



Marek Chwiedosik, Robert Dłucik

Nasz Egzamin Fellowship Ours Fellowship examination



Afiliacja:

lek. stom. Robert Dłucik
Dłucik Dental Clinic
Licencjonowana Praktyka Implantologiczna
Katowice, ul. Małopolska 1

lekdent. Marek Chwiedosik
Stomatologia Chwiedosik
Licencjonowana Praktyka Implantologiczna
Białystok, ul. Warszawska 6a/8

EDUKACJA

Chęć do doskonalenia umiejętności w chirurgii stomatologicznej i implantologii, które są naszą pasją i główną dziedziną wykonywanej pracy zawodowej, skłoniły nas do poszukiwania wyjątkowych szkoleń. Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne, to organizacja prowadząca wysoko wyspecjalizowane kursy oraz przeprowadza egzaminy nadające międzynarodowe umiejętności w zakresie implantologii stomatologicznej, co jest unikalne w skali kraju.

Uczestnictwo w Curriculum Implantologii 2.0 pozwoliło nam zdobyć cenną wiedzę, poprawić nasze umiejętności praktyczne oraz poznać wielu wspaniałych ludzi. Oczywistym krokiem po zdobyciu Licencji Praktyki Implantologicznej było uzyskanie umiejętności Fellowship.

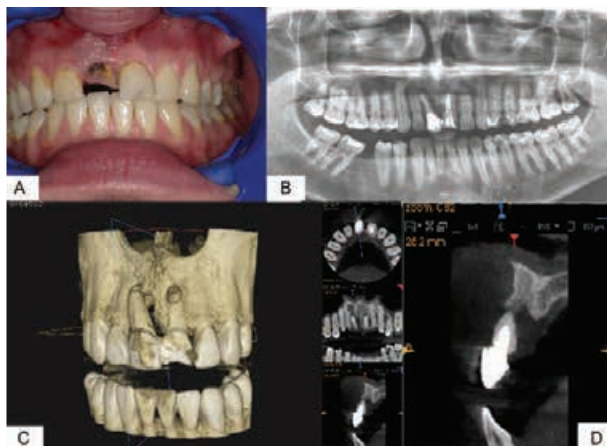
Tegoroczna edycja egzaminu odbyła się 25 maja w Centrum Konferencyjnym CK_Fabryczna w Krakowie w trakcie 12. Kongresu PSI. Do egzaminu Fellowship przystąpiły 3 osoby. Mieliśmy okazję do zaprezentowania swoich przypadków przed międzynarodową komisją w składzie: przewodniczący Prof. Ryszard Koczorowski, prezydent elekt ICOL dr Tom Giblin, dr n. med. Dariusz Pituch, dr n. med. Andrzej Szwarzczyński Msc., dr Roland Török i dr Jerzy Zbozeń. Spotkanie egzaminacyjne przebiegało w podniosłej, ale miłej i pełnej merytoryki atmosferze. Jesteśmy wdzięczni za wszystkie uwagi, które otrzymaliśmy od cenionych wykładowców.

W leczeniu implantologicznym naszych pacjentów niezwykle ważna jest dokumentacja fotograficzna oraz rentgenowska, która pozwoliła nam na przygotowanie ciekawych prezentacji przypadków z naszych praktyk. Poniżej chcielibyśmy przedstawić Państwu po jednym z naszych pacjentów.

Przypadek 2 - lek. stom. Robert Dłucik

Rosnące oczekiwania pacjentów dotyczące estetyki uzupełnień implantoprotetycznych wymagają poszukiwania nowych rozwiązań leczniczych, szczególnie w obszarze estetycznym, który jest najbardziej wymagającym obszarem dla lekarza implantologa.

Do mojego gabinetu zgłosił się 26-letni mężczyzna z pourazo-



Ryc. 1

A - Zdjęcie zewnątrzustne.

B - Zdjęcie panoramiczne ukazujące osteolizę wokół korzenia zęba 11.

C - Tomografia stożkowa (CBCT) wykazująca zmiany zapalne wokół korzenia zęba 11.

D - CBCT wykazujące znaczne ubytki kostne blaszek przedścionkowej i podniebiennej.

wym złamaniem korony zęba 11 (Ryc. 1A), u którego wykonałem zdjęcie panoramiczne (Ryc. 1B) oraz CBCT (Ryc. 1C). Stwierdzono rozległe zmiany osteolityczne przy zębie 11, które spowodowały ubytek zarówno przedścionkowej, jak i podniebiennej blaszki zębodołowej oraz zmianę OKW przy zębie 21 (Ryc. 1D). Zaplanowałem ekstrakcję zęba 11,18,28, natychmiastową implantację w miejscu 11, regenerację ścian kostnych przy użyciu autogennej zębiny oraz resekcję korzenia zęba 21.

Po dokładnym zewnątrzustnym oraz wewnątrzustnym badaniu kwalifikacyjnym, mającym na celu wykluczyć ewentualne miejscowe lub ogólne przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu, pacjent został dokładnie poinformowany o zamiarze przeprowadzenia wszystkich procedur po czym podpisał świadomą zgodę. Zabieg został wykonany w osłonie antybiotykowej Clindamycin MIP-600. Przed samą operacją pacjent otrzymał 1 tabletkę Nimesilu 100 mg i został poproszony o płukanie jamy ustnej przez jedną minutę roztworem chlorheksydyny, celem redukcji bakterii w jamie ustnej. W znieczuleniu nasiękowym Septanest z adrenaliną 1: 100 000 wytworzyłem płat śluzówkowo-okostnowy, którym odsłoniłem wyrostek zębodołowy szczęki w okolicy 13-22. Usunąłem korzeń zęba 11. Cała tkanka ziarninowa została wyczyszczona. Zębodoł został przepłukany roztworem metronidazolu, po czym ubytek został posypany proszkiem z tabletki doksycyliny na 1 minutę. Pozostałości po antybiotykach zostały przepłukane roztworem soli fizjologicznej. Wykonałem resekcję wierzchołka korzenia 21 ze wstecznym wypełnieniem MTA (ryc. 2B). Po resekcji natychmiastowo wszczepiłem implant DIO UF (II) 4,5x13 mm wraz ze śrubą gojącą.

Usunięte zęby 18,28 zostały oczyszczone z tkanek miękkich, kamienia, wypełnień oraz poddane wstępnej dekontaminacji w pojemniku z 3% wodą utlenioną na czas kilku minut.

Z pierwszego usuniętego zęba mądrości przygotowałem 2 bloczki zębinowe w urządzeniu BonMaker (ryc. 2B, C, D) i następnie wprowadziłem je po przedścionkowej i podniebiennej stronie ubytku kostnego. Bloczki zostały wklonowane do ubytku bez konieczności zastosowania śrub do osteosyntezy oraz błon kolagenowych, które w przypadku zabiegów przy użyciu autogennej zębiny nie są wymagane [1,2].

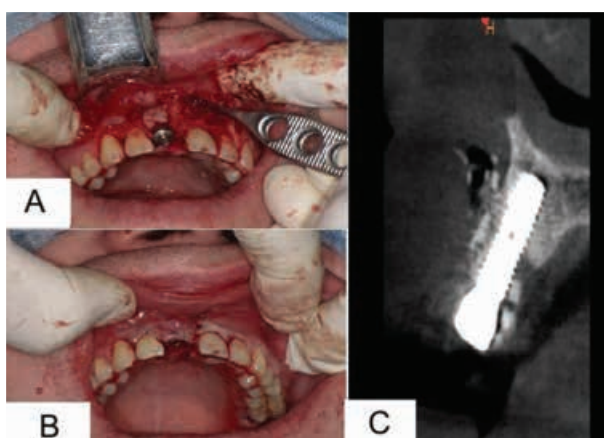


Ryc. 2

A - Stan po usunięciu korzenia zęba 11 i resekcji korzenia zęba 21.

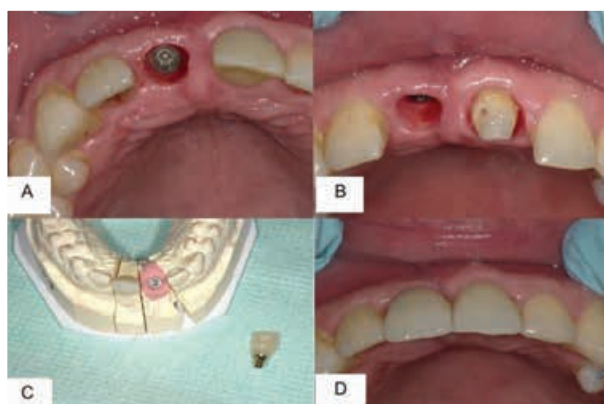
B, C, D - Przygotowanie zęba i bloków zębowych do sterylizacji chemicznej.

Ubytek kostny wokół implantu został uzupełniony granulem pochodzącym z drugiego usuniętego zęba mądrości i przetworzonym przez BonMakera. Granulat oraz bloczki zębinowe są poddawane sterylizacji chemicznej w urządzeniu, a końcowy produkt dodatkowo naświetlany światłem UV przez 10 minut celem zapewnienia 100% jałowości materiału. Do pokrycia przeszczepu użyto membrany A-PRF (ryc. 3A). Ranę zszyto wokół śruby gojącej (ryc. 3B). Po zabiegu wykonałem laser biostymulacyjny nastawiony na osteogenezę oraz ozonoterapię okolicy. Zaopatrzyłem pacjenta w opatrunek uciskowy, zimny okład, zestaw pozabiegowy oraz zalecenia, jak ma postępować w kolejnych dniach. Szwy zostały usunięte po 10 dniach. Po okresie 10 tygodni od wszczepienia implantu, wykonałem kontrolne CBCT, wykazujące dobre gojenie (ryc. 3C).



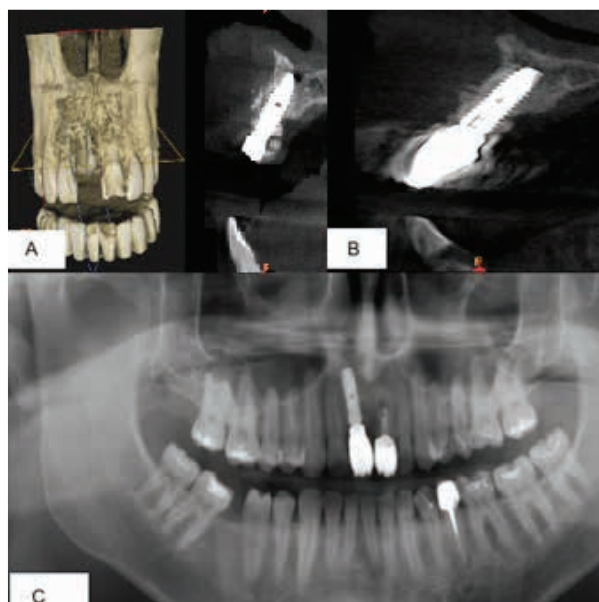
Ryc. 3
A - Wprowadzony implant zębowy ze śrubą gojącą pokryty membraną z A-PRF po przeszczepie bloków zębinowych.
B - Zaopatrzenie rany
C - Kontrolne badanie CBCT po 2,5 miesiąca.

Po 4 miesiącach od zabiegu, założyłem łącznik cyrkonowy oraz przykręcaną koronę cyrkonową na zębie 11 z równoczesnym zacementowaniem korony cyrkonowej na zębie 21 (Ryc. 4).



Ryc. 4
A, B, C, D - Założenie koron na zębach 11 i 21.

Po 6 miesiącach wykonałem kontrolne CBCT, które wykazało prawidłową regenerację kości, a przeszczepione bloczki zębinowe częściowo zintegrowały się kością (ryc. 5A). Zdjęcie CBCT i OPG wykonane 24 miesiące po operacji wykazało bardzo dobrą regenerację kości przy implantie 11 (ryc. 5B, C).



Ryc. 5
A - CBCT po 6 miesiącach.
B - CBCT po 24 miesiącach.
C - OPG po 24 miesiącach.

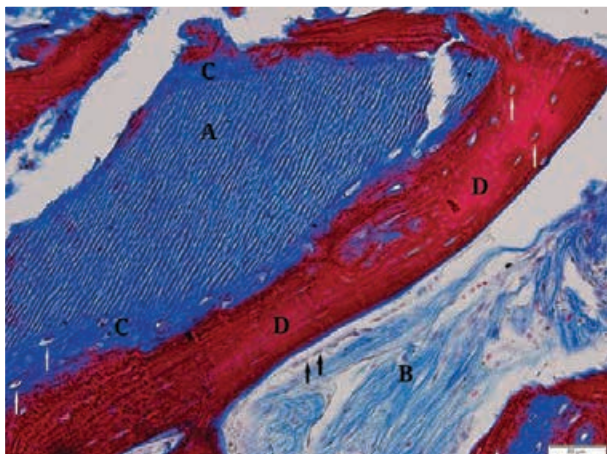
Od 2018 roku za zgodą komisji bioetycznej ŚUM w Katowicach, wraz z moim tatą, specjalistą chirurgii stomatologicznej, ekspertem do spraw implantologii PSI/DGOI/ICO Danielem Dłucikiem wykonaliśmy setki zabiegów przy użyciu autogennej zębiny.

Ponadto od tego czasu zajmuję się prowadzeniem badań naukowych w tym obszarze.

Jestem autorem publikacji naukowych, w których porównuję różne urządzenia, służące do przygotowania granulatu pochodzących ze zmielonych zębów [2,3]. Wykonałem liczne badania histologiczne, mikrobiologiczne, biochemiczne oraz biofizyczne zmielonej macierzy zębinowej, przetworzonej różnymi metodami i chciałbym zachęcić pozostałych lekarzy do zainteresowania się tą innowacyjną techniką [4,5,6].

Autogenna zębina posiada te same właściwości co przeszczep autogeny uznawany za złoty standard w implantologii, jednak użycie jej eliminuje potrzebę wykonania dodatkowej zewnętrznej lub wewnętrznej procedury, celem pobrania kości autogennej zmniejszając ryzyko powikłań śród- i po zabiegowych. Badania mikrobiologiczne pozwoliły nam potwierdzić 100% jałowość końcowego produktu. Uważam, że przeszczepianie autologicznej zębiny po sterylizacji chemicznej jest całkowicie bezpieczną i efektywną metodą leczenia ubytków kostnych.

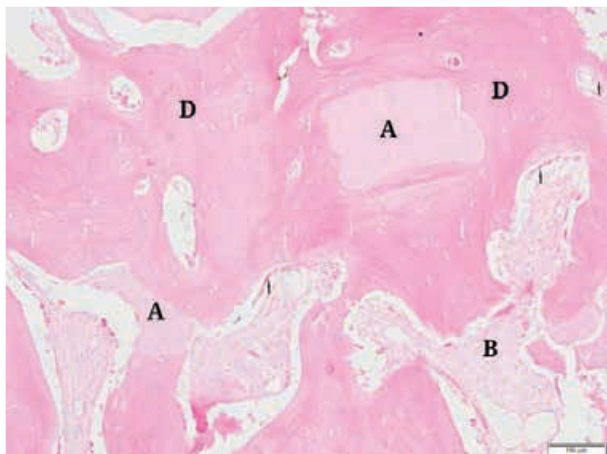
Na koniec chciałbym podzielić się dwoma zdjęciami histologicznymi ukazującymi doskonale połączenie kości oraz zębiny bez jakichkolwiek reakcji zapalnych (Ryc. 6,7).



Ryc. 6

W tej próbce widoczne jest doskonałe połączenie przeszczepu zębinowego (A) z nowoutworzoną kością (C).

(B) tkanka łączna, (D) kość w pełni zmineralizowana, białe strzałki: osteocyty, czarne strzałki: osteoblasty. Powiększenie obiektywu $\times 20$.



Ryc. 7

Cząstka zębiny (A) jest otoczona kością (D), a (B) tkanką łączną. Czarne strzałki: osteoblasty, białe strzałki: osteocyty.

Powiększenie obiektywu $\times 10$.

Przypadek 2 - lek. dent. Marek Chwiedosik

W mojej praktyce zajmuję się zabiegami z zakresu implantologii, chirurgii stomatologicznej, regeneracji kości i tkanek miękkich oraz implantoprotetyką. Zabiegi wykonuję również w znieczuleniu ogólnym. W ramach studiów doktoranckich prowadzę badania nad zastosowaniem fibryny bogatopłytkowej (iPRF) przy niechirurgicznym leczeniu przyzębia.

Chciałbym przedstawić przypadek kliniczny jednego z moich pacjentów.



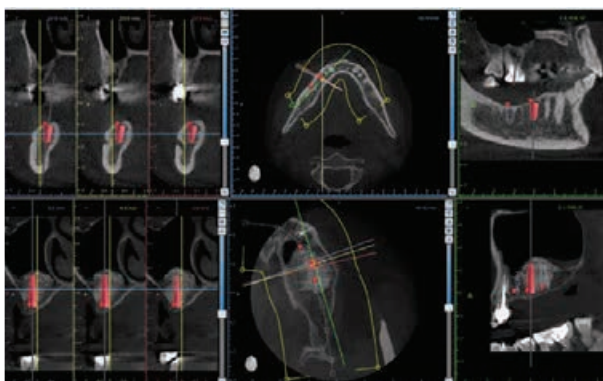
Ryc. 8 Pantomogram pacjenta przed planowanym leczeniem.

Pacjent zgłosił się z powodu złamania mostu jednobrzeznego z podparciem szklanym ZX27 w miejscu zęba 26 (23-24-0-0-P). Zaplanowano zdjęcie mostu, ekstrakcję złamanego zęba 24, leczenie kanałowe oraz odbudowę protetyczną złamanej korony zęba 23, podniesienie dna zatoki szczękowej, implanty w miejscach 24,25,26 oraz 45, 46.

Ząb 24 usunięto, zębodół zaopatrzono korkiem kolagenowym oraz szwami Nylon 5/0. W następnym etapie wykonano podniesienie dna zatoki szczękowej lewej metodą otwartą. Zastosowano materiał Gen-Os® oraz membranę Evolution®. Wszczepiono implanty (Alpha Bio NEO) w miejsce zębów 45,46 uzyskując stabilizację pierwotną 42-45 Ncm oraz wykonano plastykę przedsionka.



Ryc. 8
A - Stan po odsłonięciu implantów z FGG.
B - Korony na implantach w miejscach 45,46.
C - Stan po podniesieniu dna zatoki szczękowej.



Ryc. 10 Planowanie implantów w szczęce i żuchwie.