névhez tapadó közhelyekkel és klisékkel.

A szeptember 22-ig nyitva tartó kiállításon látható művek kölcsönösen értelmezik, árnyalják egymást, sőt, akár az önarckép mibenlétére vonatkozó gondolatmenet elemeiként is összeolvashatók. Mindhárom művész Rembrandtot mint az önarckép-festészet klasszikusát idézi meg, az önarckép születését, az arc alakulását mint időbeli folyamatot mutatja be, az idő múlását, illetve a művész és a művészet időben változó mivoltát és önazonosságának kérdését vizsgálja. Különböző médiumokat alkalmaznak, ám egyaránt a művészettörténet nagy hagyományainak továbbélésére kérdeznek rá – a jelen perspektívájából tekintve vissza a múltra. Az összesen hét művet – három Lakner-alkotást, két Birkás-művet és egy Forgács-videoinstallációt – bemutató tárlaton a kortárs művek mellett Rembrandt 1633-ban alkotott a Szépművészeti Múzeum gyűjteményében lévő, Sálas, sapkás önarckép ellenfényben című rézkarcával is találkozhatnak a látogatók.

Akár a Szépművészeti Múzeum 2006-ban rendezett Re:mbrandt. Kortárs művészek válaszolnak című kiállítása – amelyen első ízben szerepelt Forgács Péter itt bemutatott alkotása –, ez a tárlat is kortárs, illetve közelmúltbeli művészi reflexiók segítségével „olvassa újra" Rembrandtot, akinek egy rézkarc önarcképe látható a kiállítótérben. A bemutatott művek többsége a Szépművészeti Múzeum és a Magyar Nemzeti Galéria gyűjteményéből származik.



Rembrandt Harmensz van Rijn
Sálas, sapkás önarckép ellenfényben, 1633
rézkarc, papír, II. állapot, 133 × 104 mm
B17/2

A kiállítás kurátora: Fehér Dávid
Forrás: mng.hu

Eurodent
kezelőegység-alkatrészek raktárról,
egyenesen az importőrtől.
Elérhetőség: 06-30/856-3530
www.eurodentkezeloegyseg.hu

Szederkényben (Pécstől 20 km-re) 3800 fős
vegyes fogászati praxis
jól felszerelt, klimatizált rendelővel nyugdíjazás miatt
eladó.
Érdeklődni: 06-30/227-0991

Fogorvosi körzet praxisjoga
Székesfehérvár mellett nyugdíjba vonulás miatt **eladó**.
Lakosság száma 5000, állami finanszírozású vegyes praxis.
Ár: egyéves NEAK finanszírozás.
Elérhetőség: kellei.gyorgyi@gmail.com vagy
+36-30/522-2649 telefonszámon.

Belmont (Japán) típusú
fogászati kezelőegység
ELADÓ.
Telefon: 06-30/239-7030

Mostantól nagy patronos kiszerelésben is elérhető a lenyomatanyag

A modern lenyomatanyagoknak egy sor igényt kell kielégíteniük. A fogorvosok olyan anyagot szeretnének használni, amely különösen nagy pontosságot biztosít, de az optimális munkaidő és a rövid intraorális kötési idő szintén a kívánságlistájukon szerepel. Az anyagnak kiváló keménységgel, nagy méretpontossággal kell rendelkeznie, a maradandó alakváltozással szemben pedig ellenállónak kell lennie.

A V-Posil, új A-szilikon alapú precíziós lenyomatanyag kielégíti ezeket a követelményeket. A nagy sikerű termékcsalád most már egy nagy kartusos kiszerelésű gyúrható anyagot is tartalmaz.

A *V-Posil Putty Fast* alaplenyomatként használható a következő technikákhoz:

- Alap-híganfolyó technika (kétidejű)
- Szendvics technika (egyidejű)
- Alap-híganfolyó technika helyfenntartó fóliával
- Funkciós lenyomatokhoz



Az intraorális kötési idő 2,30 perc, amivel a patronos V-Posil Putty Fast joggal tekinthető gyorskötésű anyagnak. Időt takarít meg a fogorvos számára, és javítja a beteg kényelemérzetét is. Az anyag Shore A keménysége 63, ami azt jelenti, hogy különösen ajánlható az alap-híganfolyó technikához. A lenyomatanyag 99,5%-os alakvisszanyerési képessége biztosítja a pontos öntési eredményeket és ezzel a tökéletesen illeszkedő restaurációkat.

VisCalor bulk - thermoviszkózus bulk fill kompozit

Kombinálja a folyékony és formázható anyagok előnyeit

A fogorvosok számára a restaurációk elkészítése mindennapos eljárást jelent. Az üreg típusától függően különböző lehetőségek állnak rendelkezésre. Adhezív technika alkalmazásakor további kezelési utakat lehet követni. Gyakori, hogy a fogorvos először egy folyékony kompozitot alkalmaz, amely optimálisan adaptálható a kavitás falához és az aljához, viszont nehezen formázható. A probléma megoldása az, hogy a fogorvos további rétegeknél vagy egy tömöríthető anyagot használ, vagy alternatív megoldásként olyan formázható bulk fill kompozitot, amely egy lépésben behelyezhető.

A *VisCalor bulk* bulk fill kompozitnak köszönhetően most már egy olyan új kompozit áll rendelkezésre, amely ötvözi mind a két technika előnyeit. A *VisCalor bulk* bulk fill a világ első „thermoviszkózus technológiájú" helyreállító anyaga, amelyet kifejezetten melegítésre fejlesztettek ki. Az extraorálisan felmelegített kompozit kezdetben folyékony, ebben a formában helyezhető be az üregbe, majd néhány másodpercen belül megváltoztatja konzisztenciáját és formázhatóvá válik. A kompozitot kb. 68 °C-ra kell melegíteni az alkalmazása előtt. Nem szükséges rétegekben applikálni, mivel 4 mm-es bulk fill anyag. Négy színben kapható (A1, A2, A3, univerzális), és az indikációt tekintve az I, II és V osztályú restaurációk teljes tartományát lefedi.



Gyártó: VOCO

FELHÍVÁS

Kötelező szinten tartó tanfolyam

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Titkárság 3 napos kötelező szinten tartó tanfolyamot szervez, 2019. október 10-11-12. (csütörtök, péntek, szombat).

JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ: 2019. augusztus 31.

HELYSZÍN: ELTE „A" épület 1117 Budapest, Pázmány Péter sétány 1/A.
(A helyszín változtatási jogát fenntartjuk!)

JELENTKEZÉS: Kizárólag a www.oftex.hu portálon



REG.SZÁM: SE-FOG/2019.II./00013 **KREDITPONT:** 50

CÍM: Fogpótlástan és Konzerváló fogászat

DÍJA: 50 000 Ft

Érvényes szakvizsga: konzerváló fogászat és fogpótlástan, fog- és szájbetegségek, fogorvos (szakirányú szakképesítés nélkül)

REG.SZÁM: SE-FOG/2019.II./00014 **KREDITPONT:** 50

CÍM: Dento-alveoláris sebészet/Parodontológia

DÍJA: 50 000 Ft

Érvényes szakvizsga: arc-állcsont-szájsebészet, dento-alveoláris sebészet, szájsebészet, parodontológia

REG.SZÁM: SE-FOG/2019.II./00015 **KREDITPONT:** 50

CÍM: Fogszabályozás, Gyermekfogászat

DÍJA: 50 000 Ft

Érvényes szakvizsga: fogszabályozás, gyermekfogászat, gyermekfogászat és fogszabályozás

- A tanfolyammal kapcsolatos részletes tájékoztató levelünket és a regisztrációs kártyát a tanfolyam előtt postázzuk a jelentkezők részére.
- A NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelete értelmében a továbbképzésre kötelezettek számára az ötéves továbbképzési ciklus alatt a kötelező szinten tartó tanfolyam egy szakképesítéshez **TÉRÍTÉSMENTES**.
- Tájékoztatjuk, hogy a jelentkezéseket a terem befogadóképességéig tudjuk fogadni.
- A tanfolyamok pontos órarendje az oftex portálon megtalálható. Az órarend-változtatás jogát fenntartjuk.
- Amennyiben a www.oftex.hu portálon való jelentkezése nehézségbe ütközne, a Titkárság munkatársai (tel.: 06-1/266-70-06), valamint a portál üzemeltetője nyújt segítséget (tel.: 06-21-252-5461).

Semmelweis Egyetem
Fogorvostudományi Kar
Szak- és Továbbképzési Titkárság

In memoriam

Dr. Dima Mária Magdolna

1947-2019



Mély fájdalommal és megrendüléssel tudatjuk mindazokkal, akik ismerték, szerették és tisztelték, hogy 2019. április 15-én örökre eltávozott kollégánk a Fogászati Prevenciós Központ vezető főorvosa.

1975-ben szerzett fogorvosi diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, majd OszB fog- és szájbetegségek szakorvosa, OszB gyermekfogászat szakorvosa szakvizsgát tett. Pályafutását az Egri Markoth Kórház Gyermekfogászatán kezdte 1975-ben. 1987–1988-ban a Fővárosi Gyermekfogászati Központban dolgozott, majd 1989-1996 között a Szent Margit Kórház Szakorvosi Rendelőben. 1996–2007 között az akkori Egészségügyi Minisztériumban beosztása: tanácsos, főtanácsos, vezető-szakfőtanácsos (köztisztviselő) volt, mert időközben közigazgatási alap- és szakvizsgát szerzett. 2000-ben együtt írtuk a „Fogászati Prevenciós Programot” az EFKI felkérésére. A Kórház vezetésének támogatásával 2009-ben a Heim Pál Gyermekkórházban, a Fővárosi Gyermekfogászati Prevenciós Központ új vezetőjeként helyezkedett el, mert kiemelt fontosságúnak tartotta, hogy a gyermekek fogászati betegségeinek megelőzésével kapcsolatos felvilágosítás – a gyógyító tevékenység mellett –, a gyermekkórház önként vállalt küldetése megújuljon és megerősödjön. Országszerte szervezte és koordinálta a gyermekfogászati prevenció működését. Csapatával iskolákban, óvodákban végzett fogászati megelőző tevékenységet, szűréseket, felvilágosító előadásokat tartott. Kitüntetései: 1987-ben Egészségügyi Miniszteri Dicséretet kapott (Medve László), 1998-ban MOSZI Díszoklevélben részesült a társszakmák kapcsolatfejlesztéséért. 2010-ben Pro Sanitate Díjat vehetett át prof. dr. Réthelyi Miklós Emberi Erőforrás Minisztertől, majd 2012-ben Budapestért Díjat kapott Tarlós István főpolgármestertől. Pályafutása alatt számtalan Egyesület, Kollégium és Bizottság tagságát töltötte be. Nagyon szerette munkáját és a gyermekeket. Szaktudása, lendülete, mosolya, kedves figyelmessége pótolhatatlanul hiányozni fog.

Dr. Végh András

In memoriam

Dr. Mányi Erzsébet

1930–2018



Dr. Mányi Erzsébet 1930-ban született Albertirsán, itt élt és tevékenykedett a 2018-ban bekövetkezett haláláig. Orvosilag és emberileg is példakép volt, egyike volt azon kollégáknak, aki energiát és fáradtságot nem kímélve dolgozott a magyar egészségügyben évtizedeken keresztül. Példaértékű egész gyógyító tevékenysége során a tanulásra és fejlődésre való nyitottsága, a fogászati asszisztensként kezdett szakmai útja, a SOTE fogorvosi karán végzett egyetemi tanulmányai és azok kiteljesedése a summa cum laude minősítésben 1967-ben. 1968-tól kezdődően hosszú éveken keresztül egyedül látta el Albertirsa lakosságát. Betegei számára elérhető volt a szabadidejében is.

Példát mutatott kollégáinak, amint összefogta, támogatta és képviselte az albertirsai orvostársadalmat minden fórumon, szakmapolitikai mentor volt önkormányzati képviselőként és alpolgármesterként is. Szakmai munkája elismeréseként 1985-ben a Minisztertanács „Kiváló Munkáért” kitüntetésében részesült. Albertirsa közösségéért tanácstagként (1970–1990), önkormányzati képviselőként (1990-től) és a későbbiekben alpolgármesterként (1995-től) végzett áldozatos tevékenységért 2003-ban Albertirsa város Díszpolgára kitüntetésben részesült.

Albertirsai orvostársaival együtt szeretettel őrizzük az emlékét.

Dr. Nagy Mercedes

DENTALPLUS | Inspiráljuk Önt!

DTX STUDIO

Ismerje meg a KaVo röntgenek legújabb technológiáit!

KAVO
Dental Excellence

OP 3D



Panoráma

Fast Scan - 2D panoráma felvétel mindössze 9 másodperc alatt az eddigiekhez képest jóval kisebb dózissal. **ORTHOfocus™** segíti a könyebb páciens pozicionálást és javítja a képminőséget.

Teleröntgen

Innovatív és szabadalmaztatott **ORTHOceph™ Plus** kialakítás. Gyors cephalometriás képalkotási idő, beállítható mezőméretek, tökéletes képminőség minimális dózissal.

3D

Low Dose Technology™ (LDT), Standard, High, Endo) felbontások, kombinálva a **Metal Artefact Reduction** (MAR) technológiával. 4 előre meghatározott térfogat: 5x ø5, 6x ø9, 9x ø11 és (opcionális) 9x ø14 cm. A **SMARTVIEW™ 2.0**-nak köszönhetően a térfogat szabadon állítható 5 és 9 cm között, 5 mm-es lépésekben az expozíció előtt, összesen 36 lehetséges FOV méretet eredményezve.

Elérhető a következő verziókban:

- **PAN**
- **PAN + CEPH**
- **PAN + 3D (9x11 FOV)**
- **PAN + 3D (9x14 FOV)**
- **PAN + CEPH + 3D (9x11 FOV)**
- **PAN + CEPH + 3D (9x14 FOV)**

GERMAN INNOVATION AWARD '18

Részletekért látogasson el weboldalunkra!

KAVO Certified Partner
Instruments | Treatment Units | Imaging

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!)

GMT 62015 HU © Nobel Biocare Services AG, 2019. Minden jog fenntartva. A Nobel Biocare, a Nobel Biocare embléma és az összes egyéb márkanév a Nobel Biocare tulajdonát képezi, ha a márkanév tulajdonosa nincs feltüntetve, vagy a szövegkörnyezetből nem derül ki. További tudnivalókért keresse fel a www.nobelbiocare.com/trademarks oldalt. A termékképek nem feltétlenül méretarányosak. Jogi nyilatkozat: Előfordulhat, hogy egyes termékek nem minden piacon rendelkeznek forgalomba hozatali engedéllyel. Az aktuális termékválasztékunkkal és elérhetőségekkel kapcsolatban forduljon a Nobel Biocare helyi értékesítési irodájához. Kizárólag orvosi rendelvényre kapható eszköz. Figyelem: Az Egyesült Államok szövetségi törvényei értelmében ezt az eszközt csak engedéllyel rendelkező fogorvos által vagy ilyen orvos rendelvényére szabad árusítani. A termék felírásához szükséges információkat, így a javallatokat, ellenjavallatokat, figyelmeztetéseket és óvintézkedéseket a termék használati útmutatójában találja.

Nobel Biocare™



ÜDVÖZÖLJÜK A MUCOINTEGRATION™ KORSZAKÁBAN!

Meghódítjuk a felületi kémiában részt vevő sejteket.

Bemutatjuk a Xeal és a TiUltra felületeket! Ezek a forradalmian új felületek a galvanizálásban szerzett több évtizednyi tapasztalatunkból születtek meg. Átdolgozott kémiájuk és topográfiájuk minden szinten, a felépítménytől kezdve az implantátum csúcsáig optimalizálja a szövetek integrációját. Ezzel beléptünk a Mucointegration™ korszakába.



Az új Xeal felületet az On1™ Base közti elem és a Multi-unit Abutment felépítmény kapta meg, a TiUltra felületet pedig a legnépszerűbb implantátumaink, a NobelActive® és a NobelParallel™.

nobelbiocare.com/surface