Magyar Fogorvos

IX. Magyar Fogorvosnapok
2013. május 10-11.

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXII. évfolyam 2013/2.



Pappas Auto Magyarország Kft.

1133 Budapest
Kárpát u. 21.
Tel.: (06 1) 451 2200
Fax: (06 1) 451 2209

1117 Budapest
Hunyadi János út 6.
Tel.: (06 1) 463 7400
Fax: (06 1) 463 7406

6725 Szeged
Vásárhelyi Pál u. 15.
Tel.: (06 62) 553 999
Fax: (06 62) 553 991

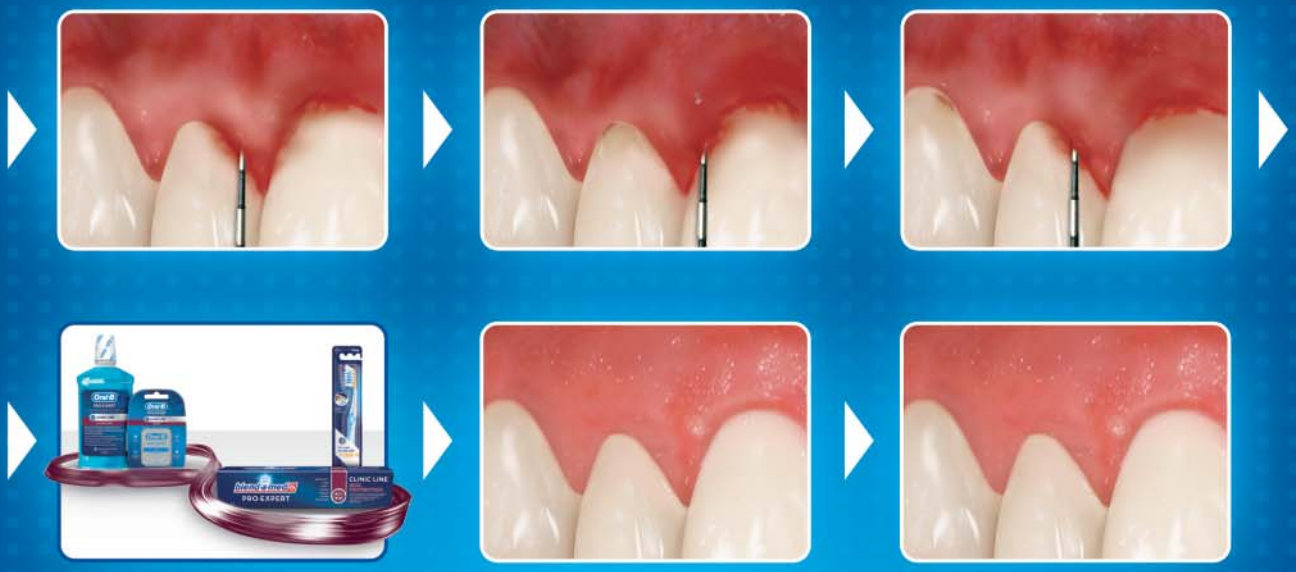
8000 Székesfehérvár
Seregélyesi út 131.
Tel.: (06 22) 889 180
Fax: (06 22) 889 189

4002 Debrecen
Mikepércsi út 73/B
Tel.: (06 52) 525 360
Fax: (06 52) 525 363

7630 Pécs
Koksz u. 125.
Tel.: (06 72) 539 539
Fax: (06 72) 539 540

www.pappas.hu

ORAL-B CLINIC LINE
ÍNYGYULLADÁS ELLENI SZÁJÁPOLÁSI CSOMAG



A ***CLINIC LINE*** CSALÁD ALKALMAZÁSA ELŐSEGÍTI AZ ÍNYGYULLADÁS LEKÜZDÉSÉT ÉS A KÖVETKEZMÉNYES ÍNYPROBLÉMÁK MEGELŐZÉSÉT



blend-a-med Oral-B CLINIC LINE GUM PROTECTION SYSTEM

Az *Oral-B Clinic Line* család az íny védelméért

A Pro-Flex fogkefe mechanikai, valamint a stabilizált ónfluorid kémiai hatása a fogselyemmel, valamint a szájvízzel együtt jól kiegészíti a fogorvosi kezelést.
A klinikailag bizonyított ínygyulladás elleni hatás már 4 hét alatt is érvényesül.

Folytatjuk a gondoskodást, mely a fogorvosi székben kezdődik.

blend-a-med RESEARCH Oral-B



Őszentsége, az elnök és a Húsvét reménye

Nehezen töri át magát a tavasz. A szélsőségesen zord időjárás azonban csak fokozza a tavaszvárás reményteli érzését. A Húsvét, a tavasz, a remény kézenfogva járnak, feléled a természet, kisarjad az élet. A feltámadás misztériuma is ezt az üzenetet hordozza.

A világ mindig odafigyel a Vatikánra, az Úr első szolgája meglepő, de nagyon is emberi döntésre szánta el magát. II. Benedek belső spirituális értékrendje szerint már nem volt képes arra az áldozatos szolgálatra, amelyet megválasztásakor vállalt magára egyháza és sok százmillió hívő érdekében. Amit a megfáradt test már nem tud, az erős lélek és az emelkedett szellem még megtehet. Lemondása talán a Húsvétot megelőző áldozat bemutatása lehetett a legmagasabb égi hatalom előtt.

Jó néhány éve Rómában voltam virágvasárnap. A város pompás díszbe öltözött, a hatalmas Santa Maria Maggiore templom előtt rögtönzött állványokon kínálták a színesebbnél színesebb virágkompozíciókat. A tömeg hömpölygött, az olajfaágaktól zöldellt a sokaság. Valami megfoghatatlanul felemelő látvány ragadta meg a bámészkodó turistákat. Ennek a zajos, bámulatba ejtő lelki emelkedettségnek drámai ellenpontját éltük meg este a Szent Péter téren. A bazilika előtt mindenféle nációból – főleg lengyelekből – kis csoportok verődtek össze és halkan imádkoztak. A sötét palota pápai lakosztályának egyedül világító ablakaira emelték időről-időre tekintetüket. II. János Pál búcsúzott a földi léttől, várta a befogadást. Rendíthetetlen hívei hálával és szeretettel akarták elkísérni utolsó útján. Merénylettől megsebezve, sok betegségtől szenvedve és elgyengülve mindvégig Isten és ember alázatos szolgája volt. Leírhatatlan népszerűsége utódjára nehezen viselhető örökséget hagyott.

A fehér füst felszállt, a pápaválasztó bíborosok Húsvétra új pápát ültettek Szent Péter trónjára. Úgy tűnik, a katolikus egyház megérezte és megértette az idők szavát, az újkori kihívások figyelmeztető jeleit; változást akar.

Őszentsége, Ferenc pápa a megválasztását követő első megjelenésekor a történelmi erkélyen természetességével, közvetlen egyszerűségével egy pillanat alatt megnyerte az izgatottan várakozó hívők rokonszenvét. Az általa küldött üzenet a világ minden nyelvén jól érthető. A világnak változnia kell, mert rossz irányba halad. A felszálló fehér füst elhomályosított mindent, a sokcsatornás, nemzetközi képi-nyelvi kommunikációt uralta a Vatikán.

Aznap este, ugyan háttérbe szorulva, de történt valami emlékezetes a mi „királyi” televíziónkban is. Váratlanul megszólalt a köztársasági elnök. Honfitársait megszólítva, egy aktuálpolitikai helyzeten felülemelkedve, világos üzenetet fogalmazott meg. Egyértelművé tette, hogy törvény szerint mi a dolga, mi a demokráciáról alkotott képe, és mire kötelezi elnöki esküje. „Megválasztásom pillanatában világossá tettem: ha száz jó törvényt kapok, százat írok alá. Ha száz rosszat, százat küldök vissza az Országgyűlésnek.” Majd hozzátette: „Egyértelmű alkotmányos kötelezettségem, hogy aláírjam… és kihirdessem. Függetlenül attól, hogy …kinek az ízlésével találkozik, és függetlenül attól, hogy ez tetszik nekem vagy sem.” Végül egy idézettel zárva kijelentette: „…Kölcsey hitvallása ad újra és újra erős támaszt, amely így szól: a haza minden előtt”. Államférfihez méltó szavakat, emelkedett gondolatokat közölt röviden, tömören megfogalmazva. Szóban néhány perc, leírva alig másfél oldal, olyan, mint egy „küldetési nyilatkozat”.

Csak remélni tudom, hogy átment az üzenet.

Dr. Gerle János
főszerkesztő

A szék mellett

57 Dr. Dézsi Anna Júlia, Dr. Kádár László, Dr. Károlyházy Katalin: Obturátoros teljes lemezes fogpótlás készítése maxilla-rezekált páciensnél
62 Dr. Zsigmond Ágnes, Dr. Károlyházy Katalin: Dentális trauma komplex ellátása
74 Edward A. McLaren, Yair Y. Whiteman: Kerámiák: melyiket válasszam?

MOK-figyelő

88 IX. Magyar Fogorvosnapok
89 Hivatalos közlemény
90 Ünnepi beszéd 2013. március 14-én
92 Barzó Tímea: A praxisjog megújulása 3. rész
94 Tájékoztatás pályázati támogatás odaítéléséről
96 Tájékoztató

Továbbképzés

97 Távoktatás

Szakfelügyelet

99 Állásfoglalás a „bazális” implantátumrendszerrel és a „PEEK” műanyag implantátumrendszerrel kapcsolatosan

Interjú

100 Új intézet a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet

Könyvismertetés

102 Orosz Mihály: A fogászati asszisztensek és dentalhigiénikusok tankönyve

Új termékek

105 Megszokott minőség, új méret; Calcicur

Kulturális ajánló

106 Tavaszi kiállítások

A rovatokat gondozzák:

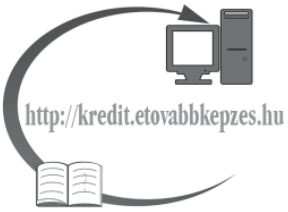
A szék mellett: Dr. Gerle János; **Esztétikai fogászat:** Dr. Borbély Judit, Dr. Dombi Csaba; **Implantológia:** Dr. Czinkóczky Béla; **Távoktatás:** Dr. Kispély Barbara; Dr. Nagy Gábor; **MOK-figyelő:** Dr. Gerle János, Dr. Hermann Péter; **Jogszabályok:** Dr. Hermann Péter; **Nemzetközi kapcsolatok/sajtófigyelő:** Dr. Kalocsai Katalin, Dr. Linninger Mercedes; **Új termékek:** Dr. Kalocsai Katalin

Magyar Fogorvos
A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXII. évfolyam, 2013/2.

A MAGYAR ORVOSI KAMARA FOGORVOSI TAGOZATÁNAK LAPJA
2013/2.

Kiadja: Yoter Publishing Kft.
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 7.
Telefon: 858-7694, ***Fax:*** 858-7691
Internet: www.yoter.hu
E-mail: magyarfogorvos@yoter.hu
Felelős kiadó: Doffek Tamás ügyvezető igazgató
Főszerkesztő: Dr. Gerle János
Főszerkesztő-helyettes: Dr. Hermann Péter
Szakmai szerkesztő: Dr. Dombi Csaba
Szerkesztőbizottság: Dr. Vágó Péter (elnök), Dr. Borbély Judit, Dr. Dombi Csaba, Dr. Fejérdy Pál, Dr. Gábris Katalin, Dr. Gorzó István, Dr. Hegedűs Csaba, Dr. Herczeg Olga, Dr. Horváth János, Dr. Kádár László, Dr. Kelentey Barna, Dr. Kispély Barbara, Dr. Kivovics Péter, Dr. Márton Ildikó, Dr. Nagy Gábor, Dr. Nagy Katalin, Dr. Orosz Mihály, Dr. Radnai Márta, Dr. Redl Pál, Dr.Tóth Vilmos
Szerkesztő: Révészi Valéria
Tördelőszerkesztő: Giczi Gyula
Szerkesztőségi asszisztens: Horváth Tímea
Hirdetésfelvétel: a szerkesztőségben
Nyomdai kivitelezés: Pauker Nyomdaipari Kft.
Felelős vezető: Vértes Gábor (www.pauker.hu)
Példányonkénti ára: 1650 Ft
Megjelenik: kéthavonta
Belföldi előfizetés:
Media-Log Zrt.
Megrendelés és reklamáció:
telefonon: (06-80) 106 000 (minden vonalas hívó számára ingyenes)
emailben: ugyfelszolgalat@media-log.hu
honlapon: www.media-log.hu
Kiadóban: Yoter Publishing Kft.
Telefon: 858-7692
E-mail: simon@yoter.hu
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:
Tel.: (1) 858-7692
E-mail: simon@yoter.hu
A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.
ISSN: 1216-2213

»OBSERVER«
A MÉDIAFIGYELŐ



Távoktatás

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Bizottsága távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája, melyekre vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://kredit.etovabbkepzes.hu internetes oldalon olvashatók.

Obturátoros teljes lemezes fogpótlás készítése maxilla-rezekált páciensnél

Esetismertetés

Dr. Dézsi Anna Júlia, Dr. Kádár László, Dr. Károlyházy Katalin
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Fogpótlástani Klinika

Bevezetés

A defektusok okát két nagy részre oszthatjuk, congenitalis malformatio vagy trauma, műtét. A legtöbb intraoralis defektus a maxillát érinti, mely lehet antro-nasalis vagy oro-nasalis érintettségű. A cikkben a sebészeti kezelésként visszamaradt defektusokat tárgyaljuk. A defektus mérete variábilis, az egészen kicsi járattól a kemény és/vagy a lágy szájpad érintettségéig.[1]

A rehabilitáció célja, hogy visszaállítsa vagy javítsa a táplálkozást, a beszédet, az esztétikát.[2] A protézist ezekben az esetekben obturátornak hívjuk. Az obturátor (latin: obturo) egy olyan lemez, kölönc vagy tömb, ami mesterséges anyaggal lezárja a visszamaradt defektust.[1]

A maxilla defektusok protetikai megoldása jól dokumentált történelmi időkre nyúlik vissza. Ambroise Pare az 1500-as években használt először művi lezárást. Claude Martin 1875-ben írta le a műtéti obturátor jelentőségét, Fry 1927-ben a műtét előtti lenyomat előnyeit, Steadman 1956-ban egy akrilát protézis guttapercha kiegészítéssel való alkalmazását maxillectomia után. [3]

Az obturátorok indikációja

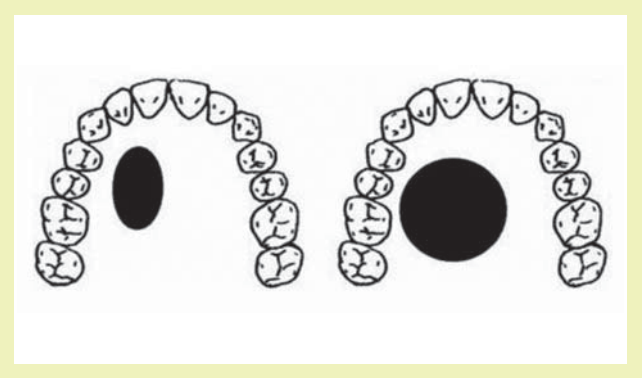
- használhatják sebészi segédeszközként, hogy megfelelő formát alakítsanak ki,
- ideiglenes protézisként a műtétek között,
- segíti a páciens közösségbe való beilleszkedését,
- ha a defektus primer zárása sebészetileg nem lehetséges,
- ha páciens életkora nem teszi lehetővé a sebészi zárást,
- ha a defektus méretéből adódóan nem lehet sebészileg zárni,
- ha anatómiailag kontraindikált a sebészi zárás.

A fogpótlástani terápia három szakaszra választható szét. A sebészi záró lemezre, az ideiglenes fogpótlásra és a definitív fogpótlásra.[2, 4] A cikkben a végleges fogpótlások típusaira térünk ki.

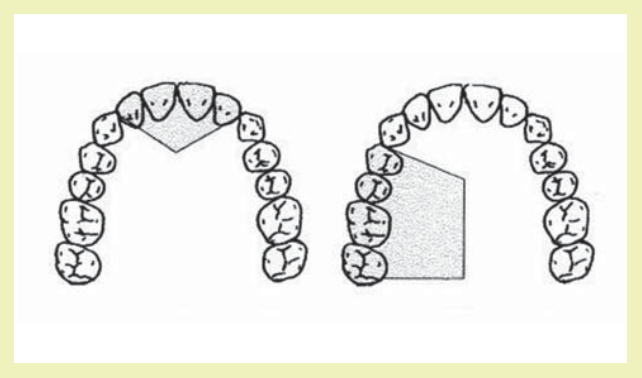
Körülbelül hat hónappal a sebészi kezelés után lehet hozzákezdeni a fogpótlás elkészítéséhez. A lezárás kialakítása a legfontosabb mozzanat. A lezárási vonal a gyógyulás folyamán körülbelül egy évvel a műtét után folyamatosan változhat, így szükséges a páciens minél többszöri kontrollja. A változást főleg a lágy szövetek alakulása okozza.[5]

Azokban az esetekben ahol még vannak maradó fogak, és protetikai szempontból megfelelő azok száma és elhelyezkedése, akkor viszonylag könnyebb a fogpótlás retencióját biztosítani. Aramany hat különböző osztályt javasolt a részleges lemezes fogpótlások készítéséhez.[9-10] A fogpótlásnak két fő részét különböztetjük meg: az alaplemezt, mely az elmozdító erők ellen tart, és az obturátort, mely a defektusba beterjed.

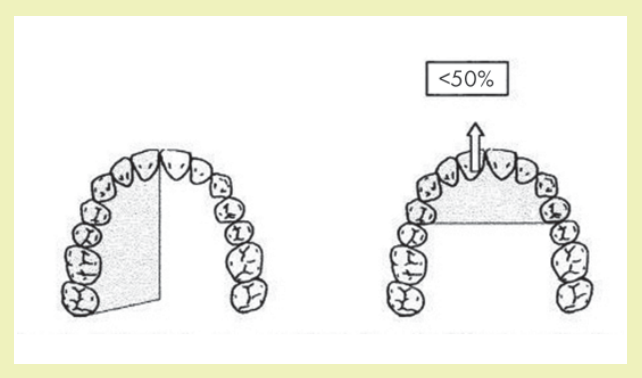
I. a. osztály: A defektus csak a kemény szájpadot érinti, a fogak megtartottak. A terápia lehet protetikai: obturátorral, és sebészi: fasciocutan szabad lebennyel.[11]



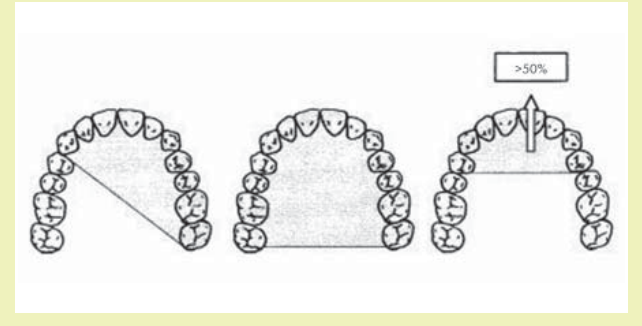
I. b. osztály: A defektus a processus alveolare maxillae premolárisok és molárisok tájékát vagy a premaxillát foglalja magába. Az ellátása történhet fasciocutan lebennyel, majd kombinált fogpótlással kivehető pótlással; melynek az obturátor része beterjed a defektusba; teljes fogatlanság esetén pedig az implantátumok biztosíthatnak megfelelő elhorgonyzást.[11]



II. osztály: A defektus a középvonalat nem lépi át, a transzverzális palatectomia a kemény szájpad maximum 50%-át érinti. Ellátása nagyon sokszínű.[11]



III. osztály: A defektus a kemény szájpad több mint 50%-át érinti.[11]



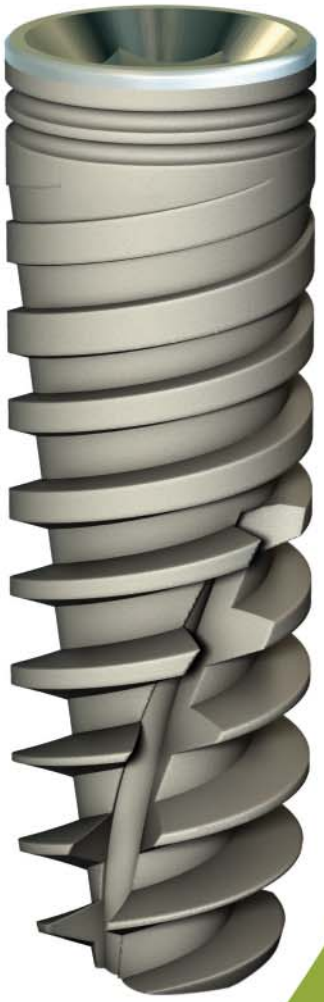
A maxilla-rezekált páciensek teljes lemezes fogpótlásának készítésénél, ha oro-nazális vagy oro-antrális kommunikáció marad vissza, a legnagyobb problémát a fogpótlás retenciójának kialakítása okozza.[6] Mivel szelepszerű lezárást ilyenkor nem tudunk elérni, ezért törekszünk a nyílás belső felszínét is lemintázni, és a fogpótlást beterjeszteni.[7] Felső obturátoros teljes lemezes fogpótlásnál fontos szempont a fogpótlás tömege, a retenció, a stabilitás és a páciens kényelme. A fogpótlások tömege sokszor elmozdító faktorként szerepel.[8] A nagy kiterjedésű obturátok belseje a súly csökkentése érdekében üreges kialakítással rendelkezhet. A rezekált terület nagyságától függően az elkészült fogpótlás lehet egy- vagy többrészes.[9] Az akrilát protézis porózus szerkezete miatt az üreges obturátorok az idő előrehaladtával megtelnek folyadékkal, ezáltal növekszik tömegük, és bűzössé, kellemetlenné válnak. Ez kétrészes vagy fölfelé nyitott obturátorok kialakításával kerülhető el.

A fogfelállításnál a megfelelő esztétika eléréséhez nagy gondot kell fordítani arra, hogy a rezekált területeket a műíny harmonikusan kitöltse, és az arc lágyrészeinek alátámasztását is biztosítsa.[12] A tumorrezekált páciensek helyreállító protetikájában sokszor a legnehezebb feladat a miofunkció helyreállítása, azon izmok ismételt működése, melyeknek a beidegzése a műtét során megsérült. Emellett nagy gondot kell fordítani a pácienst ért lelki traumára, amit a visszamaradt hegek, elváltozott arcvonások, étkezési és kommunikációs problémák okoznak.[13]

Esetbemutatás

A Klinikán jelentkező 88 éves nő páciens általános anamnézisében hypacusis és invazív carcinoma szerepelt. A nagyfokú hipacusis a kommunikációt nagyban nehezítette, ezért családtag bevonása vált szükségessé. 1989-ben gombostűfej nagyságú invazív carcinomát diagnosztizáltak a kemény és a lágy szájpad határán, melyből aspirációs citológiát vettek. Műtétet javasoltak, amit a beteg családi okokra hivatkozva elutasított. 1994-ben spontán jelentkezett, ekkor rezekálták a tumort a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Fej-, Nyaksebészeti Tanszékén. A műtét után a

SPI Az Eredeti Spiral Implantátum



98.3% sikerességi arány *

AlphaBio TEC Simplantology

* 648 implantátum 4 éves utánkövetéses vizsgálata alapján.
Elsődleges jelentés a 2007-es Las Vegas-i Világkonferencián Benny Karmon DMD, Jerry Kohen DMD, Ariel Lor DMD, Yiftach Gratciany DMD Tsvi Laster, DMD, Gideon Hallel DMD, MPA, Tsvia Karmon által bemutatott, a SPIRAL implantátumra vonatkozó retrospektív multi-centrikus tanulmányból

Kizárólagos magyarországi forgalmazó:

Alpha Implant Kft.

Alpha implant

1027 Budapest
Horvát u. 14.-24.

Tel.: 1/882-0313
Fax: 1/299-0799
Mobil: 20/299-6700

www.alphaimplant.hu
info@alphaimplant.hu

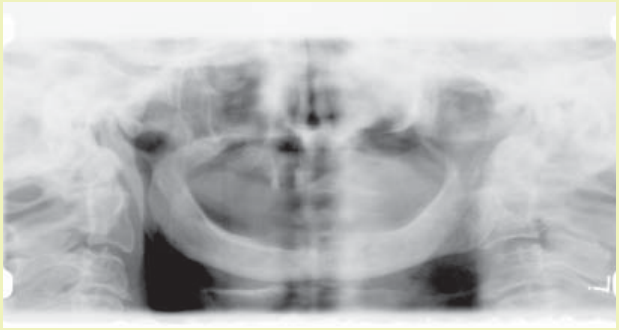
www.alpha-bio.net

páciens sugárterápiában részesült. A szövettani diagnózis carcinoma invasivum cylindromatosus partim cribroform partim adenoid cysticum volt.

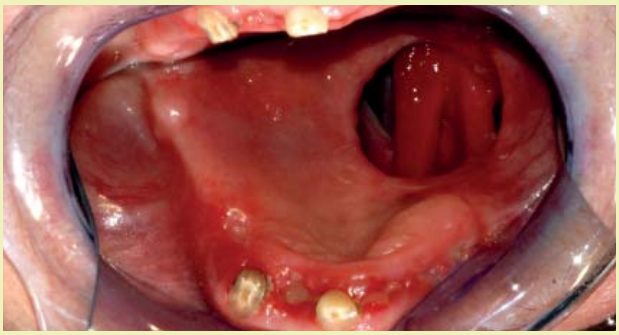
Az akkori fogpótlást szintén a Klinikán készítették *(1. ábra)*. Héttagú fémkerámia sín, 14, 23 fogakon frézelt vállal, precíziós elhorgonyzás [Vario kugel (Bredent, Halle)] pátrix részével és a hozzá kapcsolódó öt fogas dento-mucosalis megtámasztású, pillangó alakban redukált részleges lemezes fogpótlás, a frézelt vállba illeszkedő orális támasztékkal, valamint a precíziós elhorgonyzás mátrix részével. Az alsó állcsontra tizenkét fogas teljes lemezes fogpótlás készült. A beteg ezt az első találkozáskor magával hozta.



1. ábra: A páciens előző fogpótlása



2. ábra: Kiindulási orthopantomogram



3. ábra: Felső állcsont kiindulási állapot



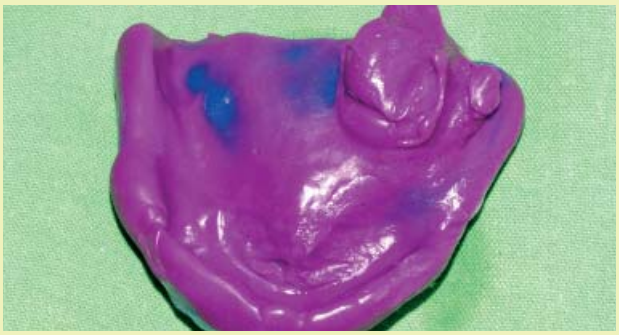
4. ábra: Alginálttal vett anatómiai lenyomat a géztamponnal

A páciens kiindulási státusza *(2. ábra)* a Fábián- és Fejérdy-féle foghiánybeosztás szerint a felső állcsonton 2A/1 osztály *(3. ábra)*, az alsó állcsonton teljes fogatlanság volt. A képen jól látható a műtét után visszamaradt, körülbelül 2,5 cm nagyságú oro-nasalis kommunikációs nyílással az antrum felé. Az 11 és az 13 radix eltávolítása mellett döntöttünk. Ezután három hónap nyugalmi idő következett. Ezen idő alatt a páciens nem viselt fogpótlást. Az étkezések alkalmával megtanulta az üreget lezárni a nyelvével.

A kezelési terv a felső állcsontra tizenkét fogas obturátoros teljes lemezes, az alsó állcsontra szintén tizenkét fogas teljes lemezes fogpótlás volt.

Az anatómiai lenyomatnál a rezekciós üreget gézzel tamponáltuk *(4. ábra)*, ami megakadályozta az alginát beáramlását az orrüregbe. Az elkészült anatómiai mintán az egyéni kanál határait a páciens egyidejű vizsgálata mellett rajzoltuk be. Az egyéni kanál fogfaviasszal (csíkviasz) való befunkcionálása után közepes konzisztenciájú poliéter típusú lenyomatanyagot használtunk *(5. ábra)*. A lenyomat a rezekciós üreg szélét is lemintázta, így segítve a majdani fogpótlás retencióját.

A centrális okklúziót fényre kötő alaplemezű harapási sablonnal határoztuk meg *(6. ábra)*. Mivel a páciens az



5. ábra: Poliéter típusú lenyomatanyaggal vett funkciós lenyomat



6. ábra: Centrális okklúzióban rögzített harapási sablonok

Irodalom

1. Chalian Halian, V.A. & Barnett Arnett, M.O.: A new technique for constructing a one-piece hollow obturator after partial maxillectomy. Journal of Prosthetic Dentistry (1972), 28, 448.
2. Beumer Eumer III, J., Curtis Urtis, T.A. & Firtell Irtell, D.N.: Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and surgical considerations
3. Desjardins Esjardins, R.P.: Obturator prosthesis design for acquired maxillary defects. Journal of Prosthetic Dentistry (1978), 39, 424.
4. Wiens J.P.: Acquired maxillofacial defects from motor vehicle accidents: Statistics and prosthodontic considerations. Journal of Prosthetic Dentistry (1990), 63, 172.
5. Zarb, G.A.: The maxillary resection and its prosthetic replacement. Journal of Prosthetic Dentistry (1967), 18, 265.
6. Aramany MA.: Basic principles of obturátor design for partially edentulous patients. Part I: classification. J Prosthet Dent 1978;40:554-7.
7. Aramany MA.: Basic principles of obturátor design for partially edentulous patients Part II: design principles. J Prosthet Dent 1978;40:656-62
8. Desjardins RP.: Obturator prothesis design for aquired maxillary defects. Journal of Prostetic Dentistry 1978; 39; 424-435
9. Devin J. Okay, Eric Genden, Daniel Buchbinder, Mark Urken: Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: A classification system of defects Journal of Prosthet Dent 2001;86:352-63.
10. Kiener P, Oetterli M, Mericske-Stern R.: Limits of total prostheses in resected patients. Case report. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2004;114(2):124-35.
11. Eric S. Asher, Jason J. Psillakis, John D. Piro, Robert F.: Wright: Technique for quick conversion of an obturator into a hollow bulb, The Journal of Prosthetic Dentistry 2001 4; 85, number 4
12. Niraj Mishra, Pooran Chand, and Raghuwar Dayal Singh: Two-Piece Denture-Obturator Prosthesis for a Patient with Severe Trismus: A New Approach Journal of Indian Prosthodont Society 2010 December; 10(4): 246–248
13. D.V Antoniou, DDS, MS, J.A Toljanic, DDS, L Graham, DDS: Obturator prosthesis retention for edentulous patients with large palatal defects: a clinical report. Journal of Prostetic Dentistry 1996, 76, Pages 227–229
14. Süha Türkaslan, Timuçin Baykul, M Asım Aydın and M Mustafa Özarslan1.: Influence of immediate and permanent obturators on facial contours: a case series Cases Journal 2009, 2:6
15. Abhilasha S Bhasin, Virendra Singh, Sneha S Mantri: Indian Journal of Palliative Care 2011;17(1): 70-73
16. Sneha Mantri and Zafrulla Khan (2012): Prosthodontic Rehabilitation of Acquired Maxillofacial Defects, Head and Neck Cancer, Dr. Mark Agulnik (Ed.), ISBN: 978-953-51-0236-6, InTech, DOI: 10.5772/31562. Available from: http://www.intechopen.com/books/head-and-neck-cancer/prosthodontic-rehabilitation-of-acquired-maxillofacial-defects

előző kombinált fogpótlásának a színével elégedett volt, így ahhoz hasonló fogszínt választottunk. A fogfelállításnál figyelembe kellett venni a megváltozott lágyrész-viszonyokat. A jobb hátsó régióban a processus alveolarist teljes egészében eltávolították, így nagyobb műínyt kellet kialakítani *(7. ábra)*.

Az elkészült fogpótlást puhán maradó szilikonnal [Ufigel SC, (VOCO, Cuxhaven)] béleltük alá, hogy javítsuk a fogpótlás szelepszerű lezárását, valamint retencióját *(8-9. ábra)*. A szilikont három-négyhavonta cserélni kell, melyre felhívtuk a páciens figyelmét is.

A páciens a rövid távú és a hosszú távú kontrollon megjelent, a fogpótlást panaszmentesen viseli.

Konklúzió

A tumorrezekált páciensek ellátása nagy odafigyelést és szaktudást igényel. Az átgondolt, pontos tervezés és a megfelelő kommunikáció a páciensekkel elengedhetetlen a sikeres fogpótlás készítése érdekében. Ma Magyarországon sajnos kevés olyan intézmény van, ahol ezeket a betegeket, a legsúlyosabb eseteket szakszerűen el tudják látni.

A fej-nyak sérült, daganateltávolítás után protetikai rehabilitációra szoruló páciensek ellátásához speciális felkészültségű orvoscsoport tagjainak az együttműködésére lenne szükség ahhoz, hogy a betegek a lehető legjobb ellátáshoz jussanak. A team tagjai: fül-orr-gégész, onkológus, radiológus, maxillofacialis sebész, protetikus, beszédterapeuta, pszichológus, szakképzett ápolók. [9,16]



7. ábra: Fogpróba az artikulátorban



8. ábra: Az elkészült fogpótlás



9. ábra: Szilikonnal való kiegészítés után

Távoktatás

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Bizottsága távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája, melyekre vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://kredit.etovabbkepzes.hu internetes oldalon olvashatók.

Dentális trauma komplex ellátása

Esetismertetés

Dr. Zsigmond Ágnes, Dr. Károlyházy Katalin
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Fogpótlástani Klinika

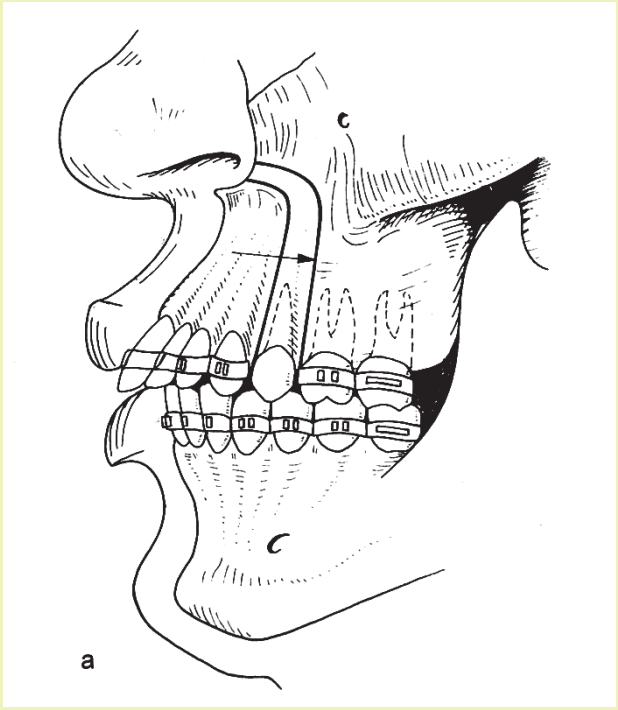
A dentális trauma – a legjobb szándék és a legnagyobb erőfeszítések ellenére is – a fogak elvesztéséhez vezethet. A felső frontfogak sérülnek leggyakrabban, elvesztésük nehezen megoldható esztétikai és funkcionális problémát okoz.

A klinikán jelentkező 30 éves hölgypácienünk anamnézisében fogászati kezelést befolyásoló tényező nem volt. A sztomatoonkológiai szűrés és a TMI vizsgálat során sem észleltem eltérést.

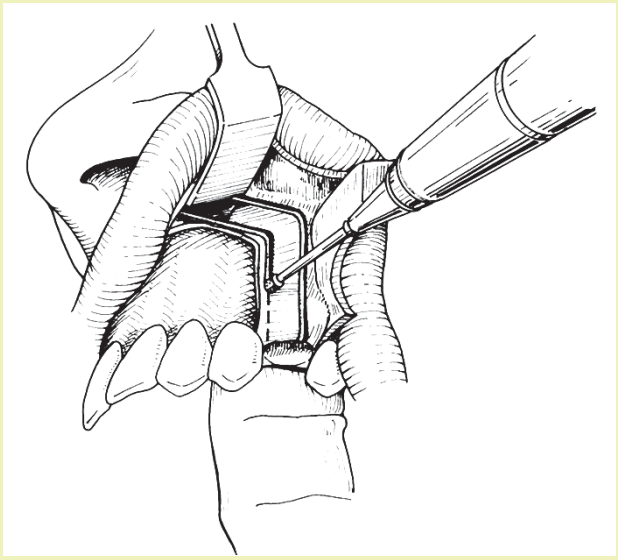
A fogászati anamnézis kiemelkedő momentuma a négy évig tartó fogszabályozó kezelés, amelyet a felső állcsont prognathiájának és az alsó állcsont retrognathiájának *(1/a-b. ábra)* kezelése céljából folytattak.[1] Az eltérés súlyossága miatt a konzervatív kezelés nem bizonyult elégségesnek, így a pácienst mindkét állcsonton végzett műtétekre készítették elő. Helyteremtés céljából mind a négy első kisőrlőt eltávolították,[2] és megtervezték a későbbi okklúziót, műtéti sablont készítettek. 2007-ben végezték el a maxilla frontális segment osteotomiáját (Köle szerint) és bilaterális sagittalis mandibula ramus osteotomiát (Obwegeser – Dal Pont szerint).[3-4] Az eset tervezését, orthodontiai



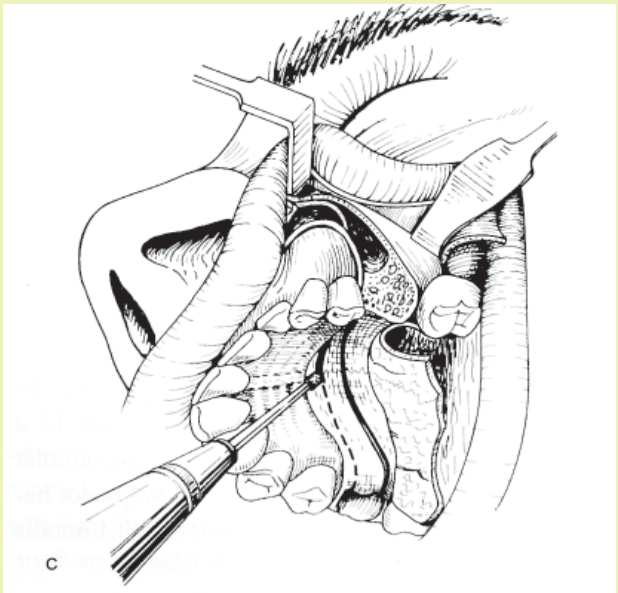
1/a–b. ábra: A páciens profilképe a fogszabályozó kezelés közben. Az eset tervezését, orthodontiai előkészítését dr. Kernács Ilona végezte (Heim Pál Gyerekkórház Állcsont Orthopaediai és Fogszabályozó Osztály)



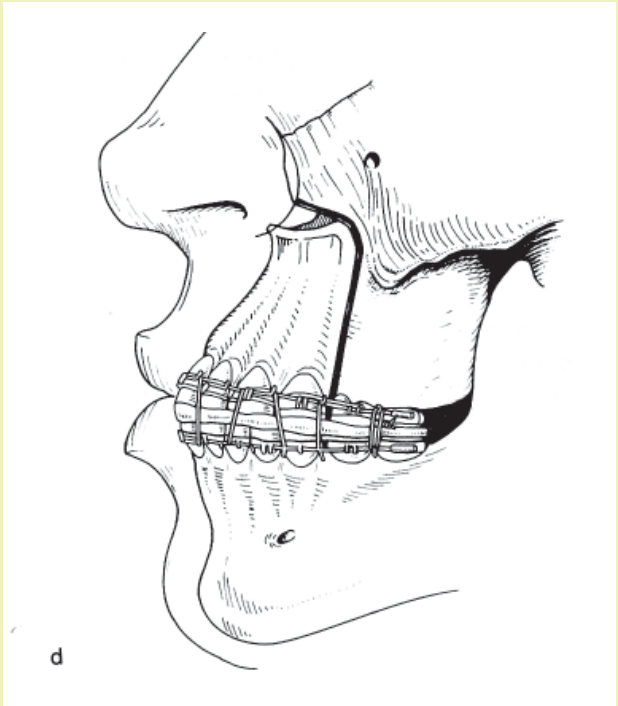
2/a. ábra: A maxilla frontális segment osteotomiája során a fogak tengelyében ejtett vertikális metszésből feltárják a maxilla elülső falát az apertura piriformisig[4]



2/b. ábra: A feltárás közben eltávolítják az első kisőrlő fogakat mindkét oldalon[4]



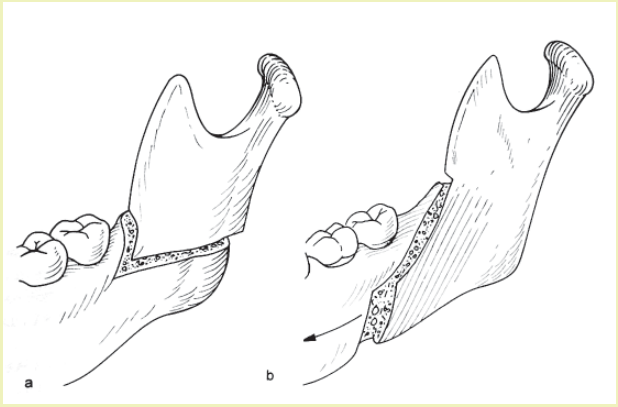
3. ábra: A palatinalis nyálkahártyát hídlebenyszerűen alápreparálják[4]



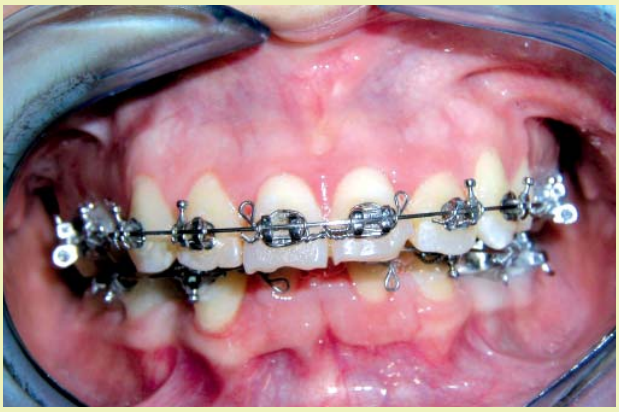
4. ábra: A modellnek megfelelő ék alakú csontot vágnak ki a maxillából, és a felszabadított frontterületet hátrahelyezik[4]

előkészítését dr. Kernács Ilona (Heim Pál Gyerekkórház Állcsont Orthopaediai és Fogszabályozó Osztály), a műtéteket pedig dr. Tóth Bagi Zoltán szájsebész szakorvos végezte. A prognathiát célzó standard műtét protokollja már a múlt század közepén kialakult, majd az ötvenes években Köle módosította, azóta az ő módszerét alkalmazzák világszerte.[4-5,17] A prognathia a tapasztalatok szerint műtéttel sikeresen és biztonságosan megszüntethető, habár bizonyítékokon alapuló végső következtetéseket nem vonhatunk le a lágyrészprofil megváltoztatására vonatkozóan nagyszámú esetelemzés hiányában.[8]

A maxilla frontalis segment osteotomiája során a fogak tengelyében ejtett vertikális metszésből feltárták a maxilla elülső falát az apertura piriformisig *(2/a-b. ábra),* majd a palatinális nyálkahártyát hídlebenyszerűen alápreparálták *(3. ábra)*, és a modellnek megfelelő ék alakú csontot vágtak ki a maxillából *(4. ábra),* ezután a felsza-



5. ábra: A bilateralis sagittalis ramus osteotomia (Obwegeser-Dal Pont szerint) során a ramuson végzett sagittalis irányú metszéssel az egész állkapocstest mobilissá válik[4]



6. ábra: A páciens intraorális képe a fogszabályozás közben

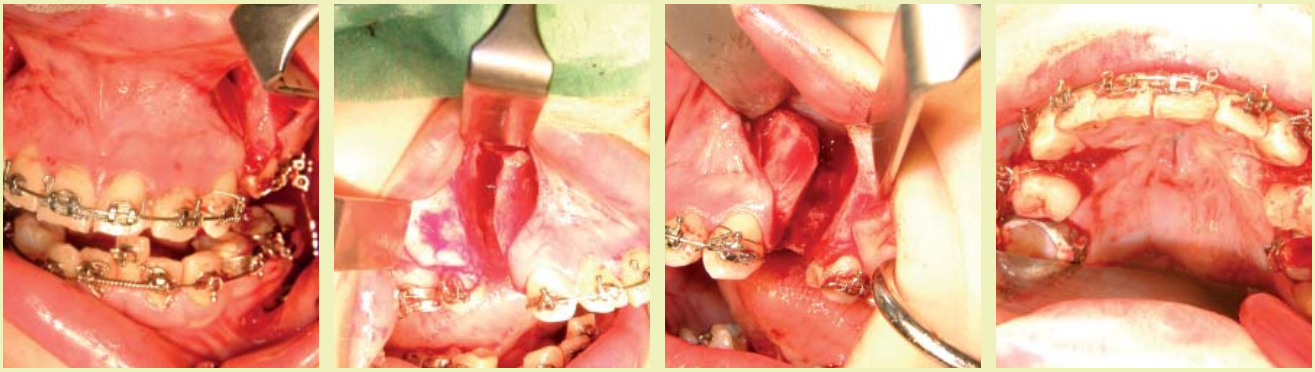




7/a–b. ábra: A műtétekre előkészített páciens

badított frontterületet hátrahelyezték és rögzítették. A bilateralis sagittalis ramus osteotomia (Obwegeser-Dal Pont szerint) során a ramuson végzett sagittalis irányú metszés segítségével az egész állkapocstest a benne ülő fogazattal együtt mobilissá válik, akár 15 mm-re is mozgatható lesz sagittalis és vertikális irányban *(5. ábra).*[3-4] A következő ábrákon a műtétekre előkészített páciens fotói láthatók *(7/a-b. ábra),* továbbá a műtét lefolyása is követhető *(8/a-f. ábra).*

A műtét során a törvégeket minilemezek és csavarok segítségével rögzítették egymáshoz. A rögzítés során a képeken látható műtéti sablon segített az új okklúzió megteremtésében. A műtétet követően a felső és az alsó állcsontot gumiligatúrákkal rögzítették, így azokat a páciens maga is el tudta távolítani *(9. ábra).* A sebészi rész befejezése után a műtéti eredményt a rögzített fogszabályozó készülékkel tovább korrigálták *(10/a-b. ábra).*[6-7]



8/a–f. ábra: A műtétek során készült felvételek. A műtéteket dr. Tóth Bagi Zoltán szájsebész szakorvos végezte



9. ábra: A műtétet követően a felső és az alsó állcsontot gumiligatúrákkal rögzítették

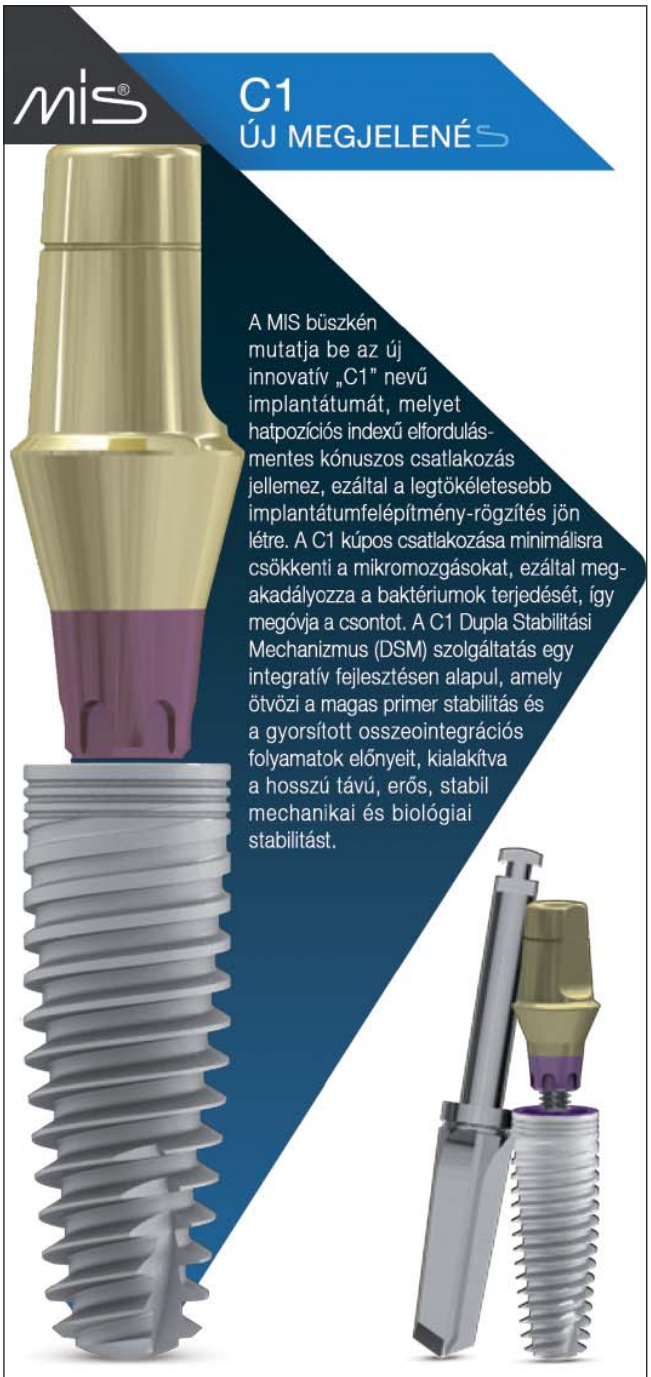




10/a–b. ábra: A sebészi rész befejezése után a műtéti eredményt a rögzített fogszabályozó készülékkel tovább korrigálták







Követve a „Csináljuk egyszerűen" filozófiát a MIS büszke arra, hogy elsőként kínál egy átfogó eszközkészletet, amely az alábbiakat foglalja magába:

- az egyszer használatos végső fúrót,
- a záró csavart,
- az ideiglenes felépítményt

minden egyes C1 implantátumhoz, s így megoldást kínál az összes klinikai esethez.
Részletekkel kapcsolatban látogasson el weboldalunkra:
www.misimplants.hu
MERFOL KFT. 1037. Budapest, Bécsi út 250.
T.: 439-1300

MIS® HUNGARY
Make it Simple



11/a–b. ábra: A konzervatív és sebészi kezelés után készített képeken látható a páciens profiljában beállt változás. (A műtét előtt, közben és után készült fotókat a páciens bocsátotta rendelkezésemre.)





12/a–b. ábra: A felvételek közvetlenül a páciens klinikánkra kerülése után készültek



13. ábra: A drótligatúrák nem biztosították a fogak sínezését, és teljesen felcsúsztak a fogak nyaki területére





14/a–b. ábra: A drótligatúrák eltávolítása után üvegszálas erősítésű kompozit sínt helyeztünk fel

A konzervatív és sebészi kezelés után készített képeken látható a páciens profiljában beállt változás *(11/a-b. ábra)*.
A páciens, klinikára kerülése előtt három nappal baleset szenvedett. Az enyhe agyrázkódáson túl a jobb felső és bal felső egyes fogak totális, a bal felső kettes partialis luxatiót szenvedett, továbbá hámsérülések is keletkeztek *(12/a-b. ábra)*. A kiindulási arcfelvételeken jól láthatók a már gyógyulóban lévő sérülések. Mivel a felhelyezett drótligatúrák nem biztosították egyáltalán a fogak sínezését, és teljesen felcsúsztak a fogak nyaki részére *(13/a-b. ábra)*, a pácienst klinikánkra utalták. A jobb felső egyest a baleset utáni közvetlen ellátáskor nem sikerült az alveolusba teljesen reponálni, így az extrudált és elongált állapotban volt, amelyen ennyi idő után már nem tudtunk változtatni. A páciens alig tudta összeérinteni ajkait, így a palatinális sínezés mellett döntöttünk. A drótligatúrák eltávolítása után üvegszálas erősítésű kompozit sínt helyeztünk fel *(14/a-b. ábra)*.
A páciens felvételekor a frontfogak prognózisa igen gyenge volt, hiszen a baleset utáni ellátásakor nem a fogak és az arc sérülései voltak az elsődlegesek, ezért a fogak több órát töltöttek az alveoluson kívül. Az első napokban felhelyezett drótligatúra sem biztosított rögzítést a traumát szenvedett fogak számára.

Kihagyhatatlan lehetőségek a Zhermack kizárólagos magyarországi forgalmazójától



ZETAPLUS CSOMAG

(Putty 900 ml + Oranwash L + Indurent Gel + 1 keverőlap)
vásárlásakor most ajándékba adunk egy Tropicalgin alginátot!

A csomag ára bruttó 11 555 Ft.
Az ajándék értéke bruttó 2 020 Ft.



ELITE HD+ PUTTY NORMAL/FAST

(250 ml alap + 250 ml katalizátor)
Az ára most bruttó 13 700 Ft.

(2× 450 ml alap + 450 ml katalizátor)
Az ára most bruttó 44 690 Ft.

ELITE HD+ LIGHT NORMAL/FAST

(2 × 50 ml + 12 db keverőcső)
Az ára most bruttó 9 030 Ft.

OCCLUFAST ROCK (2 × 50 ml + 12 db keverőcső)

- A-szilikon harapásrögzítéshez
- Végső keménység: 95 Shore-A
- Gyors: 60 mp a páciens szájában
- Tixotropikus
- Ibolyaszínű

Az ára most bruttó 8 800 Ft.



COLORBITE ROCK (2 × 50 ml + 12 db keverőcső)

- Színváltós A-szilikon harapásrögzítő
- Hőérzékeny pigmenteket tartalmaz
- Hosszú ideig mérettartó, fertőtlenítés után is
- Extra gyors: 45 mp a szájban
- Kötés után ellenőrzésre visszahelyezhető a szájba
- Nagyfokú pontosság
- Egyszerűen kidolgozható
- Kötés után különösen kemény: 95 Shore-A
- Tixotropikus
- Málna illatú
- 23 °C-on lila, 30 °C felett rózsaszínű

Az ára most bruttó 10 745 Ft.



COLORBITE D (2 × 50 ml + 12 db keverőcső)

- Színváltós harapásrögzítő
- Hőérzékeny pigmenteket tartalmaz
- Kötés után különösen kemény: 45 Shore-D
- Nagyfokú pontosság
- Hosszú ideig mérettartó, fertőtlenítés után is
- Gyors: <60 mp a szájban
- Kötés után ellenőrzésre visszahelyezhető a szájba
- Egyszerűen kidolgozható
- Lime illatú
- 23 °C-on zöld, 30 °C felett sárga

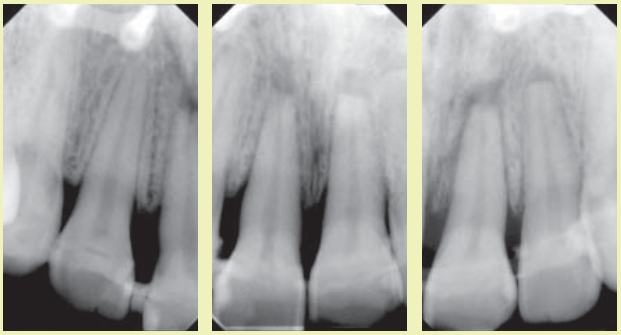
Az ára most bruttó 10 745 Ft.



TANÚSÍTVA ISO 9001 EQM EUROPEAN QUALITY MANAGEMENT

HERBODENT®

1025 Budapest, Szépvölgyi út 52.
Tel.: 325-7129 Tel./fax: 325-7220
Mobil: 30/203-6957, 30/241-5737
E-mail: herbodent@mail.datanet.hu
www.herbodent.hu



15. ábra: A kezdeti periapicalis röntgenfelvételek

A három nap elteltével készült intraorális fotón látható, hogy az íny állapota javulni kezdett. A fogak elhalása várható volt a repozíció után egy héttel, hiszen a gyökérfejlődés rég befejeződött.[9]

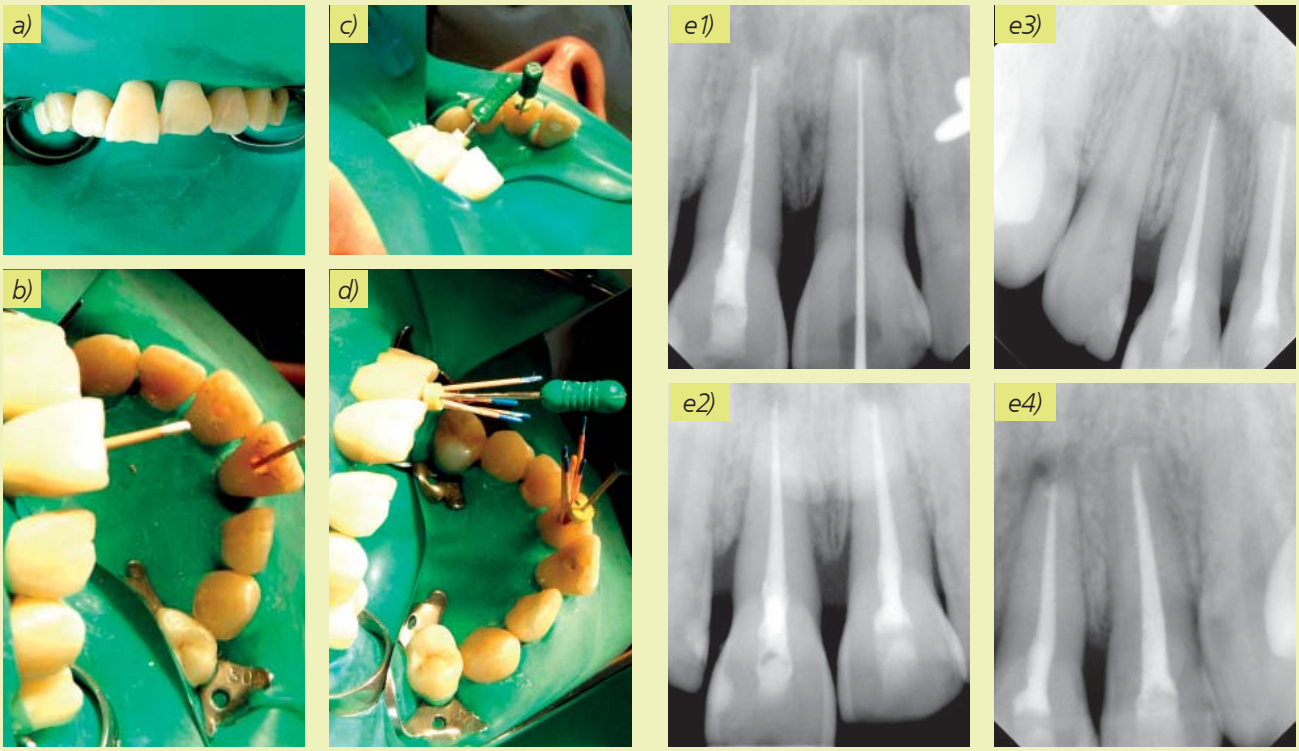
A kezdeti periapicalis röntgenfelvételeken *(15. ábra),* amelyeket már az újra sínezés után készítettünk, megfigyelhető a gyökércsúcs ellapultsága. A jelenség a traumát szenvedett fogakon és a szomszédos fogakon is megfigyelhető, így az nem a balesettel állhat összefüggésben. A szakirodalomban azonban utalnak arra, hogy a felnőttkori fogszabályozás során, már befejezett gyökérfejlődésű fogak mozgatásakor felléphetnek a pulpa degeneratív vagy gyulladásos folyamatai. Hosszan tartó fogmozgatások során a pulpát érő hatások a neurovascularis rendszeren keresztül érvényesülnek. Ezek során olyan neurotransmitterek (neuropeptidek) szabadulhatnak fel, amelyek a vérkeringést és a sejtanyagcserét befolyásolják. A folyamat végeredménye pedig a gyökércsúcs átalakulása vagy felszívódása lesz.[10-12]

Szenzibilitásvizsgálatot minden egyes kontroll alkalmával végeztünk, kezdetben a jobb felső egyes kifejezett érzékenységet mutatott, csak később halt el, a bal felső egyes és kettes fogak esetében már az elején negatív eredményt kaptunk. A bal felső kettes fog esetében az eredmény végig pozitív maradt. A negatív eredményű fogakon gyökérkezelést indikáltunk *(16/a-e. ábra).*

A totális és partialis luxatiót szenvedett fogak gyógyulása során több szövődménytől tartottunk.[13] A legnagyobb félelmünk az volt, hogy a kompozit sín eltávolítása után a fogak nagymértékű mobilitást mutatnak, így nem tarthatók meg. Szerencsére ez nem következett be. A periapicalis felritkulás a gyökérkezeléseket követően lassan eltűnt, amit kifejezetten pozitívumként értékeltünk. Belső gyökérresorptio a trauma utáni gyors gyökérkezelés miatt nem alakulhatott ki. Itt meg kell említenünk a páciens motiváltságát, hiszen ennek hiányában nem követhettük volna ilyen szorosan az eseményeket, így a belső resorptio is könnyen bekövetkezhetett volna.[14]

A gyökérhártya gyógyulásakor sem felülfertőződésből adódó gyökérresorptio, sem pedig külső resorptio nem jelentkezett. A sérülést szenvedett fogak körül azonban horizontális csontpusztulás megfigyelhető.[15]

Hermann és mtsai 404 maradó fog (358 páciens) subluxatioját figyelemmel kísérő klinikai vizsgálatá-



16/a–e. ábra: A fogak gyökérkezelése és a periapicalis felvételek

100%-ban szintetikus csontpótlók

Tartós térfogatmegtartás, bifázisú szerkezet (60% HA, 40% β-TCP)

Újdonság kedvező áron: calc-i-oss crystal



BEVEZETŐ AKCIÓ calc-i-oss crystal
1x1cm³ 25.000.- Ft
3x1cm³ 70.000.- Ft

Javasolt membrán: Easy-Graft Crystal 250
1x0,25ml 17.000.- Ft
3x0,25ml 50.000.- Ft

- porózus
- osteokonduktiv
- hagyományos membrántechnikával
- kettős steril csomagolásban

Easy-Graft Crystal kompromisszumok nélkül

- Paszta formában a tubusból
- A defektusban jól modellálható
- A szituban „kőkemény”
- A legtöbb esetben membrán használata nem szükséges
- Szövettanilag bizonyított biokompatibilitás
- Membránként is használható
- Három szemcseméretben
- 0,15; 0,25 és 0,4ml-es kiszerelésben



További akciókkal várjuk 2013. május 10-11-én standunkon a Hungarodent Kiállításon!

SUNSTAR GUIDOR swiss made

Realtrade

Részletekről érdeklődjön munkatársaiknál!

Realtrade Kft 1102 Budapest, Hölgy u. 9/b. e-mail: info@realtrade.hu www.realtrade.hu Tel.: +36 1 261 6630, 261 2675 Fax: +36 1 261 4348




17/a–b. ábra: A jobb felső nagymetsző fog elongáltsága érthető módon zavarta a pácienst

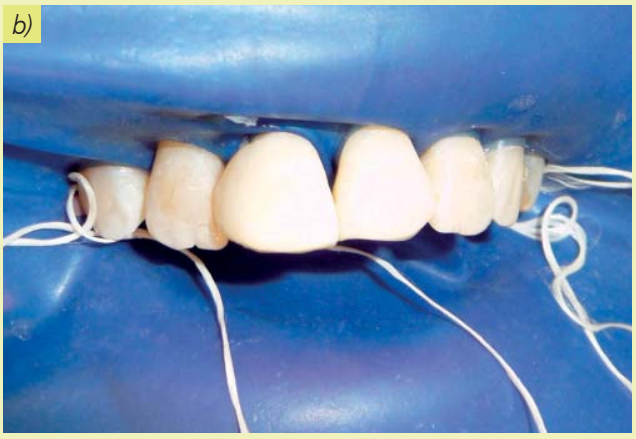
ban az ankylosis előfordulása 0,6%, a csontpusztulás gyakorisága szintén 0,6% volt három év után. A tanulmányban a szövődmények előfordulásának kockázatát Kaplan-Meier módszerrel vizsgálták, és megállapították, hogy maradó fogaknál kicsi a subluxatio és concussio gyógyulása során előforduló szövődmények kialakulásának kockázata.[13]

A jobb felső nagymetsző fog elongáltsága azonban zavarta a pácienst *(16/a-b. ábra),* kezdetben a fog hiperszenzibilitása miatt, később már csak esztétikai okokból. Megoldásként szóba jött a frontfogak újbóli fogszabályozása vagy héjkészítés.

A páciens fogszabályozó szakorvosával történt konzultáció után a fogak fogszabályozó készülék segítségével történő mozgatását elvetettük. A későbbi röntgenfelvételeken ugyanis jól látható a jobb felső egyes fog körül a gyökérhártyarés beszűkülése, ami ankylosis bekövetkeztét jelzi.









18/a–g. ábra: A jobb felső nagymetsző incisalis éléből és a labialis felszínéből elvettünk 1 mm-t, és a nyaki területet...

Hecova és mtsai retrospektív vizsgálata szerint, melybe 889 sérülést szenvedett maradó fogat vontak be, az ankylosis előfordulásának gyakorisága 42,9% volt. A tanulmányban azonban nem tettek különbséget a sérülések típusai között.[16] Progresszív ankylosis kialakulásakor azonban ezen fogak várható élettartama tíz év.[15]

Alternatív, ideiglenes megoldásként a jobb felső nagymetsző incisalis éléből és a labialis felszínéből elvettünk 1 mm-t és a nyaki területet distalisan kompozittal egészítettük ki *(18/a-g. ábra)*. A páciens azóta is elégedett a végeredménnyel.

e)



f)



g)



...distalisan kompozittal egészítettük ki



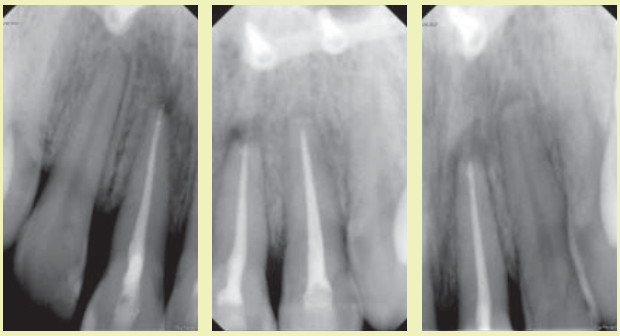




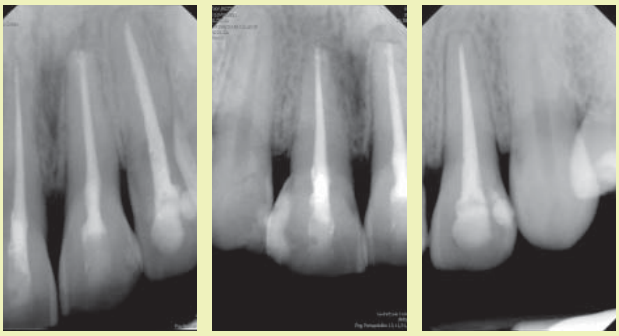
19/a–b. ábra: A páciens profilképe a kezelés után

Az esetleges kóros folyamatok vagy szövődmények kialakulásának valószínűsége miatt a páciens rendszeresen kontrollra jár, ahol a fizikális vizsgálaton túl periapicalis felvételeket is készítünk *(20–23. ábra)*.

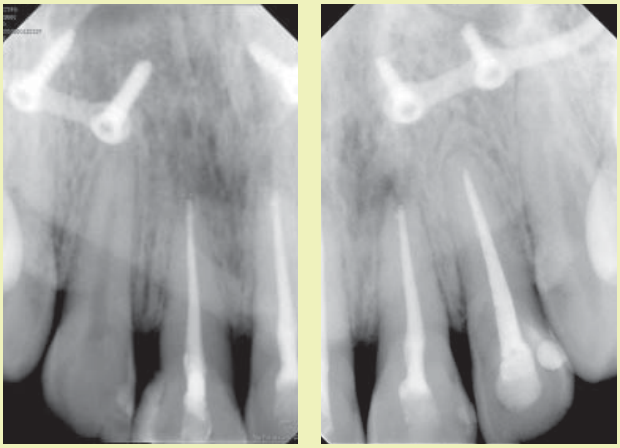
Komplex esetek sikeres megoldásához mindenképpen elengedhetetlen az összehangolt csapatmunka, az elkötelezettség és természetesen a páciens motiváltsága is.



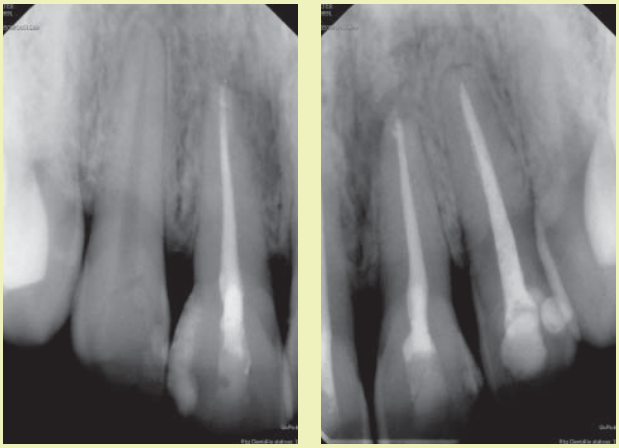
20. ábra: Kontrollröntgenek három hónap múlva



22. ábra: Kontrollröntgenek kilenc hónap múlva



21. ábra: Kontrollröntgenek hat hónap múlva



23. ábra: Kontrollröntgenek 15 hónap múlva

Irodalom

1. Angle E. H.: Treatment of Malocclusion of the Teeth: Angle's System. 7th ed. Philadelphia, SSWhite, 1907.
2. Meng Y, Kang YL, Liu M, Liu J, Bai D.: Tooth movement in class II division 1 malocclusion after premolar extraction; Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2011 Nov;42(6):838-41.
3. Obwegeser JA, Köle H.: Simultaneous maxillomandibular osteotomies to correct dentofacial anomalies. Z Stomatol. 1987 Dec;84(8):457-65.
4. Szabó Gy.: Szájsebészet és maxillofacialis sebészet; harmadik, átdolgozott kiadás Budapest, Semmelweis Kiadó, 2004.
5. Hoffman GR, Moloney FB.: The stability of facial osteotomies. 1. The evolution of maxillary, mandibular and chin osteotomies. Aust Dent J. 1995 Jun;40(3):182-5.
6. Cho HJ.: Effect of rigid fixation on orthodontic finishing after mandibular bilateral sagittal split setback: the case for miniplate monocortical fixation. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Apr;70(4):e310-21. Epub 2011 Dec 22.
7. Joss CU, Vassalli IM.: Stability after bilateral sagittal split osteotomy advancement surgery with rigid internal fixation: a systematic review. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Feb;67(2):301-13.
8. Joss CU, Joss-Vassalli IM, Kiliaridis S, Kuijpers-Jagtman AM.: Soft tissue profile changes after bilateral sagittal split osteotomy for mandibular advancement: a systematic review. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Jun;68(6):1260-9.
9. Barnett F.: The role of endodontics in the treatment of luxated permanent teeth.; Dent Traumatol. 2002 Apr;18(2):47-56.
10. Hamilton RS, Gutmann JL.: Endodontic-orthodontic relationships: a review of integrated treatment planning challenges.; Int Endod J. 1999 Sep;32(5):343-60.
11. McFadden WM,Engstrom C, Engstrom H, Anholm JM.: A study of the relationship between incisor intrusion and root shortening. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1989 Nov;96(5):390-6.
12. Rakhshan V, Nateghian N, Ordoubazari M.: Risk factors associated with external apical root resorption of the maxillary incisors: a 15-year retrospective study. Aust Orthod J. 2012 May;28(1):51-6.
13. Hermann NV, Lauridsen E, Ahrensburg SS, Gerds TA, Andreasen JO.: Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition: a longitudinal cohort study.; Dent Traumatol. 2012 Oct;28(5):386-93.
14. Cunha RS, Abe FC, Araujo RA, Fregnani ER, Bueno CE.: Treatment of inflammatory external root resorption resulting from dental avulsion and pulp necrosis: clinical case report.; Gen Dent. 2011 May-Jun;59(3):e101-4.
15. Vinckier F, Declerck D, Verhaeghe V, Vanassche K.: Injuries to the permanent teeth. Periodontal lesions; Rev Belge Med Dent (1984). 1998;53(3):105-51.
16. Hecova H, Tzigkounakis V, Merglova V, Netolicky J.: A retrospective study of 889 injured permanent teeth.; Dent Traumatol. 2010 Dec;26(6):466-75.
17. Dénes J., Gábris K., Hidasi Gy., Tarján I.: Gyermekfogászat, fogszabályozás, Semmelweis Kiadó, 2004.: 360-364 old.





Távoktatás

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Bizottsága távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája, melyekre vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://kredit.etovabbkepzes.hu internetes oldalon olvashatók.

Kerámiák: melyiket válasszam?

Klinikai útmutató a különböző kerámiarendszerek közötti választáshoz

Edward A. McLaren, Yair Y. Whiteman

Az elmúlt évek során számtalan kerámiaanyagot és labortechnológiai módszert vezettek be és próbáltak ki a fogászatban – kezdve az egyszerűbb, hagyományos kerámia fogpótlásoktól az összetettebb leplezett fém vagy ellenálló kristályos kerámiarendszerekig – több-kevesebb sikerrel. Arról azonban, hogy mi alapján válasszunk a különböző típusú kerámiarendszerek közül, és hogyan állítsunk fel racionális kezelési tervet, nagyon sok a téves információ, és nagyon kevés a megbízható forrás. A cikk célja, hogy rendszerezett útmutatót, határozott irányelveket nyújtson a kerámiarestaurációk kezelési tervének felállításához, az adott klinikai szituációnak megfelelő kerámiatípus kiválasztásához.

Az elmúlt évek során számtalan kerámiaanyag jelent meg a fogászatban, különböző labortechnológiai módszerekkel. Charles Land már az 1930-as években égetett porcelánt használt inlay, onlay és korona készítéséhez, és szabadalmaztatta a teljes kerámiarestaurációkat.[1] A korai próbálkozások sikertelenségei a szájkörnyezet anyagkövetelményeinek hiányos ismereteire, a helytelen labortechnológiai eljárásokra és az adhezív rögzítés hiányára vezethetők vissza. Mára szinte valamennyi elképzelhető kerámiaanyagot és technológiát – kezdve az egyszerűbb, hagyományos kerámia fogpótlásoktól az összetettebb leplezett fém vagy ellenálló kristályos kerámiarendszerekig – bevezették és kipróbálták a fogászatban, több-kevesebb sikerrel.[2] A cikk szerzői korábban két osztályozási rendszert publikáltak a fogászati kerámiák csoportosításához: 1. anyagszerkezet és 2. labortechnológia szerinti osztályozás.[3] Nagyon sok a téves információ, és nagyon kevés a hiteles útmutató arra vonatkozóan, hogy hogyan állítsunk fel ésszerű keze-

lési tervet, és mi alapján válasszunk a különböző típusú kerámiarendszerek közül. Az irodalomban találhatunk példákat a különböző rendszerek sikeres és sikertelen klinikai eseteire is. Az esztétikus anyagok használatáról Sadowsky[4] készített korábban egy irodalmi áttekintést, amelyben olyan kérdésekre keresi a választ, hogy például amalgámot vagy kompozitot használjunk-e, melyik anyaggal jobbak az eredmények. Olyan cikk azonban nem jelent meg, amely részletesen áttekintené, hogy mikor melyik kerámiát érdemes alkalmazni, mikor használjunk földpát porcelánt, milyen esetben lesz a préselt vagy a frézelt üveg-kerámia a megfelelő választás, mikor használjuk a különböző típusú üveg-kerámiákat, mikor kell nagy ellenállású alumínium-oxid vagy cirkónium-dioxid vázas teljes kerámiakoronát készíteni, és milyen esetekben lesz a fém-kerámia az ideális választás. A cikk a kezelési tervek felállításához nyújt rendszerezett útmutatót, amely lépésről lépésre haladva segít kiválasztani a klinikai körülményeknek megfelelő kerámiatípust.

A betegellátás filozófiája

Mielőtt anyagról és technológiáról döntenénk, fontos, hogy olyan szemlélettel kezdjünk a kezelési terv felállításába, amely a betegellátás jelenlegi standardjait és a páciens esztétikai elvárásait veszi figyelembe. Azt kell szem előtt tartanunk, hogy a legfőbb cél a páciens hosszú távú szájegészségének biztosítása a lehető legkevesebb foganyag feláldozása árán.

A helyes esztétikai fogászati ellátás amennyire csak lehet, konzervatív. Az adhezív technika lehetővé teszi, hogy a lehető legtöbb foganyag megőrzése mellett tegyünk eleget páciensünk fogászati és esztétikai elvárásainak.[5] A betegellátás filozófiája arra épül, hogy ne távolítsunk el ép fogszövetet, hacsak nem feltétlenül muszáj. A fogorvosnak olyan anyagot és technológiát kell választania a fogpótlás elkészítéséhez, amely lehetővé teszi a legkonzervatívabb kezelést a páciens esztétikai, strukturális és biológiai igényeinek eleget téve, és mechanikailag is hosszú távon funkcióképes. Ezen elvárások mindegyikéről egy-egy cikket lehetne írni.

A kerámiáknak négy nagy csoportjából választhatunk:

1. csoport: por/folyadék földpát porcelán,
2. csoport: préselt vagy frézelt üveg-kerámia,
3. csoport: nagy ellenálló képességű kristályos kerámiák
4. csoport: fém-kerámiák.

Az 1. csoport (porcelán) – a leginkább transzlucens – nyújtja a legkonzervatívabb megoldások lehetőségét,



ugyanakkor a porcelánrestaurációk ellenálló képessége a leggyengébb.[3,6]

A 2. csoport (üveg-kerámia) szintén transzlucens, de nagyobb a helyigénye, mint az 1. csoport kerámiáinak. A 3. és 4. csoport kerámiáinak jóval nagyobb a töréssel szembeni ellenálló képessége, ennek ellenére kevésbé konzervatív lehetőségeket nyújtanak, mert opakabb természetükből adódóan további foganyag-veszteség árán valósítható csak meg a kívánt esztétikai eredmény. Onnan kell kiindulnunk, hogy a kezelés olyan konzervatív legyen, amennyire csak lehet, az első választás tehát mindig a porcelán, ezt követi az üveg-kerámia, majd a nagy ellenállású kerámiák vagy a fém-kerámia. A döntés attól függ, melyik kerámia felel meg a kezelés valamennyi elvárásának, ha ez például a konzervatívabb anyag, akkor az az ideális választás. A cikk azokat a klinikai körülményeket ismerteti, amelyek alapján a kezeléshez leginkább megfelelő kerámiát ki tudjuk választani.

Az esztétikai eredmény helyigénye

Az első szempont, amit figyelembe kell venni, a fog végső 3-D pozíciója, a smile design. Smile design-ról számos cikket találhatunk.[7,8] A második szempont, hogy mekkora színváltozást akarunk elérni a fogpótlással, ettől függ a restauráció vastagsága. Ha porcelánról beszélünk, egy színárnyalat változtatásához 0,2–0,3 mm vastag réteg kell (A2-ből A1 vagy 2M1-ből 1M1). Például A3-ból A0 fogszínt elérni 0,6–0,9 mm vastag porcelánhéjjal lehet. Színváltoztatás szempontjából az üveg-kerámiák helyigénye azonos a porcelánnal: de a cikk szerzőjének véleménye az, hogy 0,8 mm-nél kisebb anyagvastagság esetén nagyon nehéz üveg-kerámiával dolgozni, és kiemelkedően jó esztétikai eredményt lehet elérni. A nagy ellenállású teljes kerámiarestaurációk helyigénye a csonk színétől függően 1,2–1,5 mm; a fém-kerámiák esetén a természethű esztétikai hatáshoz minimum 1,5 mm kell. A kezelési tervet a fog végső helyzetének és a színváltoztatás igényének megfelelően kell felállítanunk, ez meghatározza a preparáció formáját, és segít eldönteni, hogy szükséges-e orthodontiai beavatkozás a megfelelő esztétikai eredményt nyújtó, de konzervatívabb kezelés érdekében.



1. ábra: A preparáció során jelentős mennyiségű dentin exponálódott. A hajlító- és feszítőerők közepes kockázatára lehet számítani, minimum 0,9 mm vastag restaurációt kell tervezni

A mérlegelendő klinikai paraméterek

Ha a smile design elkészült, a szükséges színváltoztatást felmértük, és az előzetes kezelésekkel olyan környezetet stabilizáltunk, ahol a legkevesebb foganyag feláldozása elv megvalósítható, akkor minden egyes fog esetében el kell döntenünk, hogy melyik kerámia és labortechnológia a legmegfelelőbb. Az anyagválasztás szempontjából minden fog esetében négy olyan környezeti szempontot kell értékelni, amelyek funkcionálisan befolyásolják a fogpótlás élettartamát.

1. Szubsztrát/preparált csonk

Először is értékelni kell a preparált felszínt, amihez az anyagnak rögzülnie kell *(1. ábra)*. Ha zománc, akkor el kell dönteni, hogy a bondozott felület mekkora része lesz zománc, mennyi zománc borítja a fogat. Ha dentin, akkor a bondozott felület mekkora része dentin? Milyen típusú dentint bondozunk (például a tercier vagy szklerotikus dentin bondozási ereje gyenge, ezért lehetőleg el kell kerülni, hogy ilyen típusú dentinhez bondozzunk). Milyen tömőanyagot alkalmazzunk (például kompozit, fém)? Ezeket a kérdéseket minden egyes helyreállítandó fog esetében meg kell fontolni, mert az anyag kiválasztásának ez az egyik legmeghatározóbb szempontja. Általánosan elfogadott szempont, hogy megbízható bondozási erő úgy érhető el, ha a restaurációt zománchoz ragasztjuk. A zománc merev, így az anyagot a funkció közben érő erőhatásokkal szemben alátámasztja és ellenállóvá teszi. Az is egyértelmű, hogy ha rugalmas dentinfelszínt bondozunk – vagy akár kompozitot – kevésbé kiszámítható a ragasztás sikere. Minél több erőhatás éri a restaurációt és a dentin vagy kompozit közötti bondréteget, annál valószínűbb, hogy károsodik a restauráció és a fog. Az adhezíven rögzített porcelánrestaurációk legjobb szubsztrátja a zománc, mert sokkal merevebb, mint a dentin vagy a kompozit, és így sokkal megbízhatóbb a bondozás szempontjából.

2. A hajlítóerők rizikójának értékelése

A következő lépés a hajlítóerők veszélyének értékelése. Minden fogat és meglévő fogpótlást értékelni kell,



2. ábra: Jelentős mennyiségű zománcrepedés és elszínező-dés látható. A hajlító, húzó-feszítő erők okozta stresszhatások közepes/magas rizikójával számolhatunk.

hogy korábban túlzott hajlítóerők hatásának ki volt-e téve. Túlzott hajlítóerőre utaló jelek a zománcrepedé-sek *(2. ábra),* a fogak és a fogpótlások kopása, a fogak és fogpótlások törése, microleakage a széli záródás vona-lában és az abfrakciós elváltozások. Az etiológia gyak-ran multifaktoriális és ellentmondásos. Ha több jel is utal túlzott hajlítóerők hatására, egy gyengébb restau-ráció túlterhelődhet. Az értékelés alapja ebben az eset-ben is a maradék foganyag mennyisége. Minél intak-tabb a zománc, annál kisebb a hajlítóerők veszélye. Az, hogy a csonkelőkészítés során mennyi foganyagot veszünk el, direkt hatással van a fogat érő hajlítóerők okozta feszültségre, stresszkoncentrációra. A klini-kai körülmények értékelése bizonyos mértékben min-dig szubjektív, mégis minden helyreállítandó fog ese-tében szükséges a hajlítóerők veszélyének felmérése. Az előbb vázolt paraméterek alapján szubjektíven kell eldöntenünk, hogy a fogat érő hajlítóerők alacsony, közepes vagy magas rizikót jelentenek-e.

Alacsony kockázat: Kevés kopás, minimális vagy semmi repedés vagy törés a szájban, és nagyjából egészséges szájállapot.

Közepes kockázat: Az okklúziós trauma jelei fellelhetőek, enyhe–közepes ínyrecesszió gyulladással, adottak a fel-tételek, hogy főként zománchoz lehessen ragasztani, nincsenek kiterjedt törések.

Magas kockázat: Egyértelmű nyomai vannak a parafunk-ciós eredetű okklúziós traumának, több mint 50%-os dentinexpozíció, a fogkopások következményeként szig-nifikáns zománcveszteség (50% vagy több), a porcelánré-teget több mint 2 mm vastagra kell építeni.

3. A húzó-szakító erők rizikójának értékelése

Harmadik paraméterként értékelnünk kell milyen húzó-szakító erőknek lesz a fogpótlás kitéve, ebből a szempontból a különböző anyagok prognózisa eltérő.

INTERNATIONAL IMPLANT FOUNDATION

AZ IF KURZUSTERVEZETE 2013-RA

Azonnali terhelés a fogászati implantológiában

HELYSZÍNEK

Delhi, Budapest, Kiev, Szófia, Moszkva
Időszak: 2013. február – november
2–3 nap alatt 4 témakör
Célcsoport: szájsebészek, maxilló-faciális sebészek, implantológusok, fogorvosok

ELŐADÓK

Prof. Dr. Stefan Ihde, Dr. Werner Mander, Dr. Adel Abushark, Prof. V. Konstantinovic, Dr. Lyshenko, Dr. Vivek Gaur, Dr. Prem Nanda stb.

TANANYAG

A kurzusok folyamán a csontfiziológia alapjait valamint a biztonságos implantátumbehelyezés elméletét lehet elsajátítani. Mindegyik rész egy specifikus témakört taglal és élő műtétekkel összekötött.

1. RÉSZ
A basalis osseointegráció alapjai, műtét és protetika, kezelés tervezés

2. RÉSZ
2013. 05. 29–30. BUDAPEST, HEROES' SQUARE DENTAL, HŐSÖK TERE FOGÁSZAT
csontfiziológia és implantátum pozícionálás (4D-implantológia)

3. RÉSZ
A kompressziós csavarokkal való munka alapjai, műtét és protetika

4. RÉSZ
Komplex esetek kezelése, utókezelés

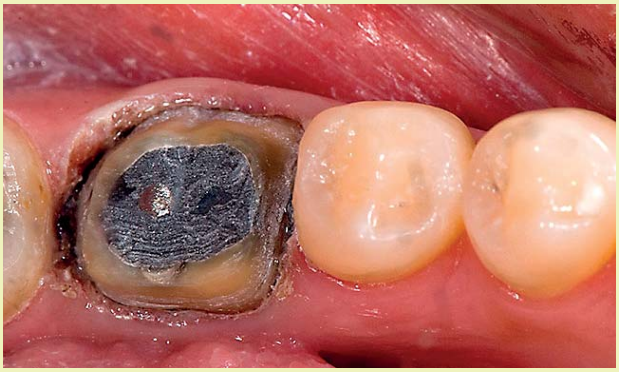
További információ:
www.implantfoundation.org
Tudományos információ:
www.implant-directions.info
Online regisztráció:
www.implantfoundation.org
Magyarországi kurzus információk:
www.sofortimplant.com

A résztvevők certifikátot kapnak a tanfolyamról.
Kurzus nyelve: angol/német – professzionális fordítással az adott ország nyelvére.
A kurzuson való részvétel előfeltétele az **„IF-Master for Immediate Loading"** nemzetközi diplomának.

Tudományos vezető: Prof. Dr. Stefan Ihde



3. ábra: Mélyharapás a húzó-feszítő erők közepes rizikójával. Adhezíven rögzített porcelánrestauráció készítéséhez a zománc megtartása és az okklúzió rendezése szükséges



4. ábra: Preparált csonk kedvezőtlen feltételeket nyújtó szubgingivális széli záródási vonallal, ahol adhezív rögzítéssel nehéz a résmentes zárást megvalósítani. Nagy ellenálló képességű kerámia vagy fém-kerámia megoldás indokolt

A kerámiák a nyómóerőnek jól ellen tudnak állni, de a húzó-szakító erőkkel szemben minden kerámiatípus (különösen a porcelán) ellenálló képessége gyenge.[9] Ha jól kontrollálható a fogpótlást érő húzó-szakító feszültség, akkor használhatunk gyengébb kerámiát is, például adhezíven rögzített porcelánt. Hasonló szempontokat kell figyelembe venni, mint a hajlítóerők esetén: például mélyharapás, kerámia szabadvég terve *(3. ábra)*. Ha magas kockázati tényezőkkel számolunk, erősebb, ellenállóbb kerámiára van szükség. Ha porcelánt használunk az esztétika érdekében, akkor a restaurációt nagy ellenálló képességű, például kerámiavázzal kell tervezni, amely megtámasztást ad, és a húzó-szakító erőket nyomóerővé alakítja. A szubstruktúrának alá kell támasztania a leplező kerámiát, ennek az elvárásnak az irodalmi adatok alapján a fém-kerámia rendszerek felelnek meg a legjobban.[10] A fent említett paraméterek és szimptómák alapján, a húzó-szakító erők szempontjából az esetet alacsony, közepes és magas rizikójú csoportként kategorizálhatjuk.

4. A bond/széli zárás fenntartásának rizikóanalízise

Negyedik paraméterként a bondozás erejének és a résmentes zárás hosszú távú fenntartásának lehetőségét kell kiértékelni. Az üvegmátrix alapú anyagoknál, a gyengébb por/folyadék porcelánok és az ellenállóbb préselt vagy frézelt üvegkerámiák esetén a bondozóerő és a résmentes zárás hosszú távú fenntartása a klinikai túlélés abszolút követelménye.[11,12] Mechanikai stressz hatására ezek a kerámiák az üveg mátrix természetéből adódóan és a váz hiánya miatt sokkal inkább hajlamosak a törésre. A restaurációt alátámasztó merevebb szubstruktúra (például zománc) és a megfelelő bondozás elengedhetetlen feltétele a klinikai sikernek. Ha a bondozás ereje és a résmentes zárás nem tartható fenn hosszú távon, akkor a hagyományos cementekkel rögzíthető nagy ellenállású kerámia vagy a fém-kerámia a helyes választás. Az elégtelen bondozás veszélyével járó klinikai szituációk: 1) izolálási nehézségek; 2) nagyobb húzó-feszítő erők hatása a bondozott felületeken; 3) különböző bondozandó felszínek (például különböző típusú dentin); 4) a bond és a bondozási technika kiválasztása (például adhezív technikát kívánunk használni olyan klinikai szituációban, ahol nem lehet megfelelően izolálni); 5) a fogorvos gyakorlottsága *(4. ábra)*. A bond és résmentes zárás fenntarthatósá-



5. ábra: Minimális preparáció, adhezíven rögzített porcelán-restaurációkhoz



6. ábra: Konzervatív, 1. csoportba tartozó porcelánrestaurációk két évvel az átadás után

gának alacsony, közepes és magas rizikójú csoportjait az említett paraméterek alapján állíthatjuk fel.

1. csoport kerámiái (por/folyadék)

Útmutató

Az adhezíven rögzített porcelán restaurációk nyújtják a legkonzervatívabb ellátás lehetőségét, ugyanakkor ezek a leggyengébb anyagok, ezért csak speciális klinikai feltételek teljesülése esetén lehetnek sikeresek.[13] Nagyon sok kiváló minőségű anyag és jól bevált technológia áll rendelkezésünkre adhezíven rögzített porcelánrestaurációk készítéséhez (például Creation, Jensen Dental, www.jensendental.com; Cermaco® 3, Dentsply, www.dentsply.com; EX-3, Noritake, www.noritake-dental.co.jp). A szerzők Vita® VM 13 kerámiát (Vita Zahnfabrik, www.vita-zahnfabrik.com) használnak 3-D master értékek szerinti fogszín-meghatározás esetén és Halo kerámiát (Shofu, www.shofu.com), ha a klasszikus értékek szerint van megadva a szín. A UCLA Center for Esthetic Dentistry, a kaliforniai egyetem esztétikai központjának irányelveit betartva hasonló sikereket értek el ezekkel az anyagokkal, mint fém-kerámiával (kevesebb, mint 1% törés) *(5-6. ábra).*

Esztétikai faktor

Minden egyes fogszínárnyalat megváltoztatásához 0,2–0,3 mm helyigénnyel kell számolni.

Környezeti faktorok

1. Szubsztrát kondíció: a fogzománc 50%-a vagy annál több legyen megtartott, a bondozott felszín 50%-a vagy annál több zománc legyen, és a széli záródás vonalának 70%-a vagy annál több zománcban legyen. Az anyagválasztást meghatározó százalékok a helyreállítandó fogra vonatkozó összes paraméter értékelését követő szubjektív összesítés eredményei. Ha a bondozott felszín egy része dentin, az lehetőleg legyen ép és szuperficiális, mert a szklerotikus dentin bonderőssége nagyon gyenge.
2. Hajlítóerők rizikóanalízise: Magasabb a rizikó és óvatosabb a prognózis, ha dentinhez ragasztunk. A dentin természetéből adódóan rugalmas, tanácsosabb elkerülni az alacsony törési ellenállású anyagokat; magasabb százalékos arányú zománc jelenléte (például legalább 70% a széli záródás vonalában és a stresszkoncentrációnak kitett helyeken) szükséges, ha por/folyadék kerámiaanyagot használunk a fogpótlás készítéséhez (1. csoport). Ha a zománc százalékos aránya nagyobb, a prognózis is jobb. A dentin/zománc aránytól függő rizikó az alacsony és közepes értékek között változhat.



3. Húzó-feszítő erők rizikóanalízise: Alacsony-alacsony/közepes rizikó esetén alkalmazhatók. A húzó-feszítő erők okozta stresszhatások rizikója nagyobb, ha nagy felületű az alátámasztatlan porcelán, mélyharapás, fedőharapás esetén, vagy ha rugalmas szubsztrátokhoz (például dentin és kompozit) ragasztunk, illetve bruxizmus esetén, és minél inkább a posterior régióban van a fogpótlás.
4. Bond/széli zárás fenntartásának rizikóanalízise: Csak alacsony rizikó esetén alkalmazhatók, a bondozási erő és a széli zárás hosszú távú fenntartása elengedhetetlen feltétel.
Összegzés: 1) általában frontfogakra ajánlott; 2) néha a premoláris és nagyon ritkán a molárisok esetében is elfogadott, ha valamennyi paraméter a legkisebb kockázati szinten van. Az 1. csoport anyagai ideálisak azokban az esetekben, amikor jelentős mennyiségű zománc fedi a fogat, és a hajlítóerők hatása és a stresszhatások elhanyagolhatóak. Az 1. csoport kerámiáinak sikeréhez elengedhetetlen a bondozási erő hosszú távú fenntartása.

2. csoport kerámiái (préselt vagy frézelt üveg alapú kerámiák)

Útmutató

Az üveg-kerámia préselhető anyagok, IPS Empress® (Ivoclar Vivadent, www.ivoclarvivadent.us) és Authentic® (Jensen Dental) és a nagyobb ellenálló képességű IPS e.max® (Ivoclar Vivadent) anyagok jól funkcionálnak az 1. csoport anyagaival azonos klinikai szituációkban. A frézelhető üveg-kerámia anyagok, mint a Vitablocs Mark II® (Vident, www.vident.com), IPS Empress CAD és IPS e.max CAD indikációs területe lefedi a préselhető változatokét. Töréssel szembeni nagyobb ellenálló képességének köszönhetően a monolitikus (frézelt, teljes-kontúr) IPS e.max jó eredményekkel alkalmazható a moláris régióban is teljes borítókoronaként.[14] Az üveg-kerámiák alkalmazhatók nagyobb rizikófaktorú klinikai szituációkban is. A rizikófaktorok által (lásd alább) behatárolt indikációs területen kívül figyelembe kell venni azt is, hogy használatuk elég nehézkes, ha 0,8 mm-nél kisebb hely áll rendelkezésre (kivéve a marginális zárás vonalát). A széli záródási vonalban kb. 0,3 mm-re elvékonyíthatók. Ha a klinikai szituáció kedvez az 1. csoport kerámiáinak, és több mint 0,8 mm hely áll rendelkezésre, érdemes megfontolni az erősebb, ellenállóbb üvegkerámiák használatát. Egyetlen hátrányuk, hogy nagyobb hely kell a kívánt esztétikai eredmény eléréséhez.

Esztétikai faktor

Alkalmazhatóságuk és a színárnyalat-változtatás helyigénye: minimum 0,8 mm, hogy dolgozni lehessen a kerámiával, és 0,2–0,3 mm egy-egy színárnyalat változtatáshoz.

Környezeti faktorok

1. Szubsztrát kondíció: Elegendő, ha a fog kevesebb, mint 50%-át fedi zománc, ha a bondozott felszín kevesebb, mint 50%-a zománc és a széli záródási vonal 30%-a dentinben van.
2. Hajlítóerők rizikóanalízise: Közepes rizikójú esetben használhatók az Empress, Vitablocs Mark II, és Authentic-típusú üveg-kerámia és leplezett IPS e.max kerámia anyagok. A szerzők olyan klinikai vizsgálataik során, ahol a hajlítóerők rizikóanalízise közepes vagy magas értéket mutatott (és nem volt indokolt teljes borítókoronához preparálni a fogat), a monolitikus IPS e.max 100%-os sikerarányát tapasztalták 30 hónappal az átadás után. A vizsgálat során valamennyi üveg-kerámia restauráció, beleértve az IPS e.max-ot is, adhezíven volt rögzítve.
3. Húzó-feszítő erők rizikóanalízise: Közepes rizikójú esetben használhatók az Empress, Vitablocs Mark II, és Authentic-típusú üvegkerámiák és leplezett IPS e.max kerámia. Közepes vagy közepes/magas rizikófaktor esetén az adhezíven rögzített monolitikus IPS e.max megfelelő.
4. Bond/széli zárás fenntartásának rizikóanalízise: Azokban az esetekben, ahol a bondozás/résmentes széli zárás hibájának alacsony a rizikója, Empress, Vitablocs Mark II, és Authentic-típusú üveg-kerámia és leplezett IPS e.max kerámiát lehet használni. Közepes rizikójú esetben a monolitikus IPS e.max megengedett.



7. ábra: Kiindulási fotók a moláris régióról



8. ábra: Kerámia inlay és onlay a moláris régióban



3 ÉRV AZ OPTIMÁLIS IDEIGLENES PÓTLÁSHOZ

Structur 3

Biztonságos és gyors feldolgozás

- Az intraorális kötési idő mindössze 45 másodperc
- Az 1:1 keverő rendszer kiküszöböli a keverési hibákat

Kiváló esztétika

- Természetes megjelenés
- 8 színben kapható

Hosszan tartó

- Magas a nyomószilárdsága
- Törésszilárdsága is kiváló



nanohybrid technology

MADE IN GERMANY 100%

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

VOCO
THE DENTALISTS



9. ábra: Kiindulási fotó a jelentős koronahosszabbítást igénylő esetről. A hajlítóerők és kedvezőtlen stresszhatások rizikója közepes, a preparált felszín jelentős része dentin lesz. Az 1. csoport kerámiái nem alkalmasak az eset ellátására



10. ábra: Az elkészült fogpótlások anyaga a 2. csoportba tartozik (üveg-kerámia), az incizális egyharmad porcelán leplezésével



11. ábra: A páciens a sebészi, orthodontiai beavatkozásokat elutasította. A kezelési terv célja minimális preparáció és közepes/magas rizikónak ellenálló anyag használata, a feltételek megfelelőek az adhezív technika alkalmazására



12. ábra: Az adhezíven rögzített teljes-kontúr restaurációk a moláris régióban és incizálisan leplezett frontrestaurációk

Összefoglalás

A préselt vagy frézelt üveg-kerámia restaurációk, mint az Empress, Vitablocs Mark II és Authentic indikációs területe a vastagabb héjak, frontkoronák és poszterior inlayk és onlayk *(7-8. ábra)* azokban az esetekben, ahol közepes vagy kisebb a hajlítóerők és a húzó-feszítő erők okozta stressz rizikója *(9-10. ábra)*. Csak olyan klinikai szituációban alkalmazhatók, ahol a bondozás ereje és a résmentes széli zárás hosszú távon fenntartható. Az erősebb, ellenállóbb IPS e.max *(11-12. ábra)* a többi üveg-kerámiával azonos klinikai szituációkon túl nagyobb erőhatásnak kitett szólókorona-restaurációk (például egy szóló moláris korona) anyagaként is jól funkcionál, ha a frézelt, monolitikus, full-kontúr koronát rezin cementtel rögzítjük.

3. csoport kerámiái (nagy ellenálló képességű kristályos kerámiák)

Útmutató

A kristályos anyagokat (például In-Ceram®, Vita) vázanyagként, a fémváz helyettesítésére használjuk, és porcelánnal leplezzük. Elsőként az alumínium-oxid alapú rendszerek, például In-Ceram, Procera® (Nobel Biocare,www.nobelbiocare.com), kerültek piacra, amelyeket mára már szinte teljes egészében a cirkónium rendszerek váltottak fel. Szóló pótlások anyagaként az alumínium alapú rendszerek klinikailag igen sikeresnek bizonyultak, kicsit fokozottabb rizikóval a moláris területen.[15,16] Javasolhatók front, szóló vagy premoláris koronák anyagaként *(13-14. ábra)*. A szerzők hagyományos cementezéssel rögzített pótlásoknál némileg magasabb hibaszázalékot figyeltek meg. A UCLA Center for Esthetic Dentistry hosszú távú nyomonkövetéses vizsgálata során a szerzők azt tapasztalták, hogy az átadás utáni 8. és 10. év között az alumínium alapú restaurációk hibaszázaléka megduplázódott, a vázak kb 2%-a eltörött, és a koronákat ki kellett cserélni. Az alumínium-oxid vázas restaurációk rögzítéséhez rezinnel módosított üvegionomer cement (például Fuji PLUS™ GC America, www.gcamerica.com;



13. ábra: Régi fém-kerámia korona

RelyX™ Luting, 3M ESPE, www.3mespe.com) vagy rezin cement javasolt. A cirkónium-dioxid vázas rendszereknél (például Vita YZ, Vident, www.vident.com; Procera® Zirconia, Nobel Biocare, www.nobelbiocare.com; Lava™, 3M ESPE), a szerzők a váz törését nem tapasztalták, de előfordult a porcelán lepattanása. White és McLaren[17] azt találta, hogy speciális lassúhűtéses termális ciklussal minimalizálható a porcelánban és a porcelán/cirkónium határfelületen keletkező stressz. A szerzők a speciális égetési ciklust alkalmazó vizsgálataik során a porcelán lepattanása miatt cserére szoruló pótlások arányának csökkenését (1% alatt) tapasztalták.

Esztétikai faktor

A nagy ellenálló képességű kristályos kerámiák felhasználásához és a maximális esztétikai eredmény eléréséhez szükséges helyigény: minimum 1,2-mm és 1,5 mm, ha a csonk színét el kell fedni.

Környezeti faktorok

1. Szubsztrát kondíció: A szubsztrát kevésbé kritikus szempont, mert a nagy ellenálló képességű váz alátámasztja a leplező anyagot.
2. Hajlítóerők rizikóanalízise: Magas rizikó esetén is használható anyagok. A magas rizikójú esetekben különösen fontos a váz helyes tervezése és a leplező porcelán alátámasztása.
3. Húzó-feszítő erők rizikóanalízise: Magas rizikó esetén is használható anyagok.

Fontos: Magas rizikójú esetekben elengedhetetlenül fontos a porcelán szerkezeti alátámasztása megfelelően tervezett vázzal. A legjobb esztétikai eredményhez a preparáció során 0,5 mm helyet kell biztosítani a váz, és további 1 mm-t a leplező porcelán számára. A váz tervezése során fontos szempont, hogy 2 mm-nél vastagabb alátámasztatlan okkluzális vagy incizális porcelán és alátámasztás nélküli marginális záróléc ne legyen. A nagyobb rizikójú moláris régióban a megfelelő égetési paraméterek betartása mellett a cirkonváz jobban funkcionál, mint az alumínium-oxid. A teljes-kontúr cirkónium pótlások (eg, Prettau Zirconia, Zirkozahn, www.zirkonzahn.com; BruxZir®, Glidewell Laboratories, www.glidewelldental.com) a nagy rizikójú moláris területeken javasoltak. Ezeknél a restaurációknál töréssel nem találkozunk; teljes-kontúr cirkonkorona esetén az antagonista fogazat kopása jelenthet problémát.[18] Nem állnak rendelkezésre mindezt igazoló vagy cáfoló klinikai adatok sem. A moláris régióban klinikailag elfogadható megoldás a teljes-kontúr cirkonkorona a teljes-kontúr cirkonnal szemben, ha nincs más működő megoldás.

4. Bond/széli zárás fenntartásának rizikóanalízise: Azokban az esetekben ahol magas a bondozás erejének és a széli zárás elvesztésének a rizikója, a cirkon használata ideális választás.

Összefoglalás

Nagy ellenállású kerámiák (különösen a cirkon) akkor indikáltak, ha jelentős mennyiségű fogszövet hiányzik, a hajlítóerők és a stresszhatások kedvezőtlenek, és lehetetlen elérni és fenntartani a megfelelő bondozási erőt és a résmentes széli zárást (például a leghátsó teljes borítókorona szubgingivális széli záródási vonallal) *(15-16. ábra).*

4. csoport kerámiái (fém-kerámia)

Útmutató

A fém-kerámia közel fél évszázadig képviselte az esztétikus teljes borítókorona készítésének standardját. A fém-kerámia pótlások indikációs területe általában azonos a



15. ábra: Kiindulási kép régi fém-kerámia koronával. A páciens panaszai: a korona élettelen színe és a széli záródás vonalában látható szürke csík. A 3. és 4. csoport kerámiái javasoltak az eset ellátására



14. ábra: Az elkészült alumínium-oxid-vázas korona



16. ábra: Az elkészült fogpótlás



17. ábra: Restaurációk a molárisokon és a második premolárison szubgingivális széli záródási vonallal. Fénykép Yi-Yuan Chang anyagából

3. csoport cirkónium-dioxid alapú restaurációinak indikációs területével. A fém-kerámiák hibáit az évek alatt a gyártók sorra kiküszöbölték; ezek az anyagok nem olyan érzékenyek az égetési ciklusokra, mint a cirkónium-dioxid. A frontterület fém-kerámia restaurációinak esetén azonban kb. 0,3 mm-rel több hely szükséges azonos esztétikai eredményhez, mint egy helyesen tervezett cirkónium-dioxid/porcelán megoldás során.

Esztétikai faktorok

1. Felhasználás helyigénye: 1,5–1,7 mm a maximális esztétikai eredmény érdekében.
2. Szubsztrát kondíció: A szubsztrát nem olyan kritikus, mert a fémváz alátámasztja a leplező kerámiát.
3. Hajlítóerők rizikóanalízise: Magas rizikó esetén is használható anyagok. Nagy rizikójú esetekben kiemelt figyelmet igényel a váz helyes tervezése és a porcelán szerkezeti alátámasztása.
4. Húzó-feszítő erők rizikóanalízise: Magas rizikó esetén is használható anyagok. Nagy rizikójú esetekben a váz helyes tervezése és a porcelán szerkezeti alátámasztása kiemelten fontos.
5. Bond/széli zárás fenntartásának rizikóanalízise: Azokban az esetekben, ahol magas a bondozás erejének és a széli zárás elvesztésének rizikója, a fém-kerámia használata ideális választás.

Összefoglalás

A fém-kerámiák különösen azokban a klinikai szituációkban indokoltak teljes borítókoronához, ahol valamenynyi rizikófaktor magas értéket mutat *(17. kép)*.

Konklúzió

A cikk a megfelelő kerámiaanyag kiválasztásához ismertet klinikailag jól alkalmazható értékelési rendszert. Az alapelv az, hogy mindig a legkonzervatívabb restaurációt kell készíteni, ha annak klinikai feltételei adottak, például nincs szükség teljes borítókoronára vagy nagy helyigényű üvegkerámia restaurációra, ha a konzervatívabb 1. csoportba tartozó (porcelán) fogpótlás készítése lehetséges.

Megjegyzendő:

A cikk célja:

- Áttekintést nyújtani az anyagválasztás klinikai szempontjairól.
- Segítséget adni a kerámiarendszerek kezelési tervének szisztematikus felállításához.
- Útmutatót adni a klinikai körülményeknek megfelelő anyagválasztáshoz.

Forrás: Compendium of Continuing Education in Dentistry November/December 2010

Fordította: Dr. Borbély Judit

Irodalom

1. Land CH. Porcelain dental art. *Dent Cosmos.* 1903;65:615-620.
2. Della Bona, Kelly JR. The clinical success of all-ceramic restorations. *J Am Dent Assoc.*2008;139(suppl);8S-13S.
3. McLaren EA, Cao PT. Ceramics in dentistry—part I: classes of materials. *Inside Dentistry.* 2009:5(9)94-103.
4. Sadowsky SJ. An overview of treatment considerations for esthetic restorations: a review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2006;96(6):433-442.
5. Strassler HE. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. *Gen Dent.* 2007;55(7):686-712.
6. Giordano R. A Comparison of all-ceramic systems. *J Mass Dent Soc.* 2002;50(4):16-20.
7. McLaren EA, Cao PT. Smile analysis and esthetic design: “in the zone.” *Inside Dentistry.* 2009;5(7):44-48.
8. Chiche G, Pinault A. *Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics.* Hanover Park, IL: Quintessence Publishing. 1994:13-32.
9. Hondrum SO. A review of the strength properties of dental ceramics. *J Prosthet Dent.* 1992;67(6):859-865.
10. Shoher I, Whiteman A. Reinforced porcelain system: a new concept in ceramometal restorations. *J Prosthet Dent.* 1983;50(4):489-496.
11. Malament KA. Considerations in posterior glass-ceramic restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent.*1988;8(4):32-49.
12. Malament KA, Socransky SS, Thompson V, et al. Survival of glass-ceramic materials and involved clinical risk: variables affecting long-term survival. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2003(suppl):5-11.
13. Friedman MJ. A 15-year review of porcelain veneer failure—a clinician’s observations. *Compend Contin Educ Dent.* 1998;19 (6):625-638.
14. Fasbinder DJ, Dennison JB, Heys D, et al. A clinical evaluation of chairside lithium disilicate CAD/CAM crowns: a two-year report. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(suppl 2):10S-14S.
15. Odman P, Andersson B. Procera AllCeram crowns followed for 5 to 10.5 years: a prospective clinical study.*Int J Prosthodont.*2001;14(6):504-509.
16. McLaren EA, White SN. Survival of In-Ceram crowns in a private practice: a prospective clinical trial. *J Prosthet Dent.* 2000; 83(2):216-222.
17. White SN, McLaren EA. 3M Expertise Scientific Facts. June 2009. Data on file with 3M.
18. Ghuman T, Beck P, Ramp LC, et al. Wear of enamel antagonist to ceramic surfaces. *J Dent Res.*2010;89(spec iss B):1394.

SEPTODONT

megoldja a gondjait...

Alábélelés
Calcipulpe
Septocal L.C.
Septocalcine Ultra
Biodentine

Fogfehérítés
Endoperox

Pulpa megnyílás
Biodentine

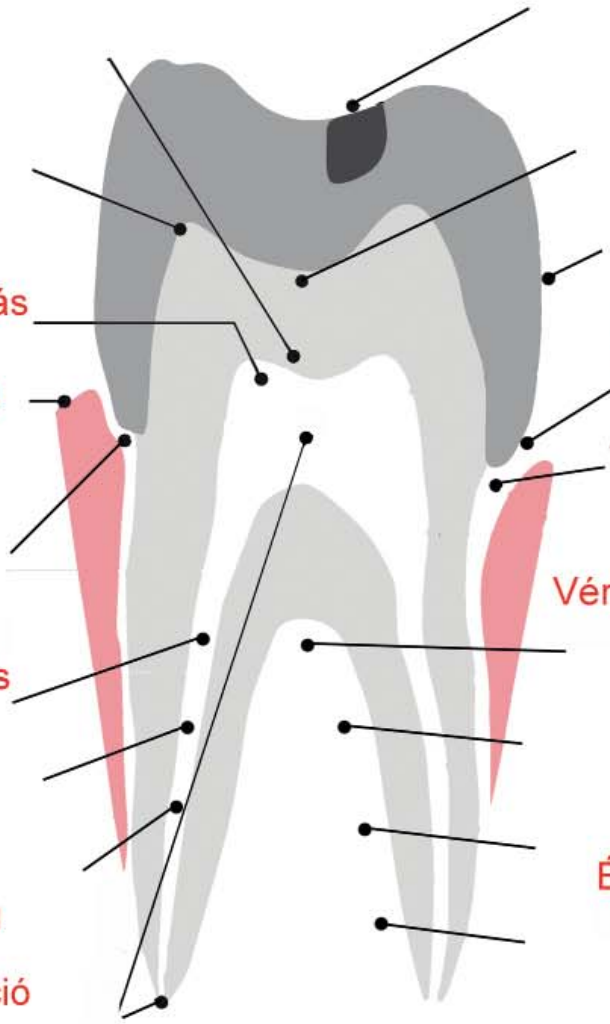
Gingivectomia
Septopack

Tasaktágitás
Septofil
Septocord
Racestyptine

Gyökérkezelés
Parcan
R 4

Gyökértömés
Acroseal
Endomethasone N

Pulpa amputáció
Biodentine



Profilaxis
Fluocal

Tömés
Cimpat
Biodentine
Compolux 5

Polirozás
Detartrine Z

Érzékenység
Isodan

Tasakkezelés
Alveogyl

Vérzéscsillapitás
Gelopack
Résorcell
Hemocollagene

Alveolitis
Alveogyl
Neocones

Érzéstelenités
Scandonest 3%
Septanest

A Biodentine ™ az első, bioaktivitással és kimagasló zárási képességgel rendelkező anyag, mely teljesen helyettesíteni képes a dentint, különlegesen előnyös tulajdonságokkal:

1 - a fogbél vitalitásának megtartása,
2 - kezelési sikertelenségek megelőzése,
3 - végleges dentinpótlás.

www.titandent.hu/tdi/contents/hu/p158_biodentine.html



Biodentine

SEPTANEST

septodont

1025 Budapest, Szépvölgyi út 42.
(1)303-1385, +36-309-969-946
info@titandent.hu

internetes rendelés
www.titandent.hu

Kedvezményekkel várjuk a HUNGARODENT kiállításon is!

TitánDent kft.

Az első lámpás, rendelői, EU konform fogfehérítő rendszer



A 2012. őszén életbe lépett uniós szabályozásnak megfelelően nem lehet 6%-osnál erősebb hidrogén-peroxidot tartalmazó készítményt használni fogorvosi rendelőkben. Ennek a rendeletnek maximálisan eleget téve a Philips ZOOM kifejlesztette a professzionális, rendelői fogfehérítő rendszerét.

Ez a lámpás fogfehérítő rendszerek között egyelőre egyedülálló termék, unikumként alkalmazható bármely európai uniós fogászati praxisban. A sikerességét, nem csak a ZOOM márkanév, de a végrehajtott változtatások is garantálják.

A legfontosabb tulajdonsága természetesen megmaradt a rendszernek – a fogfehérítő zselé és a speciális fény kombinációja elengedhetetlen kellékek a kívánt hatáshoz.

A változtatások egyrészt érintették a pácienskészletet, az ajánlott kezelési időtartamot és a páciens utógondozását is.

Ezentúl a pácienstálcán található meg a dual fecskendős kiszerelésű 6%-os ACP tartalmú hidrogén-peroxid zselé. Egyedülálló formulájának köszönhetően nem kell hűtőben tartani, az amorf kalcium-foszfát tartalma teljesen fájdalommentessé teszi a beavatkozást. Továbbra is a tálca tartalmát képezi az izoláláshoz elengedhetetlen ZOOM retrakor, arckendő, gézlap, speciális hosszú vattarolni és a transzparens E-vitamin olaj.

A tökéletes fehérítés elérése érdekében egy pH módosító primert szükséges használni, melyet minden egyes H_2O_2 zselé applikálás előtt fel kell vinni a fogak bukkális felületére, természetesen ez is a tálca része. Ezt követően kell felvinni a fehérítő gélt, saját keverőcsőrének használatával és a mellékelt ecset segítségével alaposan bedörzsölni a felületbe.

Az alacsonyabb peroxid-koncentrációnak köszönhetően a meggyőző eredményhez valamivel hosszabb behatási időre van szükség, mint a korábbi magasabb koncentrációjú termék esetén. Ennek megfelelően 4 x 15 perc fogfehérítési időre van szükség a ZOOM új 6%-os szettjével. Fontos megemlíteni, hogy ennek az új rendszernek is molekuláris lelke a foto-fenton effektus. Ez az a kémiai reakció, melynek segítségével a disszociált peroxid gyökök visszamaradt bomlástermékeiből újra fogfehérítésre képes szabad, peroxid gyökök keletkeznek. Ezzel az egyedülálló képességgel lehet biztosítani, hogy a fog felületére felvitt – egyébként meglehetősen instabil - H_2O_2 gél koncentrációja folyamatosan 6% legyen, így a fehérítő potenciálja konstans maradhasson. Ezt a hatást az új zselé csak speciális intenzitású fény hatására képes biztosítani és ezért elengedhetetlen az eredeti ZOOM lámpák használata, mivel csak a Philips ZOOM lámpái képesek ilyen típusú fényt kibocsátani.

A csökkentett hidrogén-peroxidnak és az ACP tartalomnak köszönhetően nincs szükség a Relief zselé fehérítés utáni alkalmazására, így ez a zselé már nincs benne a páciens szettben. Viszont megtalálható a páciens szett dobozában két ZOOM DayWhite dual-fecskendő, amit a páciens akár a professzionális fehérítést követő napokban is elkezdhet használni, ha további, extrém fehéredést szeretne elérni. Nyugodt szívvel teheti, hiszen a csökkentett peroxid tartalomnak köszönhetően garantáltan nem lesznek érzékenyek a fogai a rendelői fogfehérítést követően. Természetesen a ZOOM DayWhite is tartalmaz amorf kalcium-foszfátot, mely garantálja a posztoperatív időszak fenntartó kezeléseinek maximális komfortját.

A fentiekből egyértelműen látszik, hogy a Philips ZOOM termékei nem csak sikeresek, megbízhatóak, biztonságosak, de ugyanakkor a különféle piaci igényeknek is maximálisan képesek megfelelni – utolérhetetlen hatékonysággal.

dr. Götz Gergely

ELŐTTE



UTÁNA



Hihetetlen fehérség a magabiztos, szép mosolyért



- A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozat állásfoglalásának megfelelő, a világon az egyetlen 6%-os hidrogén-peroxid tartalmú, rendkívül hatékony rendelői lámpás fogfehérítő!
- Minimalizált érzékenység 4 x 15 percben
- Minden ZOOM! lámpával kiváló eredmény



Hidrogén-peroxid tartalmú rendelői fehérítő 6%

PHILIPS

ZOOM!

Forgalmazza: VaLiD Kft. H-1083 Budapest, Szigony u. 41. | Tel.: 06-1-210-0185 | Fax: 06-1-303-9460 | e-mail: dental@valid.hu | www.valid.hu

IX. Magyar Fogorvosnapok

IX. Magyar Fogorvosnapok
2013. május 10-11.

Ideje: 2013. május 10-11.
Helyszín: Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb (Budapest, Nagyvárad tér 4.)
Jelentkezés: www.oftex.hu
Regisztrációs száma: SE-FOG/2013.I./00080

A jelentkezés menete:

1. Belépés a portálra a bejelentkezési névvel és jelszóval
2. A fenti menüsorból a „Tanfolyamok" menüpontot kiválasztása
3. Ennek legördülő menüjéből az „Általános keresés" kiválasztása
   Kérjük, ügyeljen arra, hogy a „Naptári félév" rovat: 2013. I. félévre legyen beállítva.
4. Ezt követően a „Főcím" rovatba írja be: fogorvosnapok, majd kattintson a bal oldalon lévő „szűrés" gombra.
5. A kiválasztott tanfolyam főcímére kattintva megjelennek a tanfolyam adatai. Itt a bal oldalon lévő „Jelentkezem" gombra kattintva kell ellenőrizni és szükség szerint módosítani a személyes és a számlázási adatokat. Ezt követően az ablak jobb alsó sarkában lévő „Jelentkezem a résztvevők közé" gombra kattintva történik meg a jelentkezés.

Sikeres regisztráció esetén a tanfolyami adatlap felett egy üzenet fog megjelenni: „Ön sikeresen jelentkezett erre a tanfolyamra".

Jellege: szakma szerinti szabadon választható
(Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 4.§ (5) alapján:
A továbbképzési időszak alatt a továbbképzésre kötelezettnek szakképesítésenként legalább 25 pontot olyan, az (1) bekezdés a) pontja szerinti tanfolyam teljesítésével kell megszereznie, amelynek a célcsoportjában a továbbképzésre kötelezett szakképesítése (szakképesítései) szerepel (szerepelnek).)

Kreditpontérték elektronikus vizsgával összesen: 25 (napijegy váltására nincs lehetőség)

Regisztrációs díj: a MOK Fogorvosi Tagozat tagjai részére 20 000 Ft

Felhívjuk figyelmét, hogy a továbbképzésre történő regisztrálás a jelentkezések beérkezésének sorrendjében, a helyszín befogadóképességének függvényében a létszám beteltéig történik, és a részvételi díj befizetésével egyidejűleg kerül elfogadásra.

Előadók:

- **Szakmapolitikai Fórum**
- **Dr. Antal István:** A gyógyszeradagolási forma jelentősége a terápiában, lehetőségek a fogorvoslásban
- **Dr. Nagy Ákos:** A nyál diagnosztikai jelentősége a fogorvosi praxisban. Mintavétel, felhasználási lehetőségek
- **Dr. Szlávik János:** A HIV/AIDS betegség jelenlegi hazai helyzete, valamint felismerése és post-expozíciós profilaxisa a fogorvosi gyakorlatban
- **Dr. Németh Zsolt:** Az arc-, állcsonttörések diagnosztikája és terápiája
- **Dr. Rigó Orsolya:** Táplálkozás befolyása a szájüregi egészségre
- **Dr. Barzó Tímea:** „A fogorvosok félelmei", avagy a leggyakrabban sérülő betegjogok a fogászati ellátásban
- **Dr. Angyal János:** A CBCT vizsgálat lehetőségei a fogorvosi gyakorlatban
- **Dr. Windisch Péter:** Változások az implantológia területén – a parodontológus szemével
- **Dr. Czinkóczky Béla:** Változások az implantológia területén – a sebész és protetikus szemével
- **Dr. Gerlóczy Pál:** Fémmentes pótlások napjainkban: vissza a jövőbe.
- **Dr. Csiki Péter:** Fogszabályozási elvek és kezelési módszerek korai gyermekkortól késői felnőttkorig

(A szakmai program változhat.)

Amennyiben a jelentkezése bármilyen technikai akadályba ütközik, a (06-1) 353-21-88-as telefonszámon készséggel állunk rendelkezésére.
A rendezvényhez szatellitként csatlakozik a Fogászati Kereskedők és Gyártók Szövetsége által rendezett **XIV. Hungarodent Fogászati Szakkiállítás.**

Őszintén reméljük, hogy elfogadják meghívásunkat, és minél több kollégát üdvözölhetünk a Fogorvosi Tagozat továbbképző rendezvényén.

Dr. Hermann Péter
MOK Fogorvosi Tagozat elnöke

Dr. Gerle János
MOK alelnöke

Hivatalos közlemény

A FEJÉRDY FOGÁSZATI ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT. ESZKÖZBESZERZÉSE AZ ÚJ SZÉCHENYI TERV KERETÉBEN

A Fejérdy Fogászati és Szolgáltató Kft. 2012 júniusában 6,1 millió forint visszatérítendő és ugyanennyi vissza nem térítendő támogatást nyert a „Mikrovállalkozások fejlesztése" programban az Új Széchenyi Terv keretében. A 13,5 millió forint összköltségvetésű beruházásban új eszközöket és technológiákat szerzett be.

A vállalkozás 2002-ben alakult. A 13 571 903 forint összköltségvetésű beruházással és fejlesztéssel a vállalkozás célja és egyben alapelve, hogy növeljék szolgáltatásuk színvonalát. Nagy hangsúlyt fektetnek a higiéniára és az infekciókontrollra. A beszerzett eszközök, szoftverek és hardverek nagyban elősegítik a vállalkozás fejlődését. Ezeknek köszönhetően a diagnosztika és a prevenció területén tudnak előrelépni, amely a szolgáltatások teljeskörűségét biztosítja.

A beruházáshoz a vállalkozás 6 107 356 forint vissza nem térítendő és ugyanennyi visszatérítendő támogatást nyert el az Új Széchenyi Terv segítségével.

Fejérdy László

40. évfolyam-találkozó

Ha hiszed, ha nem, negyven éve diplomáztunk, ezért úgy gondoltuk, hogy találkozót szervezünk.

Időpont: 2013. május 11. szombat, 18 óra.
Helyszín: II. ker. Szilfa u. 2., Kájoni János Közösségi Ház

További információk:
06-20/310-8964
e-mail: edit@szots.hu

30. évfolyam-találkozó

Az 1983-ban, Budapesten végzett fogorvosok számára 2013 májusában évfolyam-találkozót szervezünk. Kérünk benneteket, hogy az alábbi elérhetőségeken mielőbb jelentkezzetek!

Karsai Tamás: +36-30-941-6615, karsait@t-online.hu, facebook/Karsai Tamás
Gönci Gábor: gonci@t-onlione.hu, facebook/Gönci Gábor
Konta Imre: kontaimre@t-online.hu

Karsai Tamás



Ünnepi beszéd 2013. március 14-én

Dr. Harsányi László egyetemi tanár, az SE I. sz. Sebészeti Klinika igazgatója tartotta az ünnepi beszédet az Egyetem március 15-i ünnepségén. Professzor úr a MOK Országos Etikai Bizottságának az elnöke, értékes gondolatait örömmel osztom meg a lap olvasóival.

Dr. Gerle János

Március 15-e a nemzet lelkében talán a legmélyebben gyökerező ünnep. Ez az az ünnepnap, amelyet soha, semmilyen rendszer nem tudott kisajátítani, amelyet minden magyar mindig, minden körülmények között magáénak érzett, s ezért meg is ünnepelte. Ünnepelte úgy, ahogyan az adott körülmények között tehette, vagy éppen ahogyan kellett: olykor rejtve, csendesen, olykor dacosan-kurucosan, olykor sanda aktualizáló szándékokra kajánul fittyet hányva, olykor méltóságteljes emlékezéssel jelezvén, hogy egyszer, régen kivívott szabadságához való jogát továbbra fenntartja. Az események ugyan sok, máig le nem zárt, vagy újra és újra feltehető kérdést hagytak maguk után: „Széchenyi vagy Kossuth? Fontolva haladás vagy radikalizmus? Halkszavú érvelés vagy gyújtó szónoklat? Áruló-e Görgey, vagy hős? Miért buktuk el?", de március 15-e, mint közös ünnep elvitathatatlanságát soha nem kérdőjelezte meg senki.

A 165. évfordulón se tegyünk tehát másként: bátran tűzzünk kokárdát, és ünnepeljünk együtt, őszintén, büszkén, szívből jövő módon, immár az események utáni 6. generációban, mert van mit ünnepelnünk: 1848-49-ben mintegy húsz hónapnyi időben Magyarország történelmet írt! Idézzük fel röviden, hogyan és miért is kezdődött!

A forradalmat közvetlenül megelőző években a végletekig polarizálódott, korhadó struktúrájú ország állapota – lakosainak társadalmi helyzetétől, nemzetiségétől függetlenül – minden volt inkább, semmint kielégítő. A főnemesség makacsul ragaszkodott ekkor már fenntarthatatlan előjogaihoz: amikor 1847 decemberében a pozsonyi országgyűlés például a hadiadót tárgyalta, amit a nemességnek is fizetnie kellett volna, a főrendi ház Vécsey Miklós szatmári főispán vezetésével felháborodottan követelte az adómentesség elvének további fenntartását. Dinasztikus gőgjüket azonban még ennél is jobban sértette, hogy mindehhez ráadásképp akadt köztük néhány botor ellenzéki mágnás is, főképpen az a fura Stefi gróf, aki könyveiben rendkívül különös dolgokat ajánlgat népének. Ez a Stefi ezért szemükben – szavaik szerint – már egyenesen egy „tulajdonrabló", egy „parasztlázító". Néhány öntudatos megyében ezért ezeket a lázító könyveket nyilvánosan el is égetik…

Az alsó néprétegekben a politikai jogfosztottságon, a feudális birtokviszonyokon túl az 1846. évi katasztrofálisan rossz mezőgazdasági év és egy több-okú gazdasági válság hatására – s erről csak ritkán beszélünk – a mérhetetlen nyomor is általánossá vált: 1847-ben Pesten kenyérosztást kellett kezdeni az éhező nép számára. Eötvös József ez idő tájt – a körülményektől nyilvánvalóan nem függetlenül – írta, és 1848 februárjában fejezte be „Magyarország 1514-ben" című korregényét, amely a Dózsa-lázadás álcáját felhasználó vádirat a XIX. sz. közepén még mindig uralkodó, tarthatatlan jobbágyrendszer ellen. Fényes Elek, a magyar statisztikai hivatalnak – figyelem: ugyancsak 1848-i évi! – megszervezője igen beszédes adatsort közöl a monarchiabéli nemességről. Míg Csehországban ekkor már csak minden 828. ember, Felső-Ausztriában minden 353., Alsó-Ausztriában minden 152. volt nemes, addig Magyarországon minden 20. embernek nemesi kiváltsága volt! A lassan öntudatra ébredő nemzetiségek pedig nyelvi követelések köntösébe öltöztették önállósági törekvéseiket, amelyeket a megosztásra törekvő bécsi kamarilla titokban erőteljesen ösztönzött és támogatott, hiszen ezzel kívánta megnyerni a maga számára a magyarellenes mozgalmakat. Csak zárójelben jegyezzük meg, hogy ennek kérdésnek a megoldatlansága vált később a bukás egyik legfőbb okává is, s következményei bizony máig hatóak…

Könnyen belátható tehát, hogy ez a társadalomszerkezet ekkorra már fenntarthatatlanná vált. Ilyen körülmények között érkezett 1848. február 18-án Pozsonyba és Pestre a hír, hogy Stájerországban összecsapás tört ki jobbágyok és földesurak között, mert a parasztok megtagadták a további dézsmafizetést. A kivezényelt osztrák katonaság beavatkozásának eredménye számtalan halott. Február 29-ről március 1-re virradó éjjelen pedig a párizsi forradalom híre is befutott. Kossuth vitathatatlan politikai éleslátására jellemzően azonnal megérzi, hogy a párizsi forradalom nem csak az egész szentszövetségi rendszer és a Metternich-rendszer bukását jelenti, hanem Magyarországon is megrendítő hatású lesz. „Ha Bécsben kitör a forradalom, akkor ez a vihar nálunk elsöpri Apponyit" jelenti ki március 11-én. A nemesi kiváltságok fenntartása mellett mindeddig – érintett kisnemesként érthető

módon – töretlen kiállását is nyomban feladja, s már március 6-án indítványozza, hogy az alsótábla vegye sürgős tárgyalással napirendre az örökváltság kérdését.
Eközben Pesten egy korábban többször kicsapott diák, egy később elcsapott színész, de az események idején már „csak" egy öntörvényű zseni március 12-én barátainak kijelenti: „olyan dalt írok, hogy meg fog tőle mozdulni az egész ország, még ezek a komisz pesti németek is". Március 14-re el is készül a verssel, „Rajta magyar, hí a haza" kezdettel. Állítólag aztán egyik barátja, Szikra Ferenc javaslatára át is írja másnapra a végleges „Talpra magyar" változatra, kényszeredetten ismervén el, hogy így sokkal jobb – de hát tudjuk, a zseni nehezen viseli a kritikát… Ugyanezen a napon pesti jurátusok – azaz a márciusi ifjak – 12 egyértelmű pontban tudják összegezni a sok tekintetben jelentősen megosztott társadalom legfontosabb közös követeléseit.
A dráma összes kelléke és szereplője március 15-én reggel tehát már színen van: kezdődhet az előadás! A további történések tárgyszerű felelevenítését azonban nem csak az idő hiánya miatt kell itt elhagynunk, hanem azért is, mert ezek már mindannyiunk számára jól ismertek – még ha emlékeinkben a valóságos események néha bizony össze-összemosódnak is a legendák, romantikus regények és kosztümös filmek pasztellképeivel. Az azonban tény, hogy győz a villámforradalom, s az 1848. március 17-i leirat alapján gróf Batthyány Lajos vezetésével már fel is áll az első alkotmányos, felelős magyar minisztérium.
A kezdet tehát felemelő. Ne feledjük azonban, hogy a most ünnepelt időszakot két szimbolikus dátum keretezi: 1848. március 15. és 1849. október 6., a dicsőséges kezdet és a tragikus végkifejlet. Utóbbira nem jó visszaemlékezni, s talán ezért is van, hogy midőn nincs magyar, aki ne tudná hibátlanul idézni Petőfi Nemzeti Dalának egyik két versszakát, addig nagyon kevesen ismerik, vagy ismerik fel a halála előtt pár nappal írt utolsó, korábbiakhoz képest nem kevésbé váteszi versét:

„Szörnyű idő, szörnyű idő!
S a szörnyűség mindegyre nő. Talán az ég
Megesküvék,
Hogy a magyart kiirtja.
…
Egy szálig elveszünk-e mi?
Vagy fog maradni valaki
Leírni e
Vad fekete
Időket a világnak?
S ha lesz ember, ki megmarad,
El tudja e gyászdolgokat
Beszélni, mint valának?
S ha elbeszéli úgy, amint
Megértük ezeket mi mind:
Akad-e majd,
Ki ennyi bajt
Elhiggyen, hogy történt?"

A dicső tavasztól a rákövetkező évi őszi gyásznapig tartó dráma tehát lepereg, sajátos, s jellemzően szomorú magyar dramaturgiával, és marad utána az örök kérdés: miért bukjuk el szinte mindig, szinte törvényszerűen harcainkat? Miért, hogy a forradalom és szabadságharc emlékét idéző ünnepségeinken mindig csak a dicső kezdetre emlékezünk, pedig a tragikus végnek talán még több a tanulsága? A kérdéseket történészek, társadalomtudósok generációi próbálták megválaszolni, mindmáig végleges eredmény nélkül. Talán egyszerűen azért, mert megválaszolhatatlanok, de talán sokkal inkább azért, mert a kérdésfelvetés típusa rossz: talán nem a Széchenyi vagy Kossuth szemléletű, hanem a Széchenyi és Kossuth-féle megközelítés volna a helyes… Megosztottság, kirekesztés egy nemzetet ugyanis könnyedén szakadékba taszíthat, míg a közös cselekvés magasba emelhet. A közös cél pedig sokkal szorosabb kötelék, mint nyelv, származás vagy társadalmi pozíció. Ne felejtsük: Széchenyinek sok éven keresztül súlyos küzdelmei vannak a magyar nyelvvel, Batthyány Lajos pedig még miniszter korában sem tud tökéletesen magyarul, ezért majd a debreceni országgyűléshez intézett lemondását is németül írja meg, mert nincs mellette a titkár, aki szabatos magyarra fordítsa. Vértanú tábornokaink etnikai sokfélesége, vagy a már halott bajtársának, a pór-tábornoknak percekkel későbbi kivégzése előtt kezet csókoló arisztokrata főtiszt története ugyan évente egyszer, s untig ismételt közhely, de példájuk és történetük a mindennapokban mintha csak sárguló történelemkönyvek hűlt betűiben élne.
Egész történelmünk, és benne 1848-49 legnagyobb, máig ható tanulsága számomra éppen az, hogy egy heterogén közösséget, legyen az bár család, nemzet, haza, 'horribile dictu' egy Egyetem, ma is csak nemes és közös célok tarthatnak össze. Napjainkban is égető szükség van közös eszményre, mert csak ettől nyerhetünk erőt, cselekvési szabadságot. Rendhagyó módon zárjuk ezért ezt az emlékezést az 1848-ban ugyan már 12 éve halott Berzsenyinek az akkori és mindenkori Magyarokhoz is szóló ódája örökérvényű figyelmeztetésével:

„… Nem sokaság, hanem
Lélek s szabad nép tesz csuda dolgokat.
Ez tette Rómát föld urává,
Ez Marathont s Budavárt híressé."

Szép ünnepet mindenkinek!

A praxisjog megújulása 3. rész

A működtetési jog megszerzése elidegenítéssel



Barzó Tímea

A praxisjog (praxis értéke)

1. A praxisjog értéke vállalkozó fogorvos esetén

Bár a vagyoni értékű jog nem dolog, mégis a praxisjog értékének meghatározásánál a dolog értékére vonatkozó szempontokat célszerű felhasználni.

A *dolog értéke* egyenlő annak pénzben kifejezett árával, amit meghatározhatnak

- *tisztán objektív szempontok,* valamint
- olyan *szubjektív körülmények*, melyek csak az adott személy vagy vállalkozás tekintetében bírnak jelentőséggel.

Másrészt a dolgok *hasznavehetősége* is az alapja a dolgok értékének *(használati érték)*, így fontos lehet annak vizsgálata is, hogy milyen értéke van az adott dolognak egy meghatározott személy sajátos gazdálkodása és egyéni viszonyai körében. Minden annyit ér, *amennyit a piac hajlandó érte megfizetni.* Ez a kereskedelmi alapigazság éppen úgy érvényes a lakások, gépjárművek, műtárgyak adásvételére, mint a praxisjog elidegenítésére.

Igen nehéz azonban bármilyen módszer meghatározása, egyrészt a praxisjog rendhagyó jellege és vonásai miatt, másrészt pedig azért, mert egy viszonylag új jogintézményről van szó.

Van olyan álláspont is, miszerint a praxisjog, mint vagyoni értékű jog értékelése technikailag semmilyen problémát nem okozhat, hiszen Magyarországon is ismert a *vállalkozások adásvétele.* Egy vállalkozás átruházása azonban egészen más, mint az orvost megillető praxisjog elidegenítése. A vállalkozás átadása a hozzá tartozó ingóságokkal, ingatlannal alkotja a praxist működtető cég vagyonát, míg a praxisjog az, ami kitölti tartalommal. A praxisjog csak egy adott orvos *személyéhez* köthető jogosultság, ami nélkül a vállalkozás nem más, mint egy bármilyen – ipari vagy kereskedelmi – szolgáltatást nyújtó cég. *Így mindenképpen külön kell választani a praxisjog, mint vagyoni értékkel rendelkező jog átruházását, a működtető vállalkozás vagyonának vagy esetleg egyes üzletrészek elidegenítésétől.*

A praxisjog értékének vizsgálatánál különösen nehéz annak a *szellemi, eszmei értéknek („goodwill”)* a meghatározása, melyet az orvos az adott körzetben hosszú évek gyógyító munkája során szerzett meg, alakított ki.

A praxisjog vagyoni értékének – másrészt – az adott jog *nyereségtermelő-képességén* kell alapulnia. Ennek kimutatását, felértékelését (auditálását) megfelelő szakemberek (könyvvizsgálók, adótanácsadók, ügyvédek, gazdasági szakemberek) segítségével lehet elvégezni, akik szakvéleményükben felelősséggel állapíthatják meg a reális vételárat.

Olyan módszert kell alkalmaznia az eladónak a vételár meghatározásánál, mellyel az értékelés szempontjait alaposan meg tudja indokolni a vevő felé. Ilyen lehet a direkt finanszírozás alapján *befolyó bevételek* alapul vételének módszere. Ez a bevétel azért lehet alkalmas a praxisjog adásvételi értékének meghatározására, mert a finanszírozási szerződés alapján folyamatosan befolyó tételt jelent, és mert összegszerűsége kimutatható, bizonyítható és ellenőrizhető a bankszámlán. A javasolt módszer az eladónak azért jó, mert biztonságos alapot nyújt számára a praxisjog értékének kialakításához, a vevő részére pedig azért, mert bizonyítékot kap arra, hogy a vételárat mennyi idő alatt tudja a megvásárolt vállalkozásból visszanyerni, azaz a beruházása *mennyi idő alatt térül meg.* Az igazolt bevételek felett megjelenő és realizálható nem könyvelt bevételek ezt a megtérülési időt lerövidíthetik.

A *vételár összegének* megállapításához célszerű a praxisjog gyakorlásával összefüggő, havonta igazolhatóan megjelenő *bevételek* bizonyos számú *többszörösét alapul* venni. Itt azonban azt kell tisztázni, hogy mit tekintünk igazolható bevételnek, illetve, hogy hány havi összegről lehet szó. A korábban kifejtettek értelmében *igazolható bevételnek* a finanszírozási szerződés alapján *havonta átutalt összegek* minősülnek. Természetesen nem kizárt egyedi esetben egyéb, praxisjogból eredő másodlagos jövedelem igazolása sem. Ezek azonban gyakran csak eseti jellegűek.

Megítélésem szerint a finanszírozás teljes havi összege *viszonyítási alap* lehet csupán. Az a kérdés, hogy a tényleges vételár, a havi összeg hányszorosa lesz, hogy a praxisjog a havi finanszírozási összeg hányszorosát éri, számos egyéb szemponttól és körülménytől függ:

- a fogorvosi praxisok esetén ki kell értékelni a *magánrendelés* forgalmából eredő bevételeket,
- figyelembe vehető a *hálapénz* és a *pénztárbizonylatokon nem szereplő* és nem igazolható készpénzes bevételek mértéke is. Ez az arány ugyanis közvetlenül befolyásolhatná a praxis értékét. Mivel azonban ezek le nem könyvelt adatok, melyek összegszerű kimutatása éppen a bizonylatok hiányában szinte lehetetlen, az értéknövelő hatás sokszor elmarad.

További fontos tényezők:

- a rendelő *földrajzi* helyzete, megközelíthetősége, területe,
- a betegkör pontos meghatározása,
- orvosi infrastruktúra (konkurencia),
- nyilvántartási rendszer minősége és megbízhatósága,
- alkalmazottak átvételével járó várható kiadások,
- a praxis betegek köréhez viszonyított forgalma,
- az a kérdés, hogy fejlődő vagy hanyatló tendenciát mutat a praxis, nő vagy csökken a praxis beteglétszáma,
- a betegek összetétele (fiatalok, idősebbek),
- az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződés tartalma, mennyire partner az önkormányzat a teherviselésben,
- a betegek és az átadó orvos személyes kapcsolata,
- alanyi jogon szerzett praxisjogról van-e szó, vagy sem [Az Ötv. hatályba lépése napján (2000. február hó 26.) fogorvosi tevékenységet végző orvostól szerzett praxisjog illetékmentességet élvez] stb.

Fontos szempont, hogy amennyiben egyszerre értékesíti az orvos praxisjogát és a rendelőt, ugyanazok a szempontok ne kerüljenek kétszer is értékelésre a vételár meghatározásánál!

Az évekig sikeresen működő eszköztámogatás miatt egyre jobban megszaporodott az alapellátást működtető egészségügyi szolgáltatók saját tulajdonába kerülő, a praxis kötelezően előírt minimumfelszereltségét gyarapító eszközök, ingóságok (számítógép, fogászati berendezések stb.) száma. Ilyen esetben külön megállapodásban kell rendezni a praxisjog és az esetlegesen átruházásra kerülő eszközök vételárát.

2. A praxisjog értéke közalkalmazott (munkavállaló) fogorvos esetén

Többször felmerült a kérdés az elmúlt években, hogy *közalkalmazotti jogviszonyban* (munkaviszonyban) dolgozó orvos rendelkezik-e praxisjoggal, és ha igen, van-e ténylegesen ilyen esetben is vagyoni értéke a praxisjognak. A praxisjog megszerzése – a hatályos jogi szabályozás értelmében – független attól, hogy az előírt feltételekkel rendelkező fogorvos milyen jogviszonyban látja el az alapellátás biztosításából eredő kötelezettségeit. A közalkalmazotti jogviszonyban (munkaviszonyban) dolgozó fogorvos praxisjogának értékesíthetősége és értéke tekintetében azonban eltérőek az álláspontok. A praxisjog elidegenítésénél az eladó helyet cserél a közalkalmazotti jogviszonyba, illetve munkaviszonyba belépővel. Ehhez azonban a *munkáltató beleegyezése* szükséges, ami legalább olyan nehézséget okozhat, mint az önkormányzati szerződés megkötése. A jogalkotó célja a praxisjog bevezetésével az volt, hogy egy nyugdíjkorhatárba érő és praxisát átruházni kívánó fogorvos akár közalkalmazott, munkavállaló, akár vállalkozó, öreg napjaira egyformán megteremthesse anyagi biztonságát. Ez a cél – egyértelműen látható, hogy – nem valósult és nem is valósítható meg. Ha a praxisjogot, mint vagyoni értékkel rendelkező jogot áruba bocsátjuk, akkor a vevő csak annyit fog és tud fizetni érte, amennyit az neki megér, amekkora befektetés méltányolható időn belül megtérül számára. A megtérülés ideje azonban jóval hosszabb egy közalkalmazottként vagy munkavállalóként megszerezhető praxisjog esetén, mint egyéni vagy társas vállalkozási formában. Ennek oka, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól befolyó bevétellel a helyi önkormányzat, illetve az általa létrehozott egészségügyi intézmény – mint az alapellátásért felelő szerv –, illetve a munkáltató rendelkezik, a praxisjogosult orvos bevételét a nettó havi fizetése jelenti. Ez az összeg és a közalkalmazotti jogviszonyból, illetve munkaviszonyból eredő kötöttségek nem csábítják a praxisjogot vásárolni szándékozó orvosokat. Másrészt azonban a közalkalmazotti, munkajogi állás sok orvos szemében komoly egzisztenciális biztonságot jelent a vállalkozói státusszal szemben, ezért nekik mindenképpen megéri egy ilyen jogviszonyban ellátható praxisjog megvásárlása.

Sokat emelhet egy közalkalmazotti praxis értékén, ha az önkormányzat szándéknyilatkozatával támogatja az alapellátás privatizálását, csak az eladó nem kívánt esetleg élni a lehetőséggel. Vannak azonban olyan kis beteglétszámú (óraszámú) önálló körzetek, amit nem érdemes kivinni vállalkozásba, mivel még az egészségügyi vállalkozás működési költségeit sem fedezné, nemhogy az orvos megélhetését. Az ilyen körzetekre vonatkozó praxisjog gyakorlatilag értéktelen.

Összegzésül megállapítható, hogy a praxisjog értékének meghatározásánál leginkább az *emberi szükséglet kielégítésére való alkalmasság* a legjobb értékmérő. Ez a megközelítés azért is igen találó, mert alkalmazkodik a vevőként szóba jöhető alanyi kör igényeihez. Számos példa bizonyítja, hogy igen nagy betegszámmal, magas OEP finanszírozással rendelkező praxisokat – többek között földrajzi elhelyezkedésük miatt – érdeklődő hiányában nem tudnak értékesíteni. Ezek a praxisok a fenti szempontok alapján több milliós vételárral kerülnek meghirdetésre, de sokszor eredménytelenül. Hiába kapcsolódik adott esetben a praxishoz rendszeres (jelentős) havi jövedelem, felszerelt rendelő, szolgálati lakás, ha például várostól messze lévő, nehezen megközelíthető területen fekszik a körzet. Kevésbé elégíti ki egy orvos igényét a periférián, nagy földrajzi területen fekvő, több csatolt kis lélekszámú község alkotta fogorvosi körzet nyújtotta lehetőség. Az elzártság, a gyerekek korlátozott iskoláztatási lehetősége és egyéb igények kielégíthetőségének hiánya devalválják az egyébként magas nyereségtermelő-képességgel rendelkező praxisok értékét.

Tájékoztatás pályázati támogatás odaítéléséről

A Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért 2012. évben pályázatot hirdetett a költségtérítéses szakorvosképzés rendszerében történő részvétel támogatására.
A beérkezett pályázatokat a Kuratórium 2012. november 30-án elbírálta, mely alapján az alábbi fogorvosok (25 fő) részesültek támogatásban.

A pályázók az elbírálás eredményéről írásban tájékoztatást kaptak és a támogatási összegek az érintettek részére 2012. december 10-én átutalásra kerültek.

Dr. Gerle János
kuratóriumi elnök

Név	Orvosi bélyegző száma	Kuratórium által jóváhagyott támogatási összeg
Dr. Alexa Ildikó	72781	100 000
Dr. Bernwallner Erika	73016	100 000
Dr. Bódis Beáta	71604	100 000
Dr. Dudás Renáta	72895	100 000
Dr. Frank Dorottya	69483	92 000
Dr. Gaál Enikő Klára	72899	100 000
Dr. Gazsi Edit	72898	100 000
Dr. Hegedüs Katalin	72647	100 000
Dr. Kayumi Kálmán Keneska	64538	100 000
Dr. Kiss Zsuzsa	72904	53 200
Dr. Nagy Fruzsina	72910	100 000
Dr. Nagy Gábor	72911	100 000
Dr. Oláh Eszter Borbála	72913	100 000
Dr. Olvasztó Pálma Judit	72914	100 000
Dr. Orosz Dea	72915	100 000
Dr. Ozsváth János	72916	100 000
Dr. Pátser Anikó	71628	100 000
Dr. Rácz Mariann	71634	100 000
Dr. Rostási-Szabó Judit Júlia	71974	90 000
Dr. Szura András	73284	100 000
Dr. Tóth Enikő Rita	72927	100 000
Dr. Tuska Fruzsina	71652	100 000
Dr. Vajda Katalin	72952	100 000
Dr. Varga Enikő	72953	100 000
Dr. Zvekán Péter	73323	100 000
Összesen		**2 435 200**

Belső Minőségirányítási Rendszer (MIR) kialakítása a fogorvosi praxisban.
Kézikönyv, dokumentáció, egyéb üzletviteli tanácsok, főként kezdő praxisoknak.
Érdeklődni lehet: Pulpa Bt. 06-20/4219-519.
E-mail: drterjekgyula@gmail.com

Költségelszámolás – adóoptimalizálás Cafeteria

A vállalkozóknak minden esetben érdemes átgondolniuk, hogy a bevételeiket mire és milyen formában kívánják felhasználni. Legyen szó akár az eredmények optimális elhatárolásáról, vagy saját maguk és alkalmazottaik számára adható Cafeteria használatáról. Ma Magyarországon elérhetők olyan lehetőségek, melyek rendeltetésszerű joggyakorlás mellett lényeges előnyöket biztosítanak számukra.

---

1. Vállalkozók saját maguk számára:

A vállalati bank-, illetve tőkeszámlától eltérően a pénzügyi tartalék képzésének van egy új formája, mely jogilag más megítélés alá esik, így olyan jogi, adóügyi és pénzügyi előnyöket biztosít, mely ettől eltérő formában nem elérhető.

A 2012. november 19-i törvénymódosítás következménye, hogy 2013. 01. 01-től csak a társas vállalkozások jogosultak ilyen jellegű megtakarítási formával élni, az egyéni vállalkozók saját magukra költségként nem számolhatják el. További fontos változás, hogy csak a rendszeres díjak, azaz amit az ember minden évben elhelyez, adó- és járulékmentesek.

Azonban rendkívül pozitív változás, hogy a jelen adójogszabályok mellett a hosszú távú megtakarításokat az állam támogatja egy kedvezményes adózási lehetőséggel.

Kiválóan alkalmas tartalék képzésére, vagy akár a későbbi terveik megvalósítására. Hiszen mindenki életében vannak olyan helyzetek, melyeket valakinek, valamikor valamilyen forrásból finanszíroznia kell. Ilyen például a saját időskori megélhetésünkről való gondolkodás. Lehet erre adózás után, de akár adózás előtt is gondolni.

Ezen a számlán elhelyezett összeg elkülönített vagyonnak minősül, így az nem perelhető, nem inkasszálható, mentesül a végrehajtási, csőd- és felszámolási eljárás alól.

A jelenleg hatályos adójogszabályoknak megfelelően az erre a számlára befizetett összeg **adó- és járulékmentes,** valamint a vállalkozás érdekében felmerült költségnek minősül, így a teljes összeg **költségként elszámolható,** valamint csökkenti a társasági adóalapot. Több olyan szerződés is a rendelkezésünkre áll, melyet a Pénzügyminisztérium vagy a Nemzetgazdasági Minisztérium feltételes határozata megerősít. Továbbá az sem mellékes, hogy az ezen a számlán lévő összeg **adó- és illetékmentesen öröklődik!**

2. Cafeteria a munkavállalóknak és a munkáltatóknak:

A MOK Komplex Kft. annak érdekében, hogy ügyfeleit minél szélesebb körben tudja kiszolgálni, új szolgáltatást vezetett be a tevékenységébe. Ez pedig nem más, mint az **adómentes utalványok értékesítése.**

Partnerünk egy 100%-ban magyar tulajdonú cég, amely az utalványpiacon tevékenykedik. Az utalványrendszerük működtetése önmagában nem cél, hanem egy eszköz annak érdekében, hogy a munkáltató, mint kifizető, jelentős költséget takarítson meg úgy, hogy a munkavállalói – bizonyos esetekben családtagjaik – jelentős többlet forráshoz jutnak.

Ezen lehetőség alapvetően három előnyt tud felsorakoztatni a munkáltató számára:

1. **Ugyanakkora ráfordításból nagyobb összegeket tud biztosítani a munkavállalójának – növeli a juttatást.**
2. **Ugyanakkora szolgáltatást kevesebb összegből tud megvalósítani - azaz spórol.**
3. **Saját maga számára is tud a cégéből tőkét kivonni.**

Mindegyik esetben a **megtakarítás** – mint haszon – **azonnal realizálható.**

Nincsenek rejtett költségek, nincs előírt megrendelési minimum vagy kötelezettség. Tevékenységükre jellemző a gyors, pontos kiszolgálás és elszámolás, ezért is növekszik mind forgalmuk, mind pedig partneri együttműködéseik száma, évről évre dinamikusan.

A részletekért forduljon hozzánk bizalommal!

Elérhetőségeink: **06-30/7373-694** és **mokkomplex@mok.hu**

Pölöskei Katalin
ügyvezető

Elérhetőség:
mokkomplex@mok.hu, 06-1/301-0804
www.mokkomlpex.hu

MOK KOMPLEX
Pénzügyi Tanácsadó Kft.

Tájékoztató

az OEP finanszírozott fogorvosi szolgáltatóknak a finanszírozást érintő számlavezetéssel kapcsolatos egyes szabályok változásáról

A fenti tárgykörben 2013. január 1-jétől hatályba lépett változásokat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (Kr.) tartalmazza. A változás lényegét röviden az alábbiakban foglaljuk össze.

2012. december 31-éig hatályban volt rendelkezések szerint:

Ebtv. 31. § (1) Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni

g)[1] a 35. § (1) bekezdése szerint a finanszírozásra kapott összegek elkülönített kezelésére szolgáló számla számát,

35. §

(1) Az egészségügyi szolgáltató fenntartója vagy működtetője – amennyiben több egészségügyi szolgáltatót is működtet – a finanszírozás keretében kapott összeget minden általa fenntartott egészségügyi szolgáltató tekintetében külön számlán kezeli. Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kezeli. Az egészségügyi szolgáltató elkülönített számlájának megterheléséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató és fenntartójának előzetes jóváhagyása. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10%-a engedményezhető.

(1a)[2] Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozási szerződés megkötésével, valamint a számla megváltozása esetén ennek bejelentésével egyidejűleg köteles nyilatkozni a finanszírozásra kapott összegek tekintetében elkülönítetten kezelt számláját vezető hitelintézetnek arról, hogy a számla a (2) bekezdés alapján elkülönítetten kezelt számla.

A fenti szabályok 2013. január 1-jétől az alábbiak szerint változtak:

Ebtv. 31. § (1) Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni

g)[3]

35. § (1)[4] Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kezeli. Az egészségügyi szolgáltató azon számlájának megterheléséhez, amelyre a finanszírozás keretében kapott összeg utalásra került, az e törvény végrehajtásáról szóló rendeletben meghatározott esetben szükséges az egészségügyi szolgáltató fenntartójának és – ha a megterhelést nem az egészségügyi szolgáltató kezdeményezte – az egészségügyi szolgáltatónak az előzetes jóváhagyása. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10 százaléka engedményezhető.

(1a)[5]

Kr. 22/B. §

(1) Az Ebtv. 35. § (1) bekezdésében előírt elkülönítési kötelezettségnek az egészségügyi szolgáltató a pénzügyileg teljesült bevételeinek és kiadásainak nyilvántartásában egyaránt köteles eleget tenni.

(2) Az OEP az általa folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi ellenőrzése során pénzforgalmi szemléletben vizsgálja az Ebtv. 35. § (1) és (2) bekezdésében előírtak teljesítését.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatónak megváltozik a bankszámlaszáma, akkor a módosított bankszámlaszerződés másolatát a finanszírozó felé egyidejűleg be kell nyújtani, mely alapján a finanszírozó módosítja a finanszírozási szerződést a következő havi utaláshoz.

A módosított Ebtv. alapján már nem terheli az elkülönített bankszámlanyitási, ill. vezetési kötelezettség a szolgáltatókat, de a számviteli rendszerben továbbra is elkülönítetten kell kezelni a finanszírozási díjat.

---

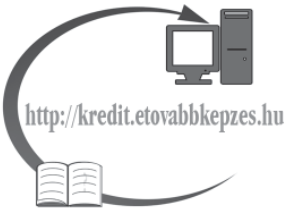
[1] Az 1997. évi LXXXIII. törvény 31. § (1) bekezdés g) pontját a 2011. évi CLXXX. törvény 87. §-a iktatta be. Hatályos: 2012.03.15.
z 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (1) bekezdése a 2009. évi CLIV. törvény 22. § (1) bekezdésének megfelelően megállapított szöveg. Hatályos: 2010.01.01.

[2] Az 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (1a) bekezdését a 2011. évi CLXXX. törvény 88. §-a iktatta be. Hatályos: 2012.03.15.

[3] A 2012. évi CCXII. törvény 37. § f) pontja hatályon kívül helyezte. Hatályos: 2013. 01. 01.

[4] Az 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (1) bekezdése a 2012. évi CCXII. törvény 22. §-ának megfelelően megállapított szöveg. Hatályos: 2013.01.01.

[5] A 2012. évi CCXII. törvény 37. § g) pontja hatályon kívül helyezte. Hatályos: 2013. 01. 01.
217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 22/B. §-át a 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelet 13. §-a iktatta be. Hatályos: 2013.01.01.



Távoktatás

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Bizottsága távoktatási rendszerében az on-line továbbképzésben meghirdetett közlemények bibliográfiája, melyekre vonatkozó tesztvizsgakérdések a http://kredit.etovabbkepzes.hu internetes oldalon olvashatók.

Dr. Török Bálint, Dr. Gera István, Dr. Mészáros Ágnes, Dr. Windisch Péter

Foghúzást követőn előálló, előrehaladott horizonto-vertikális csontdefektussal rendelkező fogatlan gerinc rehabilitációja

Három eset ismertetése

Magyar Fogorvos, XXII. évf. 2013/1. 5–14. oldal

Dr. Gera István

A desquamatív gingivitis jelentősége és kezelési lehetőségei

Magyar Fogorvos, XXII. évf. 2013/1. 16–25. oldal

Dr. Vámos Dávid, Dr. Újpál Márta, Dr. Huszár Tamás, Dr. Vaszilkó Mihály, Dr. Németh Zsolt

Arcüreg felé áttörő, follikuláris cisztával körülvett bölcsességfogak

Esetismertetés, irodalmi összefoglalás

Fogorvosi Szemle, 105. évf. 2012/4. 141. oldal

Dr. Kivovics Márton

„Osteobiol" és a Magyarországon alkalmazott csontpótló anyagok (Irodalmi összefoglalás)

Fogorvosi Szemle, 106. évf. 2013/1. 33. oldal



Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága

PERSPEKTÍVÁK A PARO-IMPLANTOLÓGIÁBAN

A Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának Tudományos Továbbképző Konferenciája

Szeged, 2013. április 26 – 27.

Meghívott előadók:

- Dennis TARNOW (NYC, USA)
- Torsten JEMT (Svédország)
- Egon EUWE (Olaszország)
- Frank SCHWARZ (Németország)
- Sofia AROCA (Franciaország)
- Stefan PAUL (Svájc)
- WINDISCH Péter (Magyarország)
- Alberto FONZAR (Olaszország)
- Stefen KOUBI (Franciaország)
- Violet HARASZTHY (Buffalo, USA)
- Scott GANZ (USA)
- URBÁN István (Magyarország)

A két napos továbbképzés 26 szabadon választható pontra akkreditált.
A szakdolgozói akkreditáció folyamatban van.

www.symposiumszeged.com

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

Kongresszusi információk:
C&T Hungary Kft.
6720 Szeged, Dugonics tér 12.
Tel./fax: +36 62 548 485
E-mail: congress@congresstravel.hu
www.congresstravel.hu

A Konferencia elnöke:
Nagy Katalin
SZTE Fogorvostudományi Kar

A tudományos bizottság elnöke:
Urbán István
SZTE Fogorvostudományi Kar

Médiatámogató:
QUINTESSENZ VERLAG

Állásfoglalás

a „bazális” implantátumrendszerrel és a „PEEK” műanyag implantátumrendszerrel kapcsolatosan

Napjainkban rendkívül nagy számban kerülnek piacra újabb és újabb implantációs rendszerek. Elvárható módon egy-egy új implantátum piaci megjelenését szigorú protokollok előzik meg. Ez azt jelenti, hogy új terméket csak akkor lehet bevezetni, ha megfelelően dokumentált, és szakmailag elfogadható tudományos vizsgálatok állnak rendelkezésre annak biológiai, élettani és egyéb tulajdonságairól. Az alapkutatásokon túl széleskörű klinikai vizsgálatok eredményei is szükségesek, melyek nemzetközileg is elismert, tudományosan elfogadott szaklapokban kell, hogy publikálásra kerüljenek. Ezek megfelelő hitelességet biztosítanak az adott termék minőségét és megbízhatóságát tekintve, valamint az implantátumot felhasználó orvosok ezek által tudják megvédeni magukat, ha vitás kérdések merülnének fel az adott rendszerrel kapcsolatban.

Magyarországon az utóbbi időben megjelentek olyan implantátumgyártók és implantátumtípusok, amelyek bizonyíthatóan nem felelnek meg a fenti feltételeknek, de sajnos a hazai rendszer sajátosságaiból adódóan minden külön engedélyeztetési vagy véleményezési eljárás nélkül elkezdhetik forgalmazni, használni, sőt népszerűsíteni őket.

Az Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelet és a Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága Elnöksége közös állásfoglalásában aggodalmának ad hangot ezekkel kapcsolatban, és nevesítve ezúton hívja fel a kollégák és a szakma figyelmét arra, hogy a „bazális”-nak nevezett implantátumok, illetve a „PEEK” műanyag implantátumok nem felelnek meg a korszerű implantológia alapelveinek. Sem biológiai, sem biomechanikai, sem protetikai szempontból nem tartjuk elfogadhatónak a nevezett implantátumokat. Ezért, valamint a velük szerzett tapasztalatok hiányos és nem kellően hiteles dokumentációja miatt ezek használatát, beültetését szakmailag hibásnak minősítjük. Ebből adódóan azokat a kollégákat, akik ezeket az implantátumokat saját felelősségükre fogorvosi helyreállítás céljából mégis beültetik, és ebből következően esetleg szakmai, igazságügyi vagy jogi vitás ügybe keverednek, nem áll módunkban támogatni, illetve megvédeni.

A MAFIT elnöksége szerint a lege artis, vagyis a szakma szabályai szerinti gyógyítás alapelveivel ellentétes ezeknek az implantátumoknak az alkalmazása, vagyis szakmai hibának minősíthető. Tisztelt kollégák, kérjük, a fentiek figyelembevételével kellő súllyal mérlegeljék ezeknek a rendszereknek a felhasználását, és szíveskedjenek erről kollégáikat is tájékoztatni.

Budapest, 2013. március 10.

Dr. Nagy Katalin
egyetemi tanár
Magyar Fogorvosok Implantológiai Társaságának Elnöke

Dr. Kivovics Péter
egyetemi docens
Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelő Főorvos



Új intézet a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet



Dr. Fejérdy Pál dékán rektori megbízottként kézjegyével látja el az integrációs megállapodást

2013. március 29-én aláírásra került az a dokumentum, mely szerint a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet kezelésében működő Központi Stomatológiai Intézet átkerült a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar irányítása alá. Ezzel a Központi Stomatológiai Intézet jogutódlással megszűnt. Az intézet a Fogorvostudományi Karon belül működik tovább. Az intézet új neve Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet. Az intézet vezetésének munkáját a megszűnt Központi Stomatológiai Intézet főigazgatója, dr. Kivovics Péter, mint megbízott intézetigazgató egyetemi docens látja el.

– Megkérdeztük dr. Kivovics Péter megbízott intézetigazgatót, melyek voltak az integrációs folyamat főbb állomásai.

– 2011-ben a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet kiírta a Központi Stomatológiai Intézet főigazgatói álláspályázatát. Ez a pályázat eredménytelen lett. Ezt követően 2012-ben újra kiírták, ezt pályáztam és nyertem meg.

– Milyen okok vezettek a pályázat benyújtásához?

– Egyrészt a pályázat benyújtására olyan régi oktatóim, munkatársaim, barátaim bíztattak, akiknek a szavára mindig oda kell figyelni, másrészt vonzott a kihívás, hiszen, úgy gondolom, egy nagy múltú intézetet kell a szakmai és az etikai hanyatlás után új, felfelé ívelő pályára állítani.

– Nem lehetett könnyű döntés, hiszen 1979. január 1-je óta elkötelezett oktatója a Semmelweis Orvostudományi Egyetemnek, majd a Semmelweis Egyetemnek. 2011-ben Kiváló Oktató Kitüntetést is kapott, amit az egyetem rektora adott át ünnepélyes keretek között.

– Igen, valóban nem volt könnyű döntés. Ezer szál köt a Fogorvostudományi Karhoz, a Fogpótlástani Klinikához, és igen hálás vagyok, hogy oktatási tevékenységem nem szakadt meg. Mint részfoglalkozású docens, továbbra is előadója maradhattam a teljes foghiányok gyógyítása kurrikulumnak, és gyakorlatokat vezethetek magyar és angol nyelven is. Remélem, ezt továbbra is folytathatom.

– Melyek voltak nyertes pályázatának főbb pontjai, célkitűzései?

– Talán a legfontosabb célkitűzés az, hogy a Központi Stomatológiai Intézetet a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karába integráljuk különálló intézetként, mely oktatási feladatokat is ellát. Ez lehetővé tenné, hogy a fogorvostan-hallgatók és a szakorvosjelöltek több gyakorlati, manuális lehetőséget kapjanak ismereteik fejlesztésére. Igen fontos része volt pályázatomnak a korszerű osztálystruktúra kialakítása, mely nem csupán a magasabb színvonalú gyógyító-megelőző, kutatási és oktatási tevékenységet támogatná, hanem segítene a megfelelő finanszírozás előteremtésében. Koncepciónk szerint a klasszikus egyetemi-klinikai feladatok – oktatási aktivitás, gyógyító-megelőző munka és kutatási tevékenység – mellé fel kell zárkóznia a szolgáltatási aktivitásnak, mely anyagi forrásokat teremt a másik három tevékenységhez. A korszerű osztálystruktúra lehetővé teszi különböző magyarországi és európai uniós pályázatok benyújtását, amelyektől további fejlődési lehetőségeket várunk.

– Milyen szakmai állapotban találta a Központi Stomatológiai Intézetet?

– Az első hónap a tájékozódás jegyében telt el, ez idő alatt megdöbbentő tények tárultak fel előttem. Nem voltak rendszeresen főorvosi, illetve osztályértekezletek, a munkaidő betartását senki sem ellenőrizte, a betegellátás őrizte a hetvenes-nyolcvanas évek standardjait, az intézetből több mint húsz éve nem jelent meg impaktfaktoros fogászati közlemény, az intézet egyes dolgozóinál – finoman szólva – összemosódtak az intézeti és magánorvosi tevékenységek. A betegellátási tevékenyég eredményessége ellenőrizetlen maradt. Az intézet dolgozóinak körülbelül a fele nyugdíjas volt. A hetven évnél idősebb dolgozók száma 10 fölött volt, és még hosszasan sorolhatnám a megdöbbentő tényeket. Az Orsós professzor idejében kiemelkedő tudományos, betegellátási és továbbképzési teljesítményeket mutató Intézet 2012-re árnyékává vált önmagának, jelentős tehertételt jelentve fenntartójának és az egész szakmának.

– Milyen gazdasági állapotban találta a Központi Stomatológiai Intézetet?

– A felhalmozott hiány olyan mértéket ért el, hogy komolyan felvetődött a fenntartó részéről az intézet megszüntetése. A Központi Stomatológiai Intézetnek az integráció pillanatában 200 millió forintot jóval meghaladó hiánya volt. Ez az összeg összehasonlítva más kórhá-

zak hiányával nominálisan kisebb, azonban ha az intézmény költségvetéséhez viszonyítjuk, az egyik legnagyobb az országban. A hiány kiegyenlítésében a Semmelweis Egyetem és a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet vett részt. Nem volt könnyű helyzet, de intézeten belül és kívül segítőtársakra, támogatókra találtam, amiért nagyon hálás vagyok.

– Miből adódhatott az óriási adóság felhalmozása?

– Nem vagyok gazdasági szakember, válaszomban csak arra támaszkodhatom, amit az European Organization for Quality Minőségügyi rendszerspecifikus auditorképzésen elsajátítottam, valamint a szakfelügyelői munkám során tapasztaltam. Úgy gondolom, hogy a magas adósság három fő oka az igen drágán vásárolt szolgáltatások, a dolgozók elöregedése és nem utolsósorban a nem megfelelő finanszírozás volt.

– Melyek voltak az első intézkedései?

– A tények és a helyi viszonyok kedvezőtlenebb részének megismerése után első intézkedésem az volt, hogy mégsem mondok le. De félre a tréfát! Első intézkedéseim közé tartozott az intézeten belüli tiltott magánpraxis minél teljesebb visszaszorítása, ezáltal az etikai helyzet és a társadalombiztosítási bevételek növelése. Csupán ez az intézkedés 37%-os TB bevétel-növekedést eredményezett. Ezt követte a hetven éven felüli dolgozóktól való fokozatos megválás, ez is sokat javított az intézet anyagi helyzetén, a betegellátás területén pedig semmit nem rontott. Ezzel párhuzamosan átalakítottuk az elavult osztálystruktúrát, és bevételnövelő intézkedéseket tettünk. Jelenleg csupán három nyugdíjkorhatárt túllépő dolgozó maradt a munkatársak között, az ő munkájukra szükség van az Intézet zavartalan működéséhez. A többi nyugdíjkorhatárt túllépő dolgozó felmondási idejét tölti. Főigazgatói kinevezésem és az egyetemi integráció között hét hónap telt el. Ez idő alatt sikerült olyan változtatásokat létrehozni, amelyek lehetővé tették az egyesülést, de a munka korántsem ért véget. Mindezeket az átalakításokat úgy kellett levezényelni, hogy a betegellátás folyamatos és problémamentes legyen. Tartottam például attól, hogy a nyugdíjas dolgozóktól való megválás ellátási nehézségeket fog okozni, de nem így történt. Sőt, a teljesítmény mind mennyiségben, mind minőségben javult. Az első perctől támaszkodhattam a jól képzett és eurokompatibilis tudással bíró fiatal kollégákra, akik sohasem hagytak cserben.

– Akadtak-e segítőtársai ebben a munkában?

– Igen, jelentős támogatást kaptam az egyetemi és a GYEMSZI vezetéstől, és az intézeten belül is akadtak támogatóim, főleg a fiatalabb munkatársak köréből. Szükségem is volt a támogatásra, hiszen jelentős ellenérdekeltséggel találtuk szemben magunkat. Név szerint két közvetlen munkatársamat említeném meg. Sáfrány Máriát, aki felkérésemre az intézet vezető asszisztensi funkcióját tölti be, és az intézet belső életének átalakítását nélküle nem tudtam volna végigvinni. Továbbá Juhász Irént, aki a csatlakozási folyamat utolsó hónapjában, mint a Semmelweis Egyetem gazdasági főigazgatójának megbízottja, hozta tető alá az egyesülést, és akinek munkája nélkül az integráció nem jöhetett volna létre.

– Hol helyezkedik el a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet a Fogorvostudományi Karon belül?

– Az intézetnek jelenleg 113 aktív dolgozója van, ebből 46 orvos. Mint ilyen, a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet a Fogorvostudományi Kar legnagyobb létszámú és legtöbb beteget ellátó intézete lett, mely a hét minden napján, egész nap ellátást nyújt. Ahogy ezt divatosan mondják manapság, 24/7-es tevékenység. Ez igen nagy munkát és felelősséget ró az intézet munkatársaira és vezetésére. Továbbra is számítok a Semmelweis Egyetem, a Fogorvostudományi Kar klinikáinak és intézeteinek segítő hozzáállására, a dolgozók és a vezetők szakmai és erkölcsi támogatására.

– Mennyi időbe telik további terveinek kivitelezése?

– A kitűzött célok megvalósítása nem megy egyik napról a másikra. A változásokat fokozatosan szeretnénk bevezetni, úgy, hogy a betegellátás és az oktatás ne szenvedjen csorbát, és beinduljon a tudományos tevékenység is. Úgy gondolom, hogy a célkitűzések nagy része egymásfél év alatt megvalósítható.

– Mi történik a Fog- és Szájbetegségek Országos Intézetével, mely az épületen belül működik?

– Az államtitkárság felterjesztésével a miniszter egyetértve rendelkezett az Országos Intézet 2012. december 31-ével történő jogutód nélküli megszüntetéséről. Munkáját, tevékenységét átvette az Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelet. A Fog- és Szájbetegségek Országos Intézetének igazgatója és igazgatóhelyettese felmondási idejét tölti.

– Barátai, munkatársai szerint munkabírása legendás, de az elmondottak rengeteg elfoglaltságot jelentenek. Hogyan fogja erővel bírni?

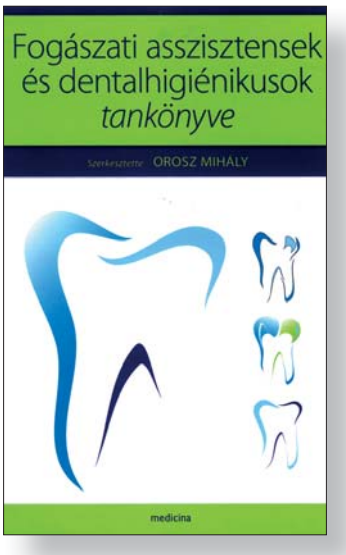
– Tudom és érzem, hogy barátaim és munkatársaim nagy része támogat és segít a munkámban. A legfontosabb számomra azonban családom támogatása. Biztatásuk, bátorításuk sokat jelent nekem.

– Köszönjük a beszélgetést és sok sikert kívánunk munkájához!

– Köszönöm a szerkesztőség jókívánságait és érdeklődését!

Orosz Mihály

A fogászati asszisztensek és dentalhigiénikusok tankönyve



A Medicina könyvkiadó gondozásában megjelent „A fogászati asszisztensek és dentalhigiénikusok tankönyve" második, átdolgozott és bővített kiadása. A fogászati ellátórendszer hatékony működése elképzelhetetlen jól összeszokott csapatmunka nélkül, mely közösség fontos tagjai a fogászati asszisztensek és a klinikai fogászati higiénikusok.

A szerző előző, e témában írt munkája a mai napig a szakterület hivatalos tankönyve és az előző kiadás óta eltelt közel két évtized (1996) alatt több száz fogászati asszisztens és dentalhigiénikus számára jelentette a fogászati tanulmányaik forrását.

Ismerve a magyarországi képzés struktúráját, illetve a diploma utáni elhelyezkedési lehetőségeket – tudniillik a klinikai fogászati higiénikusok nagy része asszisztensi munkát folytat – teljesen indokolt a két terület számára közös tankönyv készítése. E sorok írója maga is hosszú éveken keresztül vett részt mind a fogászati asszisztensek, mind pedig a dentalhigiénikusok oktatásában, így van némi rálátása a képzés sajátosságaira, illetve van személyes tapasztalata az előző tankönyv használatáról. Amikor először kézbe vettem a könyvet, sokkal inkább az volt az érzésem, hogy nem is egy régi könyv átdolgozott kiadása, hanem egy teljesen új kézikönyv, amely jól fogja szolgálni a tanulók felkészülését. Átlapozva ismét a régi könyvet, meg lehet állapítani, hogy valóban igaz, hogy az új könyv az előző átdolgozott és bővített kiadása, de azt feltétlenül hozzá kell tenni, hogy ez az átdolgozás annyira jól sikerült, hogy tényleg az az olvasó érzése, mintha egy teljesen új könyvet forgatna.

A tankönyv 16 fő fejezetben foglalja össze az ismereteket, melyeket nagyszámú, jó minőségű színes és fekete-fehér ábra illusztrál, teszi könnyebben érthetővé az olvasottakat. Didaktikusan, az egyes fogászati diszciplínákat sorra véve tárgyalja a fogorvostudomány részterületeinél elengedhetetlenül fontos információkat, melyeket az adott szakterület elismert képviselői jegyeznek. Egyetemi oktatóként öröm volt lapozgatni az egyes fejezeteket, amelyek néhol az egyetemi jegyzet színvonalát is elérik mind tartalmukban, mind pedig alaposságukban. Az egyes fogászati szakterületek bemutatásakor a részterületek szerzői igyekeztek a legújabb technológiákat és anyagokat ismertetni, illetve azt a szemléletet tükrözni, amely a hivatalos egyetemi tankönyvek iránymutatásával egybecseng, ezzel is elősegítve orvos és segítője közti összhang létrejöttét. A kor követelményeinek megfelelően külön fejezet tekinti át az implantológia területét, hangsúlyt kap az infekciókontroll, amely az egyre jobban terjedő keresztfertőzések miatt különösen aktuális. Szemléletes ábrákkal – atlaszszerűen – veszi sorra a könyv az orális medicina tárgykörébe tartozó szájüregi elváltozásokat, és helyet kapott nagy terjedelemben a különböző képalkotók bemutatása, beleértve a legmodernebb diagnosztikus lehetőségeket is. Ez azért is fontos, mert az új minimumfeltételeknek megfelelően ma a szabályokhoz igazodva készíthet röntgenfelvételt, akinek van bővített sugárvédelmi ismeretekről diplomája, és ez sok rendelő esetében fogászati asszisztens. A fogmegtartó kezelések bemutatásakor a legmodernebb esztétikai fogászatban alkalmazott eljárásokkal ismerkedhetünk meg, illetve képet kapunk az endodontiai

European Academy of Esthetic Dentistry

Meghívó

Az Esztétikai Fogászat Európai Akadémiája ezúton hívja meg a Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának tagjait az Esztétikai Fogászat Európai Akadémiájának 27. éves találkozójára.

Helyszín: Kréta, Elounda Bay Palace
Időpont: 2013. május 30–június 1.

További információk az alábbi linken találhatók:
http://www.eaed.org/

kezelésekkor szükséges teendőkről. Fontos, a fogászati team minden résztvevője számára nélkülözhetetlen, a rendelőben előforduló rosszullétek ismerete. A könyv igyekszik összefoglalni azokat a kórképeket, amelyekkel leginkább találkozhat a fogászati asszisztens a rendelés során, és természetesen a diagnózis felállításához szükséges információkon túl az azonnali teendőket is sorolja a fejezet.

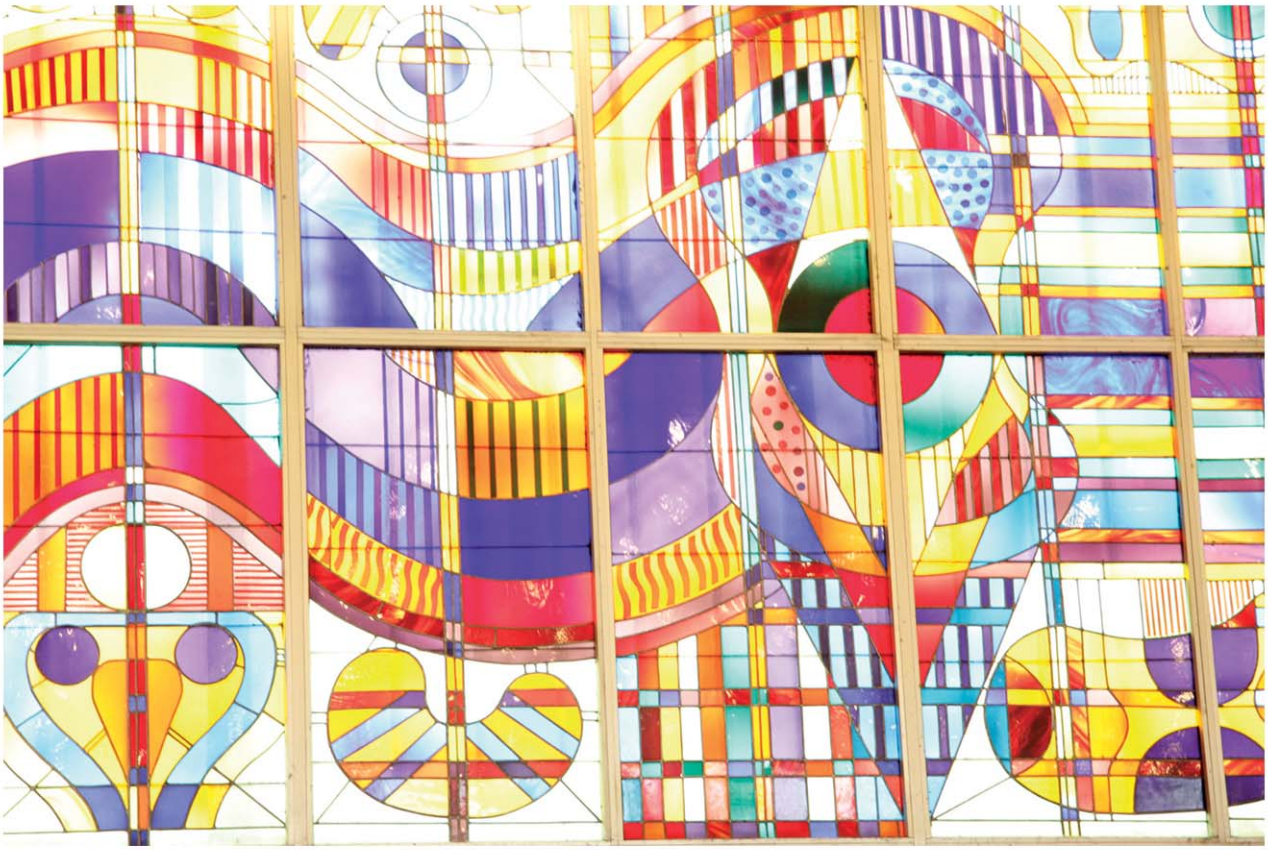
Egy nagyon hasznos fejezete a könyvnek az asszisztensekre és dentalhigiénikusokra vonatkozó alapvető jogszabályok ismertetése, azoknak az etikai, jogi, hatósági kérdéseknek az összefoglalása, amelynek ismerete a mai rendelő működéséhez elengedhetetlen.

Minden fejezet végén található egy összefoglalás, mely tömören összegzi a leglényegesebb pontokat, és a tanultak visszaigazolásához ad támpontot a szintén a fejezetek végén feltett kérdések gyűjteménye. Egy tankönyvet furcsa dolog ajánlani, hiszen tudjuk, akinek éppen ez a kötelező feladata, a legszebb kivitel és a legigényesebb tartalom mellett sem fogja lelkesedésből forgatni a könyvet, viszont azt nyugodtan ki lehet jelenteni, aki lelkiismeretes diák módjára végigolvassa a leírtakat, az mélyebb tudással vághat neki rendelői feladatai elvégzésének. Ajánlani tudom a tankönyvet nemcsak a leendő fogászati asszisztens és klinikai fogászati higiénikus tanulóknak, de biztatom a már végzett kollégákat is – asszisztenseket, dentalhigiénikusokat egyaránt –, akik még a régi könyvből vizsgáztak, hogy olvassák az új könyvet, sok hasznos, új információt fognak találni. Ugyan a könyv már a címében is meghatározza a célcsoportot, ettől függetlenül úgy gondolom, fogorvosok számára sem haszontalan áttanulmányozni, mit is vár ma el az iskola, segítőink felkészítésekor, arról nem beszélve, hogy bizton állíthatom, mi fogorvosok is fogunk újdonságokkal, megfontolandó technológiákkal találkozni az olvasás során.

(Az egyes fejezetek szerzői: Dr. Bartha Károly, †Dr. Dénes József, Dr. Dombi Csaba, Dr. Donáth Tibor, Dr. Fazekas András, Dr. Fazekas Árpád, Dr. Gábris Katalin, Dr. Gallatz Katalin, Dr. Gera István, Dr. Golopenza Pál, Dr. Orosz Mihály, Dr. Pataky Levente, Dr. Radnai Márta, Dr. Sonkodi István, Dr. Szőke Judit, Dr. Sztrilich András, Dr. Tarján Ildikó.)

Dr. Hermann Péter
egyetemi tanár





IX. Magyar Fogorvosnapok

2013. május 10-11.

IX. Magyar Fogorvosnapok
XIV. Hungarodent Fogászati Szakkiállítás

2013. május 10-11.
Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb
(Budapest, Nagyvárad tér 4.)

Részletek és pontos információk lapunk 88. oldalán olvashatók.

Szeretettel várunk minden kedves érdeklődőt!

Calcicur® új applikációs kanüllel

A Calcicur, a VOCO jól bevált használatra kész kalcium-hidroxid pasztája, a továbbfejlesztett kanülnek köszönhetően még egyszerűbben használható Az új, flexibilis 47-es típusú kanül a különösen keskeny formájának köszönhetően a gyökércsatornában is használható. Átmérője mindössze 0,6 mm, a hossza 20 mm. A szárnyak segítségével könnyen a helyére rögzíthető a fecskendőn, a biztonsági zár pedig biztosítja a szoros kapcsolatot.

A Calcicur alkalmazható direct pulpasapkázásra és pulpotómia után, valamint indirekt pulpasapkázásra káriesz profunda esetén. Továbbá alkalmas gyökércsatorna ideiglenes tömésére. Használatra kész és azonnal alkalmazható mindenféle alábélelő és restaurációs anyaggal együtt. A magas, több mint 12,5-ös pH-érték biztosítja az antimikrobiális hatást. A 45% kalcium-hidroxid tartalmú, röntgenárnyékot adó Calcicur, elősegíti a tercier dentin kialakulását és hatékonyan védi a pulpát.



Megszokott minőség, új méret



A Rebilda Post, a VOCO jól bevált, üvegszállal erősített kompozit gyökércsapjának 1,0 mm átmérőjű, kiegészítő mérete. Az új méretű csap ideálisan kiegészíti a már létező 1,2 mm, 1,5 mm és 2,0 mm átmérőjű méreteket. A csapok mellett a Rebilda Post fúrók is kiegészültek az új mérettel. Az új csap és a fúró kis átmérője miatt anatómiailag nagyon jól illeszkedik a gyökércsatornához, és így lehetővé teszi különösen a premolárisok vagy kisebb molárisok biztonságos ellátását, az egészséges foganyag megtartása mellett. Ezáltal elkerülhető a gyökérperforáció.

A Rebilda Post ideális kiegészítője a Rebilda DC kettős kötésű csonkfelépítő és csaprögzítő anyag. Az adhezív technikával rögzített nagyfokú radiopacitással rendelkező, transzlucens és rendkívül esztétikus, fémmentes Rebilda Post pótlásokat a dentin-szerű hajlítási modulus teszi tartóssá. Az új méret ötdarabos csomagolásban kapható, mindegyik külön buborékfóliába csomagolva. A megfelelő méretű fúró külön is rendelhető.



Tavaszi kiállítások

Női sorsok a világban

A Marie Claire magazin megalakulása óta folyamatosan gyűjti a nők történeteit szerte a világban. Jól ismerjük e történetek súlyát és az őket kísérő fotók erejét. Vannak olyan fotóriportok, amelyek hosszan élnek bennünk, amelyeket nem felejtünk el soha, mert elementáris erővel hatottak ránk: elgondolkodtattak, megnevettettek vagy éppen könnyeket csaltak a szemünkbe. Tehetséges, bátor, érzékeny szemű fotósok munkái, akik az évek során nők ezreit követték a kamerájukkal, megörökítették az örömeiket, a szenvedéseiket, elszánt harcaikat és megérdemelt győzelmeiket a világ különböző pontjain.

A Marie Claire 2012-ben hirdette meg először nemzetközi fotópályázatát Marie Claire International Photography Award néven. Ez a világon az első olyan nemzetközi fotópályázat és díj, amelyre a nők helyzetét bemutató képsorozatokat vártak a világ bármely pontján élő professzionális fotográfusoktól. A 100 fotóból álló utazó kiállításnak, amely a döntőbe jutott tíz fotós sorozatait mutatja be, első állomása Budapest, a Magyar Fotográfusok Háza – Mai Manó Ház.

Más szerepek, különböző helyszínek. Rabok, katonák, még szinte gyermekanyák. Csaknem reménytelen körülmények között, egyedüli családfenntartóként élő, a jövőben mégis bízó anya. A párja mellett végsőkig kitartó asszony, egy, a többség szempontrendszere alapján szélsőség értékrendűnek tekinthető anya a kislányával. Betegek, akik számára az élet maga a kór. Az ima erejében hívők, a társadalmilag elvárt szerepek megváltozatását célul kitűző fiatalok… Mind, mind nők, a mindennapok hősei.

A kiállított sorozatok – egy kivételével – a valóságot tekintik kiindulópontnak, és annak megörökítésével foglalkoznak. Az események sorából gyakran nehéz, olykor örömteli pillanatokat emelnek ki, portrékban, csendéletekben, szituációkat fényképezve mutatják meg a nők különböző helyzetét, feladatait, arcait.



Társadalmilag érzékeny témák iránt erős elkötelezettségű fotográfusok mind, akik akár közösségek életét feltárva, akár egyetlen sors példájával bizonyítják, hogy hisznek a fotográfia erejében, a képi történetmondás fontosságában, és nem felejtik, hogy akár egyetlen kép is változtathat a világon.

Megtekinthető: 2013. március 8. – május 5.

Fehér László album

Fehér László Kossuth-díjas festőművész ma egyik legnépszerűbb kortárs festőnk. Fehér László 1953. március 17-én született, 60. születésnapjára kiállítása nyílt Budapesten a Társalgó Galériában Festészetét a sokszínűség, útkeresés jellemzi. Kezdetektől fontos maradt számára a hiperrealista ábrázolásmód: a valóság objektív, személytelen, hűvös megjelenítése. A Kossuth Kiadó a kiállítással egy időben gyönyörű, gazdagon illusztrált háromnyelvű (magyar-orosz-angol) albumot jelentetett meg Fehér László címen, amelyben Alexander Borovsky, a Szentpétervári Orosz Állami Múzeum igazgatója, nemzetközileg elismert műkritikus, történész válogatott a szentpétervári születésű híres műgyűjtő Victor L. Menshikoff gyűjteményében található Fehér László művekből. Több mint száz festmény van birtokában az egészen korai munkáktól a legfrissebbekig.



A kiállítás június 14-ig látogatható.

Egészséges szájüreg egy életen át.











Az Oral-B® elektromos fogkefék használata egy életen át segíthet megőrizni a páciensek szájüregi egészségét. A különleges kisméretű fogkefefej oszcilláló-rotáló mozgásával a manuális fogkefénél jobban tisztítja a nehezen elérhető fogfelszíneket is.

A fogorvosi tanácsadás jelentősen megnöveli az elektromos fogkefék hatékonyságát.

Oral-B®

#1 A legtöbb fogorvos világszerte az Oral-B fogkeféket ajánlja

Folytatjuk a gondoskodást, mely a fogorvosi székben kezdődik.

blend-a-med RESEARCH Oral-B

Új dimenzió az implantációs sebészetben.



Előre programozott, implantációs rendszer specifikus fúrási értékek.

Exportálható paciens és műtéti adatok.

A piacon kapható legkönnyebb és legerősebb mikromotor.

Az első iPad segítségével működtetett sebészeti motor.

OsseoCare™ Pro – sokkal több, mint egy sebészeti motor. Próbáljon ki egy teljesen új alapokra épített motort, mely egyesíti a kivételesen egyszerű használatot és a lenyűgöző iPad alapú kezelőfelület. Az Apple® App Store-ból ingyenesen letölthető OsseoCare Pro applikáció számos új lehetőséget ad az egyedi, teljesen személyre szabott beállításokhoz. A sebesség, a nyomaték, a hűtés és a fény közvetlenül módosítható az iPad segítségével. Az OsseoCare Pro-val lehetőségünk van a műtét előtt megtervezni és beállítani a kezelés során használni kívánt paramétereket. Az előre programozott, implantációs rendszerekhez specifikált (fúrási protokoll) értékek segítenek egy biztonságosabb műtét elvégzésében. A gép természetesen rögzíti, majd exportálja a mért értékeket, így minden adat egyszerűen hozzáférhető, ellenőrizhető lesz minden egyes betegnél. És mi a legjobb? A több felhasználós alkalmazáson keresztül a kezelő (aki iPad-et használ) saját beállításait, adatait könnyen elérheti, vagy akár meg is oszthatja kollegáival. Nobel Biocare egy új standard-et hozott létre a hatékony és biztonságos kezelésben Ön és paciense részére. **A paciens mosolya, az Ön tudása, a mi megoldásaink.**

További információkért kérjük hívja a +36 20 972 02 00-as telefonszámot, vagy látogasson el honlapunkra:www.nobelbiocare.com/osseocare

Nobel Biocare®

© Nobel Biocare Services AG, 2012. Minden jog fenntartva. A Nobel Biocare felirat,a Nobel Biocare logó és minden egyéb ami védjegynek min sül, a Nobel Biocare védjegyét képezi. Lemondó nyilatkozat: Egyes termékek nem kerülnek forgalomba az összes piacon. Kérjen tájékoztatást a Nobel Biocare helyi ügyfélszolgálatán az aktuális termékkínálatról.