

TÁVOKTATÁS

A SEMMELWEIS EGYETEM FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR
SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI BIZOTTSÁGA

TÁVOKTATÁSI RENDSZERÉBEN AZ ON-LINE TOVÁBBKÉPZÉSBEN

MEGHIRDETETT KÖZLEMÉNYEK BIBLIOGRÁFIÁJA,
MELYEKRE VONATKOZÓ TESZTVIZSGAKÉRDÉSEK

A WWW.KREDIT.FOGORVOS.HU

INTERNETES OLDALON OLVASHATÓK.



ELEKTROSEBÉSZET A MINDENNAPI FOGORVOSI GYAKORLATBAN (4. RÉSZ)

DR. TÓTH GYÖRGY, DR. HONTI BÉLA

Az előző cikkünkben áttekintést adtunk az elektrosebészet és rádiósebészet mindennapi alkalmazásának ambuláns szájsebészeti vonatkozásairól. Jelen cikkünkben néhány tipikus, a gyakorló fogorvosi munkához kapcsolódó fogpótlástani esetet mutatunk be, amelyeket rádiósebészeti és elektrosebészeti készülékekkel oldottunk meg. A bemutatott esetekhez hasonló beavatkozások tervezését és megoldását azoknak a kollégáknak ajánljuk, akik már alapvető jártasságot szereztek a rádiósebészeti és elektrosebészeti beavatkozások elvégzésében.

A fogpótlástani esetek körében jól használható az elektrosebészet és rádiósebészet a részleges és teljes kivethető fogpótlások készítésénél is. A mindennapi gyakorlatban azonban nagyobb számban kerül sor rögzített fogpótlások készítéséhez kapcsolódó beavatkozásokra (pl. rögzített fogpótlás készítéséhez elégtelen klinikai korona magasságának megoldása, gyökércsapos fogmű készítése, betétkészítés, indirekt restaurációknál) a lágy-



DR. TÓTH
GYÖRGY



DR. HONTI
BÉLA

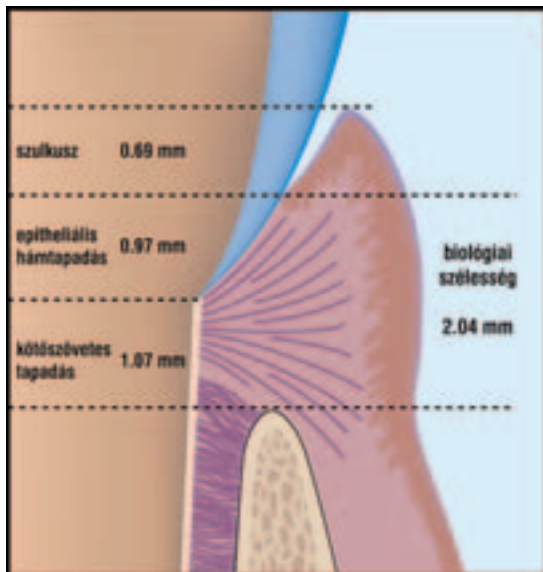
részkorrekció (soft tissue management) vérzésmentes megoldása érdekében.

Az elméleti alapokat felfrissítve, tekintjük át még egyszer az elektrosebészeti és rádiósebészeti beavatkozások tervezési kritériumait. A biológiai szélesség (1. ábra), azaz az alveoláris csonttaraj és a gingivális sulcus alapja közötti távolság minimálisan 2 mm, ami a hám és a kötőszöveti tapadás szélességének felel meg. Célunk, hogy a restauráció apicalis szélét a gingivális záródás vonalától minél coronalisabban pozícionáljuk.

Ehhez pontos tervezés és párhuzamos technikával végzett golyós röntgenkalibráció szükséges, továbbá parodontális szondával az orovestibuláris csont-lágyrész dimenziót is fel kell mérnünk.

Különbséget kell tennünk a hagyományos elektrosebészet és a rádiósebészet (4 MHz) mint módszer között, ugyanis a posztoperatív gingiva retrakció szempontjából oly fontos oldalhő tekintetében a rádiósebészet kifejezetten előnyös, ugyanis a rádiósebészet szakszerű alkalmazásánál képződő, kevesebb, mint 100°C oldalhő nagyságrendekkel kisebb, mint az elektrosebészeti beavatkozásnál létrejövő oldalhő.

Első esetünkben középkorú páciens erősen destruált 22 foggal jelent meg rendelőnkben (2. ábra). A fog vitálisnak bizonyult, a csont felépítéséhez azonban először a tervezés után rádiósebészeti eljárással körkörös gingivektómiát végeztünk (3. ábra).



1. ábra



2. ábra



3. ábra

A rádiósebészeti beavatkozás után egy ülésben adhezív technikával készítettük el a csomkfelépítést. Az ötödik napon a gyógyult, stabil gingivális státusz már lehetővé tette a fémkerámia borítókrona elkészítését (4. ábra).



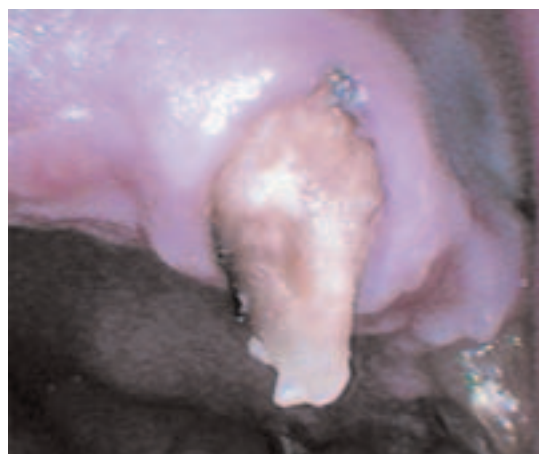
4. ábra

Az elkészült fémkerámia borítókrona esztétikai eredményével (5. ábra) páciensünk elégedett volt, melynek hatására a szomszédos fogak esztétikai rehabilitációját is igényelte.



5. ábra

Következő esetünkben középkorú páciens destruált 13 fogát látjuk a körhíd eltávolítása után (6. ábra).



6. ábra

Mivel jobb felső pillérfogait parodontális állapotuk miatt el kellett távolítanunk, ezért a tervezett kombinált fogpótlás elkészítésének feltétele a 13 fogának megtartása volt.

Mivel a fog vitális és stabil volt, a csomkfelépítés el-



7. ábra

végzése előtt rádiósebészeti ínykorrekciót végeztünk. A képen a beavatkozás utáni állapot látható (7. ábra).

A csomkot adhezív technikával építettük fel, majd a hétnapos gyógyulás után (8. ábra) elkészíthettük a kombinált fogpótlást (9. ábra).



8. ábra



9. ábra

A következő esetekben igen alacsony klinikai koronára kívántunk rögzített fogpótlást készíteni, melynek megoldására elektrosebészeti és rádiósebészeti eljárással elvégzett körkörös gingivektómiát alkalmaztunk.

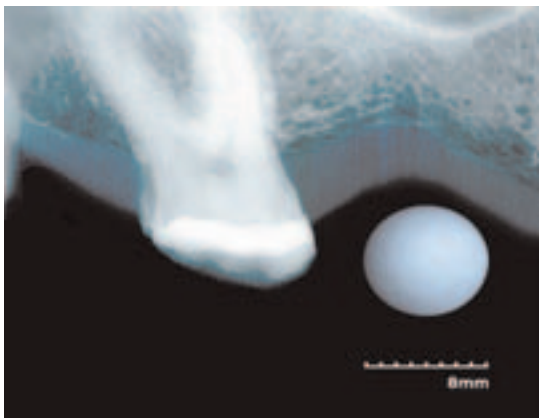
A klinikai korona meghosszabbítása abban különbözik a gingivektómiától, hogy csontredukciót is jelent, tehát – a biológiai szélesség megőrzése miatt – a processus alveolaris marginalis csontozatának eltávolítása is szükséges. A rádiósebészet és az elektrosebészeti alkalmazás ebben az értelemben nem nevezhető klinikai korona meghosszabbításnak, hanem körkörös gingivektómiának kell tekinteni.

A 10. ábrán látható esetben 17. fog alacsony klinikai korona magasságát látjuk.



10. ábra

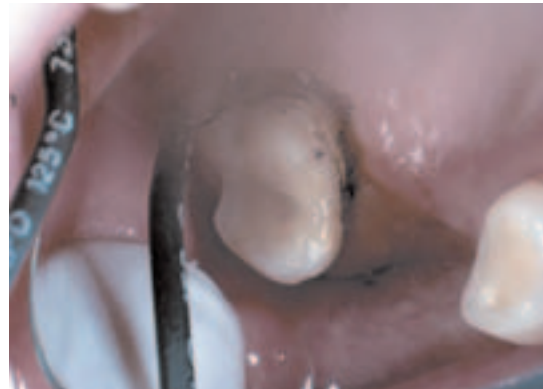
A tervezéshez párhuzamos technikával elkészített röntgenfelvételt készítettünk standard golyós kalibrációval, mely a mesiodistalis dimenzióban a csont-lágyrész viszonyának analízisekor elegendő lágyrésztartalmat mutatott a körkörös gingivektómia elvégzéséhez (11. ábra). Orovestibuláris irányban a vizsgálatot



11. ábra

lokális anesztézia mellett, parodontális szondával történő méréssel egészítettük ki.

A beavatkozás közbeni felvétel (12. ábra).



12. ábra

A 13. és 14. ábra közvetlenül a beavatkozás utáni állapotot mutatja, melyen jól látszik a vértelen preparációs határ és a gingiva eredeti lefutási vonala.



13. ábra



14. ábra

A 15. ábrán a nyolcnapos gyógyulási eredményt látjuk, ami megfelelő klinikai koronai magasságot biztosít a rögzített fogpótlás elkészítéséhez (16. ábra).

A 17. ábrán szintén igen alacsony klinikai koronamagasságot látunk.

Elvégeztük a standard golyós kalibrációt, melyen mellékeletként radix relictát láthatunk. A mesiodistalis dimenzióban a csont-lágyrész viszonyának analízisekor elegendő lágyrésztartalmat mutatott a körkörös gingivektómia elvégzéséhez orovestibuláris irányban,



15. ábra

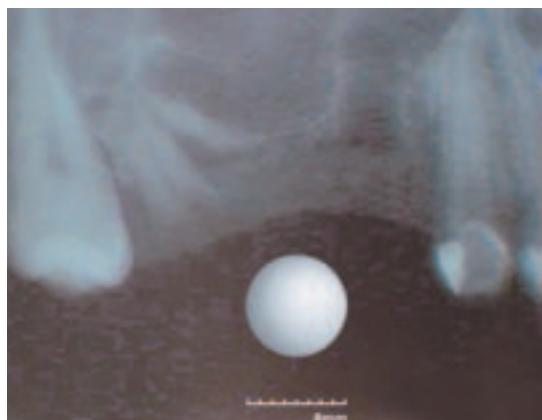


16. ábra



17. ábra

a vizsgálatot ebben az esetben is lokális anesztézia mellett, parodontális szondával történő méréssel egészítettük ki (18. ábra).



18. ábra

A beavatkozást drót elektróddal kezdtük, melynek során körkörös gallérszerű gingivektómiát végeztünk (19. ábra).



19. ábra

A következő fázisban a hurok elektróddal végzett simításokat végeztünk a recidíva megelőzése érdekében. (20. ábra)



20. ábra

Ezután szintén rádiósebészeti eljárással, drót elektróddal végzett segédmetszésből végzett feltárással távolítottuk el a röntgenfelvételen látott radix relictát (21. ábra).

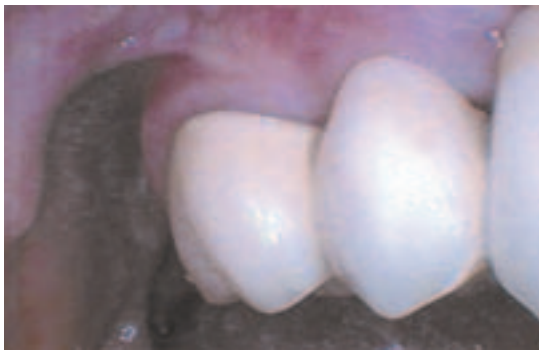


21. ábra

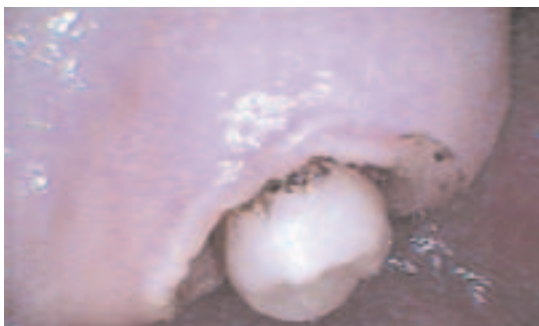
A 22. ábrán a hétnapos gyógyulási eredményt látjuk, mely a sutura eltávolítása után alkalmassá vált a rögzí-



22. ábra



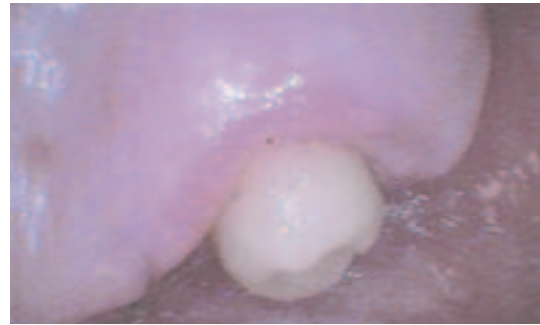
23. ábra



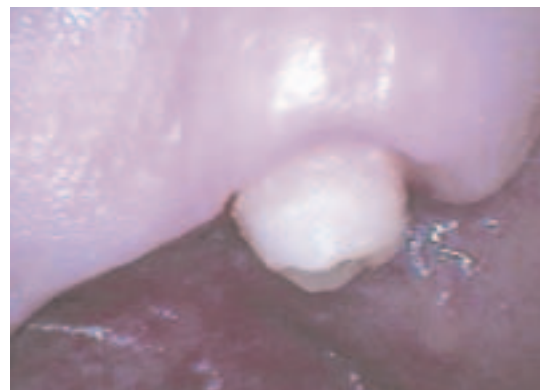
24. ábra

tett fogpótlás elkészítésére (22. ábra). A 23. ábrán az elkészült hídpótlást láthatjuk.

A 24–26. ábra a per secundam hámosodás fázisait mutatja: a 24. ábrán közvetlenül a műtét utáni állapotot, a 25. ábrán a hétnapos gyógyulást, a 26. ábrán, a tíznapos képen a gyógyult gingivális lefutást láthatjuk.



25. ábra



26. ábra

Képeinken az elektrosebészeti és rádiósebészeti beavatkozások előnyei közül igyekeztünk szemléltetni a pontos manipulációt a szikével nehezen hozzáférhető területeken és a jól belátható, vérzésmentes műtési terület biztosítását.

A bemutatott esetek is bizonyítják, hogy az egyre nagyobb számban elterjedő rádiósebészeti és elektrosebészeti készülékek helyet követelnek maguknak a mindennapi fogorvosi praxisban.



SZABADALMAZTATOTT TECHNOLOGIA

Dento-Surg
Radiolase



MAGAS FREKVENCIA – ALACSONY OLDALHÓ

RÁDIÓSEBÉSZET 4MHz

MEGBÍZHATÓ, AMERIKAI TERMÉK

HOSSZÚ GYÁRTÁSI MŰLT!

AKCIÓ:
Részletfizetés!
Kongresszusi kedvezmény: Dental World 2004
Kamattámogatott lízing! CIB



Nylon és rozsdamentes acél fogsín,



Üvegszálás fogpillér fúrókkal



Mirrha- és benzooesav-pakolás
Kiváló post-operatív védelem a fűszeres ételek, irritáció és fertőzés ellen

Gyártó:
International Inc.
3333 Royal Avenue,
Oceanside, NY, 11572 USA
www.ellman.com

Forgalmazó:
Magyarország Kft.
2364 Ócsa, Bajcsy-Zs. út 42.
Fax: 06-29-381-087
Mobil: 06-30-203-4205
gberes@ellman.datanet.hu