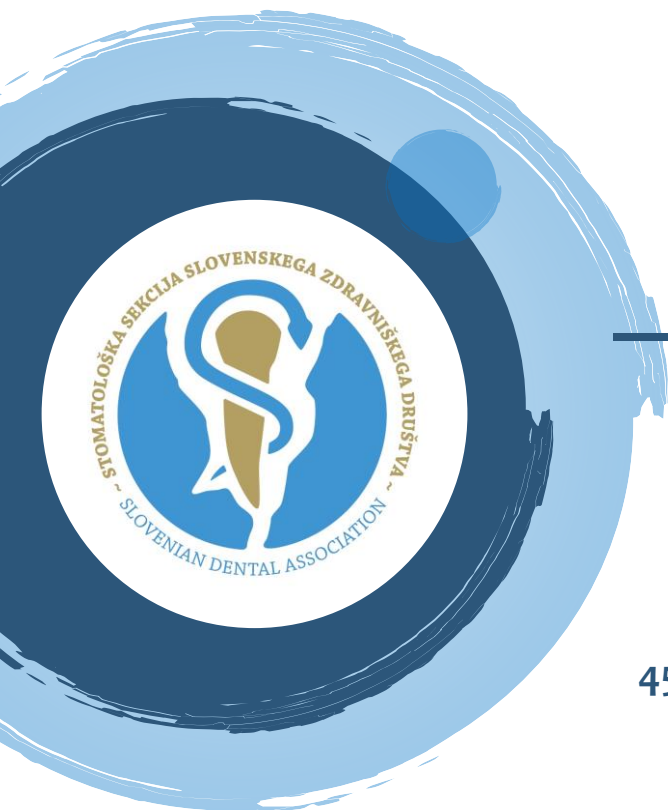




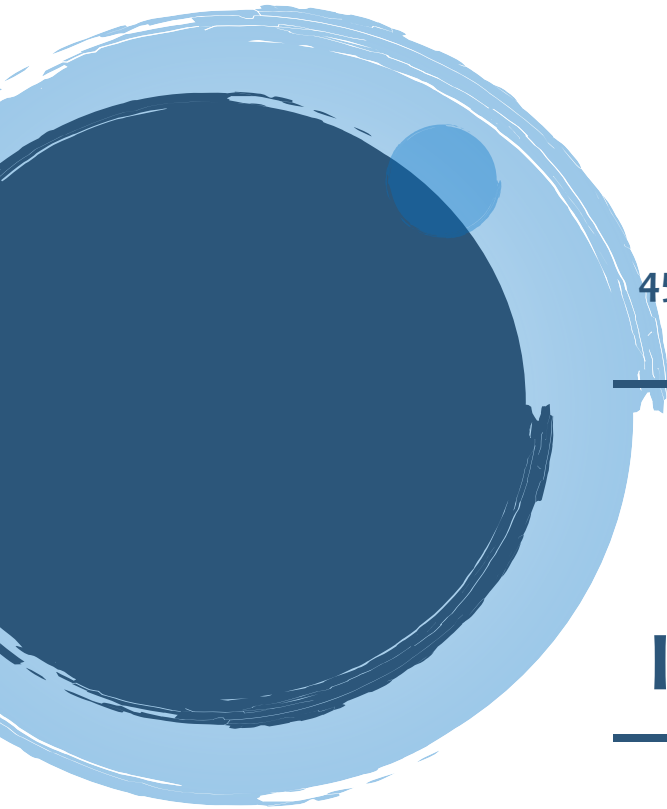
48 let Stomatološke sekcije SZD

45. STROKOVNO SREČANJE STOMATOLOGOV
SLOVENIJE

IZ PRAKSE ZA PRAKSO

6. in 7. november 2020,
videokonferenca

PROGRAM



45. STROKOVNO SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE

IZ PRAKSE ZA PRAKSO

Organizator



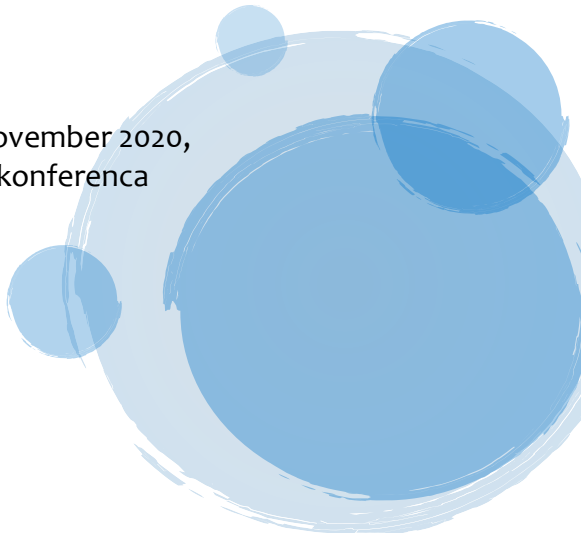
Stomatološka sekcija
Slovenskega zdravniškega društva

Dunajska c. 162, 1000 Ljubljana, Slovenija

Telefon: +386 1 434 2580

E-mail: stomatoloska.sekcija@szd.si

6. in 7. november 2020,
videokonferenca





STOMATOLOŠKA SEKCIJA SZD

Predsednik Zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec.

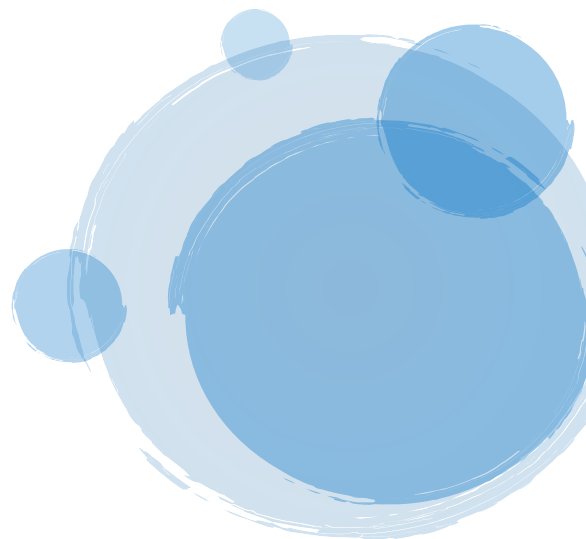
ORGANIZACIJSKI ODBOR

Predsednica Doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., spec.
Člani Jernej Dobelšek, dr. dent. med.
Leon Herman, dr. dent. med., spec.
Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.
Zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec.
Darja Pavlovič, dr. dent. med.
Prim. dr. Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med.
Breda Tržan Grozdanov, dr. dent. med.

STROKOVNI ODBOR

Predsednik Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.
Člana Zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec.
Doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., spec.

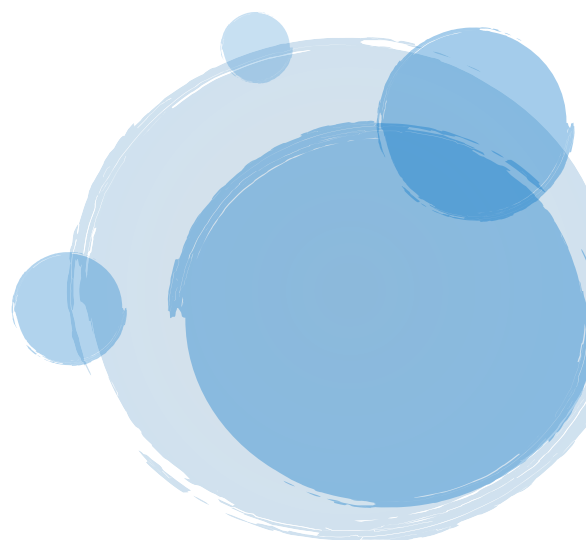
Tajnica Jona Blatnik, dr. dent. med.





ČASTNI ČLANI STOMATOLOŠKE SEKCIJE SZD

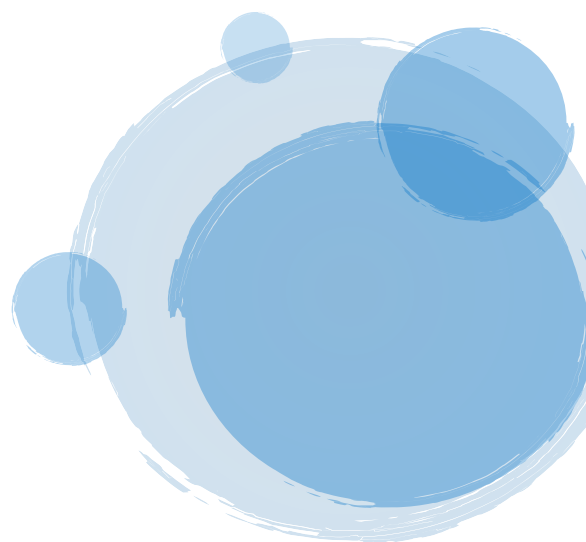
Prof. dr. Ivica Anić, dr. dent. med., spec.
Margareta Bračko, dr. dent. med.
Dr. Slobodan Dimovski, dr. dent. med.
Prim. Oton Herman, dr. dent. med., spec.
Akad. prof. dr. Vjekoslav Jerolimov, dr. dent. med., spec.
Prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med.
Zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec.
Ivan Mrzlikar, dr. dent. med., spec.
Marinka Perko Vavpotič, dr. dent. med.
Doc. dr. Marjan Premik, dr. dent. med., spec.
Prof. dr. Dragoslav Stamenković, dr. dent. med., spec.
Prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med., spec.
Mitja Šircelj, dr. dent. med., spec.
Aleksander Velkov, dr. dent. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., spec.
Justina Završnik, dr. dent. med.





DOBRODOŠLI

**Za udeležbo na strokovnem srečanju
zobozdravnice in zobozdravniki pridobijo
13 licenčnih točk.**





Pozdravni nagovor

»IZ PRAKSE ZA PRAKSO«,

6. in 7. november 2020

Drage kolegice, spoštovani kolegi!

Letošnje leto nas na vseh področjih človekovega delovanja postavlja pred izzive in spremembe. Epidemija covid-19 je med drugim na novo definirala tudi socialne stike. Kljub temu smo se odločili izpeljati letošnje 45. strokovno srečanje stomatologov Slovenije »Iz prakse za prakso«. Zaradi vseh novostih na področju dentalne medicine je potrebno vzdrževati kontinuiteto izobraževanja. Sicer so dnevi strokovnih srečanj slovenskih stomatologov »Iz prakse za prakso« tradicionalno potekali vsako leto v Avditoriju Portorož, vendar letos, skladno s sodobnim časom, potekajo v digitalni obliki. To je edini možni način v današnji situaciji, da se na nek način družimo brez bližine in obenem izvemo o novostih v stroki.

Program je, kot vsako leto, aktualen, zanimiv in poučen. Odlični predavatelji nam bodo predstavili pestro paleto novitet. Žal se bomo letos morali odreči prijetnemu druženju ob večerji, vseeno pa bistvo kongresa, ohranjanje stika s svetovnimi trendi v dentalni medicini, ostaja neokrnjeno.

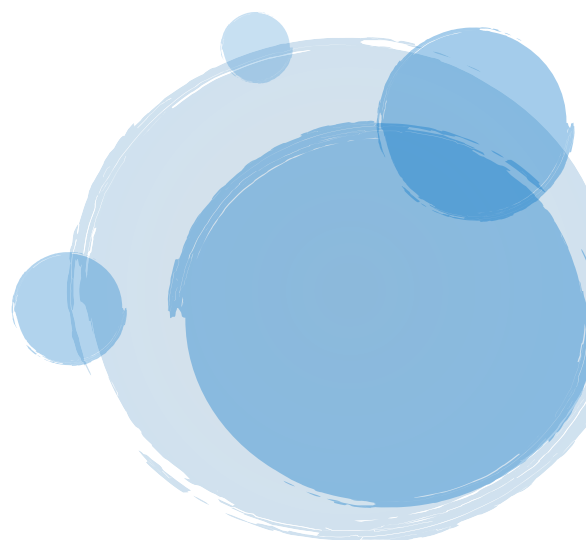
Lep kolegialni pozdrav in na naše digitalno srečanje.

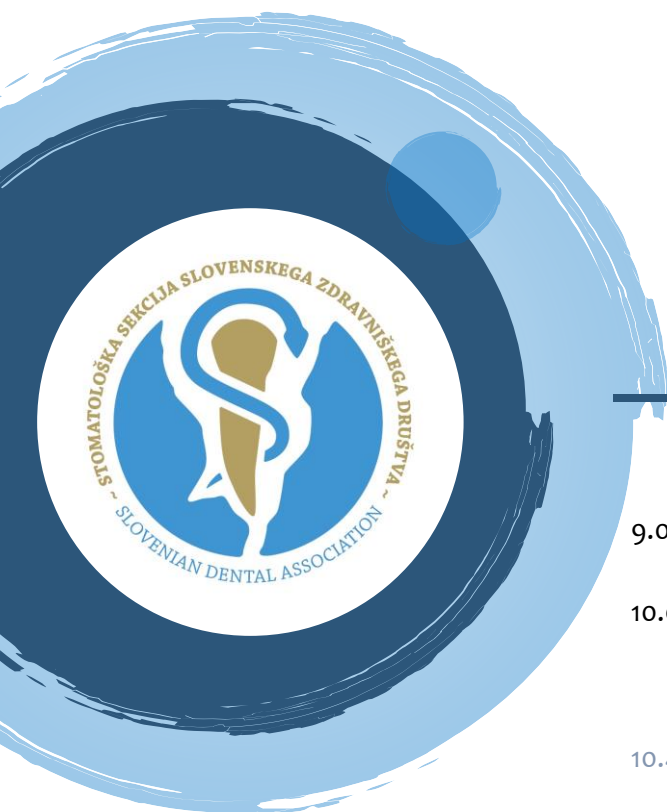
Zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med, spec. stom. prot.,
predsednik Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva





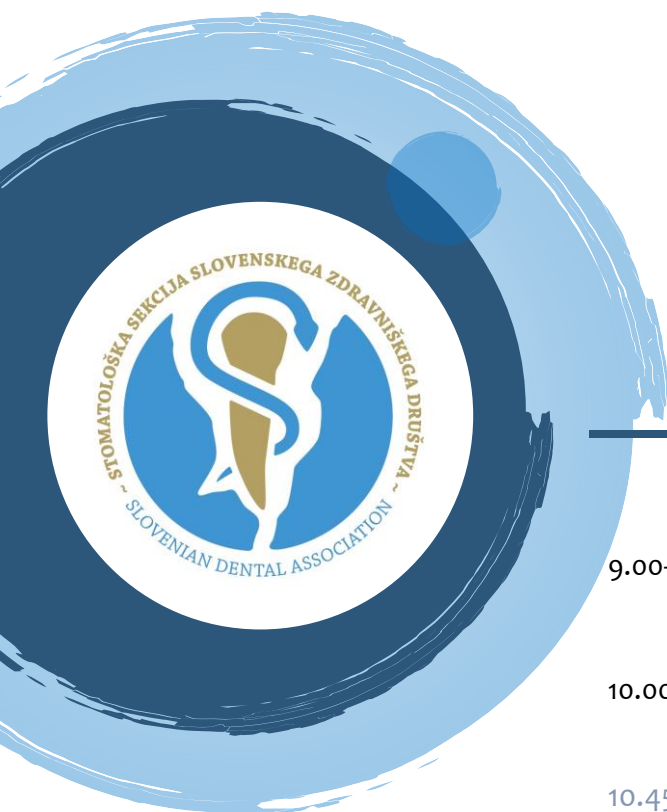
PROGRAM





PETEK, 6. november 2020

9.00–10.00	Prof. dr. Matej Tušak: Stres in zdravje
10.00–10.45	Maja Cilenšek: Sistematičen pristop pri zdravljenju otrok s poškodbo zob in obzobnih tkiv
10.45–11.00	ODMOR
11.00–12.00	Dr. Rok Kosem: Vloga računalniške tomografije s stožčastim snopom (CBCT) pri razpoznavi in obravnavi poškodb zob in obzobnih tkiv otrok in mladostnikov
12.00–13.00	Izr. prof. dr. Jasmina Primožič: Uvedba digitalnih postopkov v klinično prakso: pričakovanja in realnost
13.00–14.00	ODMOR
14.00–14.45	Miha Kočar: Tehnika alveolarnega ščita – ali imamo dovolj dokazov?
14.45–15.45	Doc. dr. Boris Gašpirc: Možnosti in omejitve regeneracije kostnih defektov v parodontologiji
15.45–16.00	ODMOR
16.00–17.00	Izr. prof. dr. Rok Gašperšič: Recesija dlesni in možnosti zdravljenja
17.00–17.45	Doc. dr. Rok Schara: Antibiotiki pri zdravljenju parodontalne bolezni
17.45–18.00	ODMOR
18.00–18.45	Asist. dr. Eva Skalerič: Nova klasifikacija bolezni obzobnih tkiv
18.45–19.30	Katarina Zver Belovič: Kariera – pot od diplome do opravljanja poklica ustnega higienika

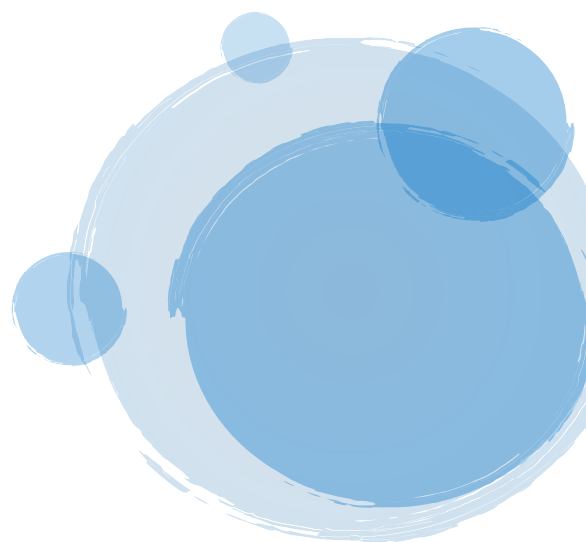


SOBOTA, 7. november 2020

9.00–10.00	Prof. dr. Uroš Ahčan: Rekonstrukcijska in estetska kirurgija obraza – kje so meje?
10.00–10.45	Prof. dr. Aleš Fidler: Ali je endodontsko zdravljenje lahko lažje?
10.45–11.00	ODMOR
11.00–12.00	Prof. dr. Hrvoje Jurić: Regenerative endodontic treatment: How to achieve a predictable outcome
12.00–13.00	Asist. dr. Maja Grošelj: Kaj se dogaja na apikalni odprtini?
13.00–14.00	ODMOR
14.00–15.00	Asist. mag. Tadej Ostrc: Protetična oskrba zobnih vsadkov – digitalno ali analogno
15.00–16.00	Matej Kuliš: Sodobne snemno protetične rešitve z uporabo cirkonij-galvano dvojnih kron podprtih na implantatih ter na implantatih in zobeh kot alternativa vedno bolj popularnim all-on-x konceptom
16.00–16.15	ODMOR
16.15–17.15	Dr. Tjaša Zupančič Hartner, doc. dr. Anita Fekonja: Sodelovanje je priložnost za inovativne rešitve
17.15–18.15	Andrej Lazič: Nevidno ozadje morfologije posteriornih zob



POVZETKI PREDAVANJ

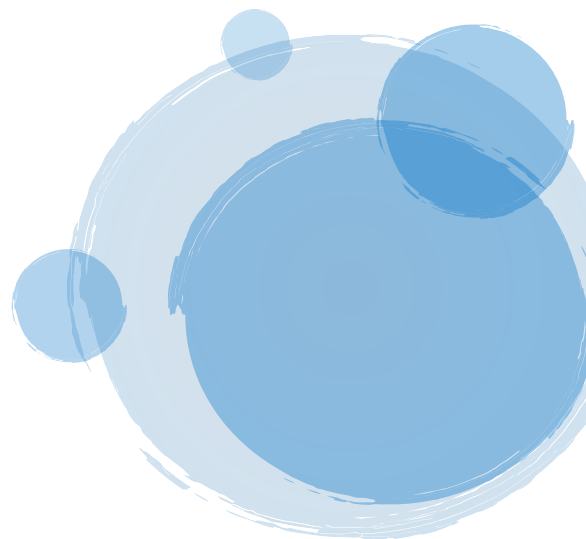




Prof. dr. Matej Tušak, univ. dipl. psih.

STRES IN ZDRAVJE

Človekov organizem ima široke sposobnosti prilagajanja, ki mu omogočajo preživeti številne neprijetne in nepričakovane situacije. Človekovo zdravje pa je lahko ogroženo tudi zaradi mnogih nespecifičnih vzrokov. Številne raziskave po vsem svetu potrjujejo, da se intenzivna in dolgotrajna izpostavljenost pritiskom iz okolja kaže v nizu fizičnih, doživlajskih in psihičnih ter socialnih motenj. V vsakdanjem življenju temu pojavu pravimo stres. Stres je neizogibna posledica človekovega odnosa z nenehno spreminjajočim se okoljem, ki se mu mora posameznik prilagoditi. Doživljanje stresa je izrazito subjektivno in pod vplivom mnogih izkušenj iz preteklosti. Stresorji so dogodki, ki nam predstavljajo obremenitve. Strokovnjaki so se že zelo zgodaj začeli ukvarjati z vprašanjem možnosti prilagoditve človeškega organizma. Zaradi zelo hitrih sprememb na področju tehnologije so bili pred človeka postavljeni mnogi novi izzivi, ki so od njega zahtevali čim hitrejšo prilagoditev. Danes lahko rečemo, da je stresna obremenitev bistveno večja in drugačna kot nekoč. Stres začneja vplivati tudi na zdravje in od naših obrambnih sposobnosti in sposobnosti samoregulacije je odvisno, kako uspešno se s stresom in izgorelostjo, ki je posledica dolgotrajnega prekomernega stresa, soočamo. Izjemno pomembno je, da razvijemo tehnike učinkovitega soočanja s stresom, ki nam pomagajo lažje in z manj negativnih učinkov na zdravje prenašati vsakodnevne stresne zahteve življenja in poklica.





Maja Cilenšek, dr. dent. med., spec.

SISTEMATIČNI PRISTOP PRI ZDRAVLJENJU OTROK S POŠKODBO ZOB IN OBZOBNIH TKIV

Poškodbe obraza, ki lahko vključujejo zlomljene, omajane, premaknjene ali izgubljene zobe, imajo pomemben funkcionalni, estetski in psihološki vpliv na otroka. Zdravljenje teh poškodb je velikokrat zapleteno in dolgotrajno, prognoza večkrat negotova. Izbira postopkov zdravljenja je zahtevna in ni vedno podprta z dokazi. Začetna obravnava otrok s poškodovanimi zobmi in obzobnimi tkivi praviloma poteka pri splošnem zobozdravniku, pri zahtevnejših primerih pa so nato lahko vključeni še specialisti otroškega in preventivnega zobozdravstva, oralne in maksilofacialne kirurgije, ortodontije, parodontologije, endodontije in protetike.

Za določitev pravilne diagnoze je ključen sistematičen pregled poškodovanega otroka, saj le tako lahko določimo razsežnost poškodbe in se odločimo za pravilno zdravljenje. Pomembno je zabeležiti kdaj, kje in kako se je zgodila poškodba zob in/ali obzobnih tkiv in ali so bile pridružene še kakšne druge poškodbe. Zanima nas, ali so prisotne spremembe okluzije in prisotnost morebitne občutljivosti zob. Ob kliničnem pregledu najprej ocenimo ekstra- potem intraoralni status. Pri intraoralnem pregledu najprej ocenimo stanje mehkih obzobnih tkiv in morebitno prisotnost sulkusne krvavitve, saj je le ta pomemben znak luksacijskih poškodb. Pri pregledu zob ocenjujemo spremembo barve poškodovanih zob, prisotnost zlomov, morebitno eksponažo pulpe, pomičnost, občutljivost na perkusijo, perkutorni zvok in odzivnost pulpe na električne in termične dražljaje. Pregledu sledi rentgenska diagnostika.

Od posameznega zobozdravnika je sicer odvisno, katere vrste poškodb bo zdravil sam in kdaj se bo odločil pacienta napotiti k določenemu specialistu, vendar se je treba zavedati poškodb, ki zahtevajo akutno zdravljenje, predvsem izbitja stalnega zoba, saj otroka s poškodbo zob ali obzobnih tkiv največkrat sprejme prav splošni zobozdravnik.

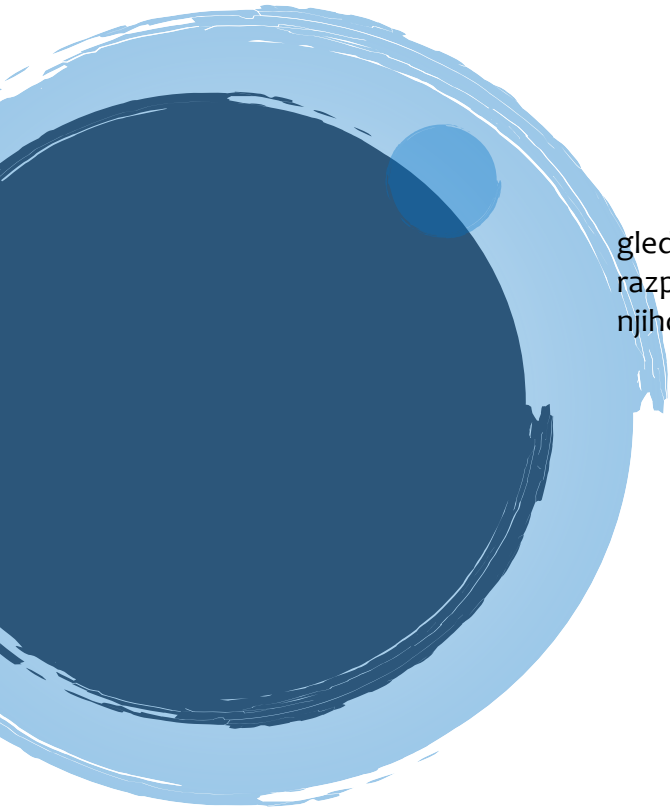


Dr. Rok Kosem, dr. dent. med., spec.

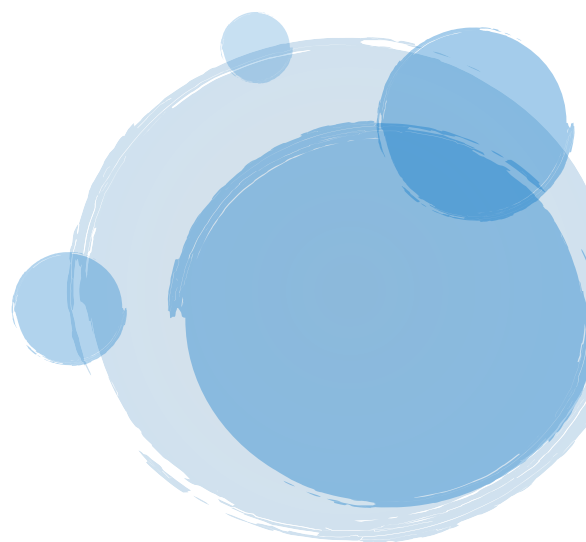
VLOGA RAČUNALNIŠKE TOMOGRAFIJE S STOŽČASTIM SNOPOM (CBCT) PRI RAZPOZNAVI IN OBRAVNAVI POŠKODB ZOB IN OBZOBNIH TKIV OTROK IN MLADOSTNIKOV

Pomemben del celovite standardizirane razpoznavne poškodb zob in obzobnih tkiv (traumatic dental injuries, TDI) in spremljanja njihove obravnave je rentgenska preiskava, ki naj bi omogočila določitev stopnje razvoja korenin poškodovanih zob ter opredelitev patoloških sprememb korenin in opornih obzobnih tkiv. Običajne intraoralne rentgenske slike so prikaz dvodimenzionalnih (2D) senc tridimenzionalnih (3D) struktur, in tako lahko kompleksne anatomske strukture v področju poškodbe prikrijejo patološke spremembe, ki bi jih želeli prikazati. Računalniška tomografija s stožčastim snopom (cone beam computed tomography, CBCT) omogoča 3D prikaz trdih tkiv in odpravi prekrivanje struktur ter tako nudi boljši prikaz poškodovanih zob in obzobnih tkiv, kar se je izkazalo pomembno pri razpoznavi nekaterih vrst TDI (npr. kronsko-koreninski zlomi, zlomi korenin in zlomi zobiščnega odrastka) ter zapletov pri obravnavi TDI (resorpcije korenin in kostnine), pa tudi pri načrtovanju posegov, namenjenih nadomeščanju zob, izgubljenih zaradi posledic TDI (avtotransplantacije zob). V primerjavi z običajnim intraoralnim rentgenskim slikanjem je CBCT povezana z znatno večjo efektivno dozo ionizirajočega sevanja, zato so temeljna načela varstva pred sevanji: upravičenost (justification), optimizacija (optimisation) in omejevanje doz (limitation) pri uporabi CBCT toliko bolj upoštevanja vredna, še posebej pri obravnavi otrok in mladostnikov.

Čeprav smernice različnih strokovnih združenj sicer ne vsebujejo enoznačnih priporočil glede uporabe rentgenskega slikanja pri razpoznavi in obravnavi TDI, so si enotne v stališču, da je običajno 2D intraoralno rentgensko slikanje tehnika izbora v sklopu standardizirane začetne razpoznavne TDI, CBCT pa lahko



glede na vrsto in težo posameznih TDI dopolni njihovo razpoznavo in spremljanje, a le kadar bi izvid vplival na načrt njihove obravnave.

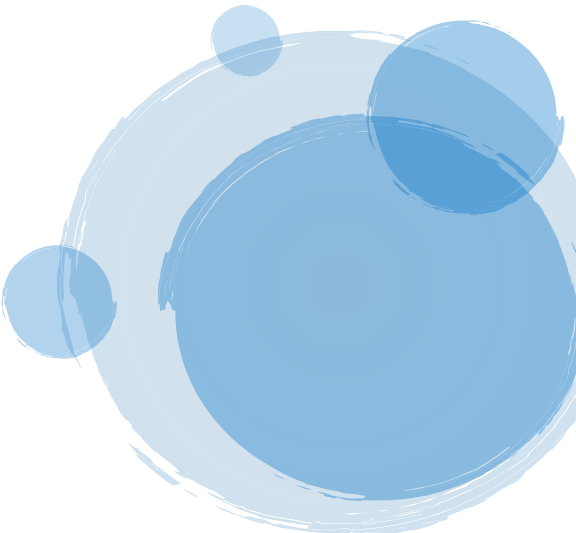




Izr. prof. dr. Jasmina Primožič, dr. dent. med., spec.

UVEDBA DIGITALNIH POSTOPKOV V KLINIČNO PRAKSO: PRIČAKOVANJA IN REALNOST

Tridimenzionalni pristop, ki ga omogoča predvsem uveljavitev neprednih digitalnih tehnologij pri vsakdanjem kliničnem delu, je v zadnjih letih zamenjal dvodimenzionalnega. Uporaba obraznih in introralnih slikovnih sistemov za pridobivanje tridimenzionalnih posnetkov površine obraza in zobnih lokov, računalniške tomografije s stožčastim snopom žarkov za pridobivanje tridimenzionalnih posnetkov čeljustnic, namiznih slikovnih sistemov za digitalizacijo mavčnih modelov ter uporaba tridimenzionalnih tiskalnikov omogočajo večjo učinkovitost, natančnost, ponovljivost in predvidljivost končnega rezultata zdravljenja. Zaradi hitrega razvoja tehnologije in materialov je digitalni pristop pri razpoznavi nepravilnosti, načrtu obravnave in izgotoviti aparata postal v zobni in čeljustni ortopediji del vsakdana. Digitalni pristop omogoča združevanje različnih tridimenzionalnih postopkov za bolj natančno analizo nepravilnosti mehkih tkiv obraza, čeljustnic in zobovja ter njihovega medsebojnega vpliva na orofacialne funkcije in videz posameznika. Omogoča virtualno načrtovanje zdravljenja, simulacijo zdravljenja, spremljanje njegovih učinkov in ovrednotenje zdravljenja. Trenutne slabosti digitalnega pristopa so povezane z nekompatibilnostjo nekaterih sistemov pri izvažanju oziroma uvažanju datotek različnih formatov, dokončno izdelavo aparatov in materiali za tridimenzionalno tiskanje ter seveda njihovo ceno.

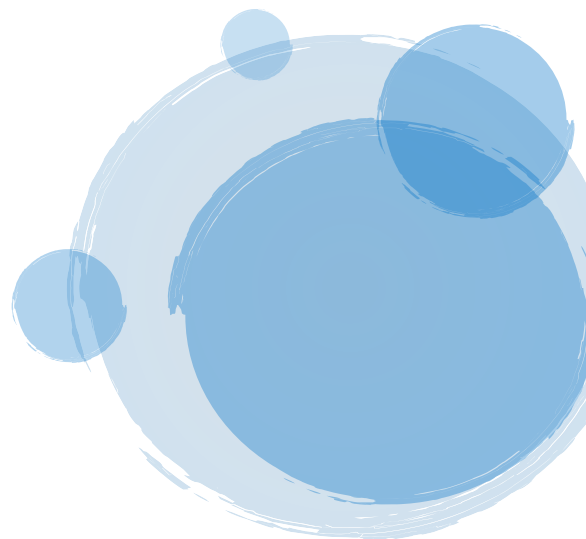




Miha Kočar, dr. dent. med., spec.

TEHNIKA ALVEOLARNEGA ŠČITA –ALI IMAMO DOVOLJ DOKAZOV?

Takojšna vstavev zobnega vsadka se je pokazala kot zelo predvidljiva metoda glede uspešnosti osteointegracije. Klinične študije so pokazale, da vnetna stanja, ki so prisotna pri ekstrakciji, ne predstavljajo negativnega napovednega dejavnika, če je primarna stabilnost zobnega vsadka zadovoljiva. Glavni problem, ki je pri omenjeni tehniki prisoten, je povezan z resorpcijo alveolarnega grebena po ekstrakciji zoba, katere ni moč v celoti nadzirati, zato je vprašljiv končni estetski rezultat. V zadnjem obdobju se je v klinično prakso vpeljala tehnika alveolarnega ščitka (socket-shield), ki se je izkazala kot obetajoča metoda pri ohranjanju morfologije zobnega nastavka pri takojšni vstavitvi zobnega vsadka. Dobljeni rezultati študij na živalih in klinična opažanja to potrjujejo v vsakdanji praksi. Tehnično je zahtevna predvsem v fazi, ko je potrebno izdelati ščitek, zato večina kliničnih študij v svojih zaključkih izpostavlja potrebo po izkušenem operaterju. Dolžina in debelina ščitka se nista izkazali za pomembna dejavnika, ki bi določevala uspešnost metode. Pri izdelavi ščitka je pomembno puščati ustrezno debelino, da ne pride do poke ali dislokacije. Željeno je, da ostaja vsaj 1 mm prostora med mejnima površinama vsadka in ščitka. Nastalega prostora pa ni potrebno izpolnjevati s kostnim nadomestkom. Histološki preparati na živalskih modelih so prikazali osteoblaste z novo nastalo kostnino, v enem primeru pa tudi prisotnost cementoblastov in njihovih produktov. Za dokončno presojo uspešnosti metode bo potrebno opraviti randomizirane kontrolirane študije z dolgotrajnim spremljanjem.





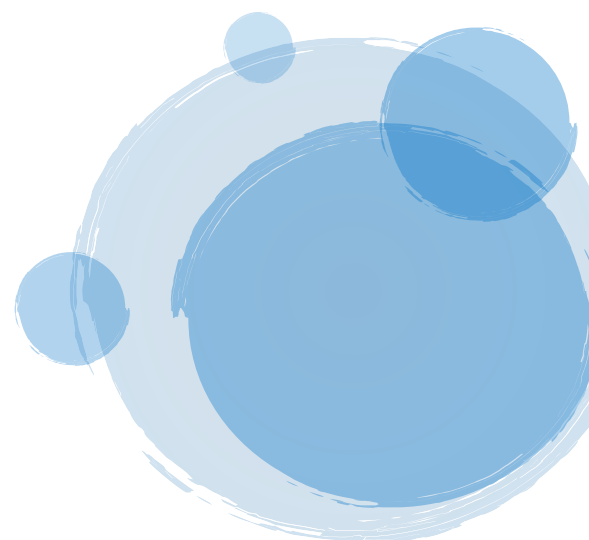
Doc. dr. Boris Gašpirc, dr. dent. med., spec.

MOŽNOSTI IN OMEJITVE REGENERACIJE KOSTNIH DEFEKTOV V PARODONTOLOGIJI

Uporaba kostnih nadomestkov v parodontologiji in implantologiji je v zadnjih dveh desetletjih postala tako razširjena, da novi tipi kostnih nadomestkov z različnimi regenerativnimi potenciali prihajajo na trg vsako leto, zato je ključnega pomena razumevanje bioloških lastnosti vsakega od razredov biomaterialov. Najpogostejša razvrstitev materialov za regeneracijo kosti vključuje (1) avtogeno kost, ki prihaja od istega posameznika, (2) alografte, odvzete iz človeških kosti, (3) ksenografte, ki prihajajo iz drugega živalskega vira, in (4) aloplaste, sintetično izdelane kostni nadomestki. Predstavljene bodo osteogene, osteoinduktivne in osteokonduktivne lastnosti posameznih vrst kostnih nadomestkov v povezavi s klinično uporabnostjo posameznih kostnih nadomestkov. Pogoj za uspešno regeneracijo kosti je uporaba materialov, ki imajo odlično biokompatibilnost in osteoinduktivnost, ne da bi hkrati povzročili antigenske zaplete. Od vseh regenerativnih materialov, ki so trenutno na voljo na trgu, samo avtogeno kost hkrati izpolnjuje omenjene zahteve v celoti. Avtografti sprostijo široko paleto rastnih faktorjev in citokinov, ki uravnavajo delovanje osteoblastov na eni in osteoklastov na drugi strani. Mesto in način odvzema kostnega presadka vplivata na preživetje kostnih celic presadka in v končni fazi na uspešnost kostne regeneracije. Več kot 40 let je minilo, odkar so kostni nadomestek prvič uporabili za regeneracijo kostnih defektov v parodontologiji. Medtem ko je bilo prvotno mišljeno, da mora organizem vse kostne nadomestke počasi resorbirati in jih nadomestiti z lastno kostjo, se je sčasoma pokazalo, da je v posameznih kliničnih indikacijah zaželeno ohranjanje kostnega nadomestka z namenom ohranjanja oblike in volumna kosti. "Zlati standard" v smislu idealnega celjenja in regeneracije predstavlja avtologna kost oz. avtograft. Sintetični kostni nadomestki ponujajo glavno prednost, da so proizvedeni v neomejenih količinah brez variabilnosti, ki je značilna za naravne kostne nadomestke in hkrati nudijo regenerativni potencial v kliničnih indikacijah z različnimi biološkimi mehanizmi in vzorci



razgradnje oz. ohranjanja aloplastičnega materiala v tkivu. Ekstrahirani zobje se danes rutinsko zavržejo in veljajo za klinični odpadke. Vendar se zaradi osteogenega potenciala mineraliziranih tkiv v zadnjem času zmleti delci ekstrahiranih zob uporabljajo kot avtogeni kostni nadomestki. Ankilozirani dentin in cement se z osteoklasti zelo počasi razgrajujeta in se sčasoma nadomeščata z lamelarno kostjo, kar klinikom ponuja ugodno rešitev za ohranjanje alveole po ekstrakciji zob. Sveže ekstrahiran zob, ki je po strukturi najbolj podoben avtogeni kortikalni kosti, ponuja vrsto presadka, ki učinkovito spodbuja nastanek novega kostnega tkiva. Predstavljene bodo vrste membran, ki delujejo kot fizične ovire za hitrejše celice veziva in epitelija, prikazana bo uporaba rastnih dejavnikov in novejših biomaterialov za kostne nadomestke, na koncu bodo podana priporočila za izbiro optimalnih kostnih nadomestkov za posamezne klinične indikacije.





Izr. prof. dr. Rok Gašperšič, dr. dent. med., spec.

RECESIJA DLESNI IN MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA

Recesija dlesni je apikalni pomik roba dlesni, ki izpostavi površino zobne korenine. V večini primerov je recesija dlesni povezana z neugodnim fenotipom dlesni, tipično tanko dlesnijo, ozkim pasom keratinizirane dlesni in prirastiščem sluzničnih gub. Fenotip dlesni je lahko neugoden samo ob posameznih zobeh ali v eni sami čeljusti, možno pa ga je spremeniti z zunanjimi vplivi, najpogosteje ortodontskimi premiki zob. Blaga recesija desni v področju medzobnih papil in na bukalni strani zob je pri starosti 40–50 let prisotna pri večini posameznikov, bolj izrazito recesijo pa se opazi samo pri določenih posameznikih in ob določeni vrsti zob, najpogosteje ličnikih in podočnikih. Z recesijo dlesni se povezuje pojav nekarioznih cervikalnih lezij. Dejavniki, ki ob anatomske predispoziciji poslabšujejo recesijo dlesni so enaki dejavnikom za razvoj parodontitisa (prisotnost zobnih oblog, kajenje, moški spol). Pri zdravljenju recesije dlesni je najprej potrebno odpraviti vzročne dejavnike in korigirati neugoden položaj zob, ki poslabšuje fenotip dlesni. V drugi fazi sledijo kirurški posegi, med katerimi razgaljena področja korenin pokrijemo z enim ali dvema slojema tkiva. Enoslojno pokrivanje je možno samo ob ugodni dimenziji in kakovosti dlesni v okolici defekta, v ostalih primerih pa prvo plast tkiva, s katero se pokrije korenino, predstavlja z vezivnotkivni presadek nebne sluznice. Najpogostejše tehnike, ki jih pri tem uporabljamo, so tehnika koronarno pomaknjene krpe, tehnika pisemske ovojnice in tunnelske tehnike. Pri zdravljenju recesije dlesni se lahko uporabljajo tudi kolagenski matriksi, ki nadomestijo vezivnotkivni presadek. V prispevku bodo s primeri prikazane različne možnosti zdravljenja recesije dlesni in indikacije, ki podpirajo izbiro posamezne možnosti zdravljenja.





Doc. dr. Rok Schara, dr. dent. med., spec.

ANTIBIOTIKI PRI ZDRAVLJENJU PARODONTALNE BOLEZNI

Parodontalna bolezen je kronični vnetni proces, ki prizadene mehka in trda obzobna tkiva. V zdravi ustni votlini je veliko vrst mikroorganizmov, ki so v medsebojnem ravnovesju in so potrebni za normalno delovanje organizma. Kadar je organizem izpostavljen različnim dejavnikom tveganja in poškodbam, to privede do porušanja ravnovesja med vrstami bakterij in nato do njihovega razširjanja po organizmu. Bakterije in njihovi produkti v mehkih in trdih zobnih oblogah privedejo do vnetnega odgovora organizma in propada obzobnih tkiv. Bakterije odgovorne za parodontalno bolezen preko poškodovanih obzobnih tkiv (parodontalna rana) vstopajo v krvni obtok. Omejitve mehanskega zdravljenja pri nekaterih oblikah parodontalnega vnetja kot tudi prisotnost patogenih bakterij na ustni sluznici, hrbtnišču jezika in nebnicah utemeljujejo vključitev antibiotičnega zdravljenja. Antibiotike uporabljamo v sistemski fazi zdravljenja parodontalne bolezni, to je po opravljeni začetni fazi parodontalnega zdravljenja. Antibiotiki se razlikujejo med seboj po spektru delovanja, načinu delovanja, načinu jemanja in dovajanja. Učinkovitost dodatnega antibiotičnega zdravljenja parodontalne bolezni je odvisna od antibiotičnega spektra zdravila in njegovih farmakokinetičnih značilnosti, lokalnih dejavnikov, kot so vezava zdravila v tkivih, razgradnja zdravila z nepatogenimi bakterijami, prisotnost subgingivalnega biofilma, celotnega števila patogenih bakterij in učinkovitosti obrambnega sistema gostitelja. Ker je mikrobní profil večine parodontopatogenih bakterij relativno predvidljiv, je izbor antibiotika običajno izkustven in na osnovi kliničnih znakov bolezni. V primeru, da zdravljenje ni uspešno, izberemo antibiotik glede na mikrobiološko analizo vzorca, odvzetega s prizadetih mest, in pacientu predpišemo specifično prilagojeno zdravljenje na osnovi antibiograma.



Asist. dr. Eva Skalerič, dr. dent. med., spec.

NOVA KLASIFIKACIJA BOLEZNI OBZOBNIH TKIV

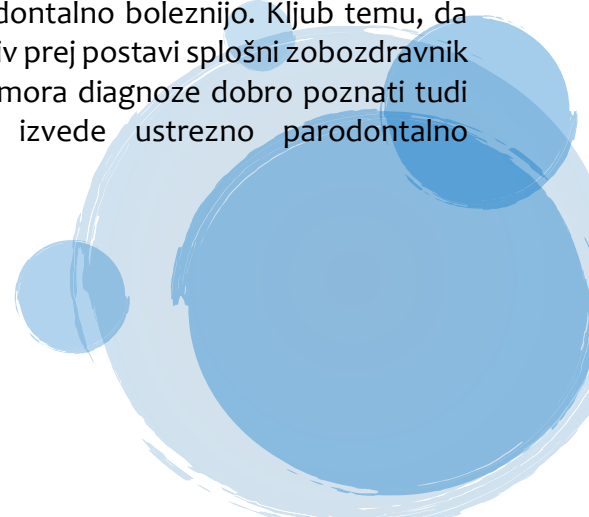
Da bi lahko pravilno diagnosticirali in zdravili paciente z boleznimi obzobnih tkiv, moramo dobro poznati klasifikacijo oz. razvrstitev bolezni obzobnih tkiv. Leta 2017 sta Ameriška akademija za parodontologijo (AAP) in Evropska federacija za parodontologijo (EFP) oblikovali novo razvrstitev bolezni obzobnih tkiv. Prav tako je nastala nova razvrstitev bolezni tkiv ob implantatih. Bolezni obzobnih tkiv so po novem razdeljene v tri skupine:

- parodontalno zdravje, bolezni in stanja dlesni,
- parodontitis,
- druga stanja, ki vplivajo na parodoncijo.

Vsaka od teh treh skupin ima še nekaj podskupin. Diagnoza parodontitis ima naslednje podskupine:

- nekrotizirajoče parodontalne bolezni,
- parodontitis,
- parodontitis kot manifestacija sistemskih bolezni.

Glavna novost nove razvrstitve je ta, da več na loči kroničnega parodontitisa in agresivnega parodontitisa, temveč obe bolezni združuje v diagnozo parodontitis. Pri diagnozi parodontitis je potrebno določiti razred (stadij) in stopnjo (gradus). Obstajajo 4 razredi, ki se jih določi na podlagi stopnje parodontitisa in kompleksnosti zdravljenja ter 3 stopnje, ki se jih določi na podlagi preteklega napredovanja bolezni, analize tveganja za nadaljnje napredovanje in ocene tveganja za sistemsko zdravje. Ustni higienik je pomemben člen zobozdravstvenega tima. Sodelovanje med ustnim higienikom in zobozdravnikom ali specialistom parodontologom je ključnega pomena pri obravnavi pacientov s parodontalno boleznijo. Kljub temu, da diagnozo stanja obzobnih tkiv prej postavi splošni zobozdravnik ali specialist parodontolog, mora diagnozo dobro poznati tudi ustni higienik, da lahko izvede ustrezno parodontalno zdravljenje.





Katarina Zver Belovič, dipl. ustna higieničarka

KARIERA – POT OD DIPLOME DO OPRAVLJANJA POKLICA USTNEGA HIGIENIKA

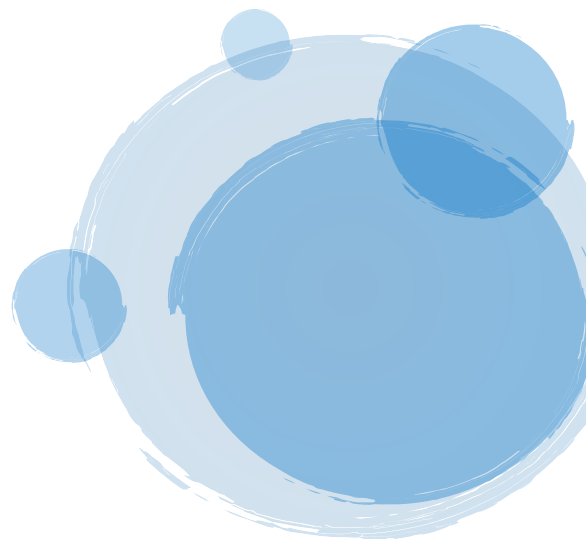
Zaključek šolskega, institucionalnega izobraževanja je le stopnička na poti do opravljanja poklica. Za doseg cilja, da svoj poklic opravljaš z veseljem, je potrebno prehoditi kar nekaj stopničk. Takšen proces zahteva znanje in veščine, prizadevnost in predanost ter čas in potrpežljivost. Vse to pomeni, da obstaja veliko mejnikov na tej poti.

Ustvarjanje kariere je proces, ki poteka korak za korakom. V prvem delu predstavitve bo predstavljena pot od diplome, opravljanja pripravništva, priprave na strokovni izpit do možnosti zaposlitve.

Drugi del pa zajema pomembnost povezovanje ustnih higienikov v Združenju SZUH. V okviru te tematike bodo predstavljene naslednje vsebine:

- izobraževanje (spodbujanje dodatnega izobraževanja in obnavljanja znanj),
- varnost in odgovornost (kompetence, zavarovanje odgovornosti, vodenje Registra ustnih higienikov),
- licenciranje in nadzor,
- področja dela ustnega higienika,
- okviren protokol delovnega procesa in pomembnost vodenja kartotek pacientov (GDPR).

Prizadevamo si, da bi v našem delovnem okolju zagotovili etične in kakovostne standarde v podporo poklicu ustnega higienika in sodobnemu zobozdravstvu ter v dobro naših pacientov.





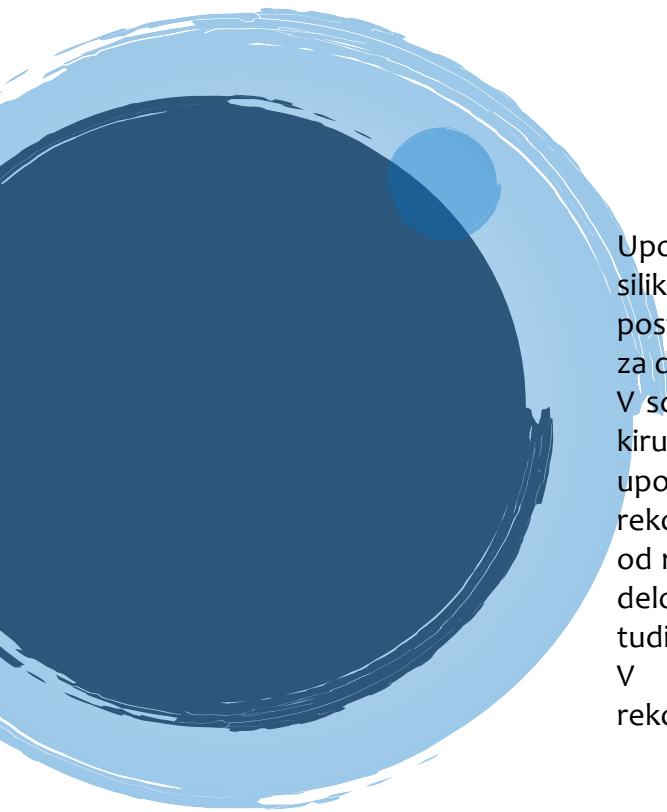
Prof. dr. Uroš Ahčan, dr. med., spec.
**REKONSTRUKCIJSKA IN
ESTETSKA KIRURGIJA OBRAZA –
KJE SO MEJE?**

Plastična kirurgija je izredno zanimiva in dinamična veja kirurgije, ki za razliko od ostalih kirurških strok obravnava vse telesne regije, vse starostne skupine in uporablja številne, različne kirurške tehnike. Glavno poslanstvo plastičnih kirurgov oz. njihovih predhodnikov je od nekdaj nadomestiti manjkajoči del telesa ali tkiva tako, da se ohrani njegova funkcija in/ali oblika oz. videz s presaditvijo (transpozicija) ali presaditvijo (transplantacija) po možnosti telesu lastnih tkiv. Ime izvira iz grške besede *plastikos*, kar pomeni oblikovati. Delo plastičnih kirurgov je v času renesanse leta 1597 opredelil Gaspere Tagliacozzi. Prvi je opisal vezani reženj z nadlakti za rekonstrukcijo nosu in zapisal: **»Mi popravljamo in učvrstimo dele telesa, ki nam jih je narava dala in usoda vzela. Namen našega dela ni ugajati očem, temveč vlivanje upanja bolnikom in pomoč njihovim dušam.«**

Z zdravljenjem poškodb obraza po koncu prve svetovne vojne je zaslovel Sir Harold Gilles, novozelandski otorinolaringolog. Gilliesa mnogi smatrajo za očeta moderne plastične kirurgije, njegovo delo *Plastic surgery of the face* (1920) pa za temeljno. Gilles je bil za razliko od večine takratnih kolegov pripravljen svoje znanje deliti z drugimi kirurgi.

V 20. stoletju so se z združevanjem kirurških tehnik žilne kirurgije in mikroskopa ob sočasni uporabi finih inštrumentov ter mikrošivov začele razvijati mikrokirurške tehnike, ki so bolnikom omogočale prost prenos tkiv in kompleksne rekonstrukcije. Te so na začetku trajale zelo dolgo in imele številne zaplete. Kljub temu je mikrokirurgija postala pomemben del operacije in ravnanja s tkivi in ob sodobnem načrtovanju s pomočjo slikovnih tehnik in 3D načrtovanja postala nepogrešljiv del pomembnih medicinskih centrov v svetu.

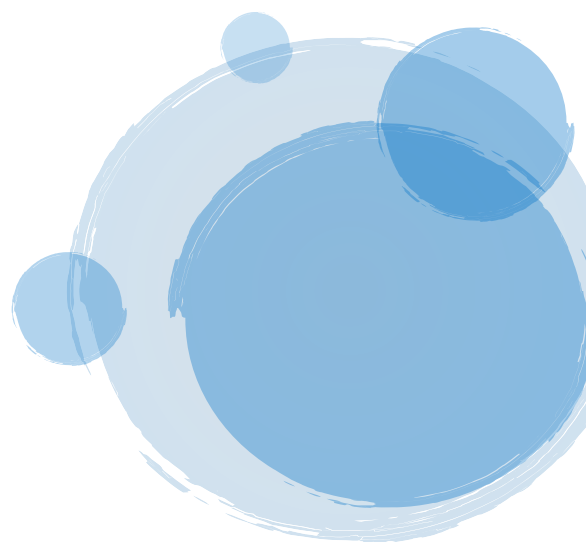
Poleg rekonstrukcijskega dela plastične kirurgije pa je istočasno svoj razcvet doživela tudi estetska kirurgija, odstranitev gub – ritidektomija ali »face-lift«, korekcija nosu, oblikovanje telesa, liposukcija in drugi posegi so postajali vedno bolj dovršeni.



Uporabljati so se pričeli različni aloplastični materiali, kot so silikonski vsadki ter druga tkivna polnila. Plastična kirurgija je postala tako obsežna, da so se kirurgi pričeli ožje specializirati za določena področja.

V sodobnem svetu so meje med rekonstrukcijsko in estetsko kirurgijo zabrisane, saj se znanje rekonstruktivne kirurgije uporablja tudi na področju estetske kirurgije in vsaka uspešna rekonstrukcija se konča z elementi estetske kirurgije. Za razliko od renesančnih časov namen našega dela ni zgolj popravljanje delov telesa in vlivanje upanja in pomoč njihovim dušam pač pa tudi ugajati očem.

V prispevku bodo predstavljene sodobne tehnike rekonstrukcijske in estetske kirurgije obraza.





Prof. dr. Aleš Fidler, dr. dent. med., spec.

ALI JE ENDODONTSKO ZDRAVLJENJE LAHKO LAŽJE?

Velik razkorak med uspešnostjo endodontskega zdravljenja v raziskavah in v splošni populaciji kaže na tehnično zahtevnost endodontskega zdravljenja, ki je posledica razvoja številnih novih naprav in instrumentov. Za večjo uspešnost endodontskega zdravljenja je potrebno endodontsko zdravljenje poenostaviti, seveda ob upoštevanju biomedicinskih načel.

Endodontsko zdravljenje je zahteven poseg, ki se izvaja v močno omejenem in težko dostopnem predelu in pogosto brez neposrednega pregleda med delom. Za doseganje dobrih izidov zdravljenja je potrebna visoka natančnost in asepsa. Posledica zahtevnosti posega je precej nizka tehnična ustreznost polnitev, ki je v svetu v populaciji med 13 % in 56 %, v Sloveniji 29 %. Uspešnost endodontskega zdravljenja je višja, v svetu v populaciji je med 30 % in 78 %, v Sloveniji 45 %. Kljub temu je preživetje endodontsko zdravljenih zob visoko in dosega 94–97 %.

Za povečanje uspešnosti endodontskega zdravljenja se je v endodontijo uvedlo slikanje s CBCT, uporaba lup in mikroskopa, elektronskih določevalcev delovne dolžine, strojno širjenje z NiTi instrumenti, številne metode za učinkovitejšo irigacijo (ultrasonične, sonične, laser, ročna), tehnike za polnitev z vročo gutaperčo, materiale na osnovi silikatov (»biokeramika«) in tehniko polnitve z ujemačim gutaperčinim zatičkom.

Razvoj tehnologije in materialov v zadnjih nekaj letih je usmerjen v poenostavitev materialov in njihove uporabe. Te trende lahko opazimo pri številnih skupinah materialov. Številne raziskave vrednotijo tehnične lastnosti novih instrumentov in materialov, kliničnih raziskav pa je zaradi njihove zapletenosti in visoke cene majhno. Večina kliničnih raziskav vrednoti različne načine zdravljenja v idealnih pogojih, zato ugotovitve niso neposredno prenosljive v običajne ambulante. V zadnjem času zato postajajo vedno bolj pomembne pragmatične randomizirane klinične raziskave, ki vrednotijo uspešnost v vsakdanjem kliničnem delu.



Prof. dr. sc. Hrvoje Jurić, dr. dent. med., spec.

REGENERATIVNA ENDODONTSKA TERAPIJA – KAKO DO PREDVIDLJIVOG ISHODA?

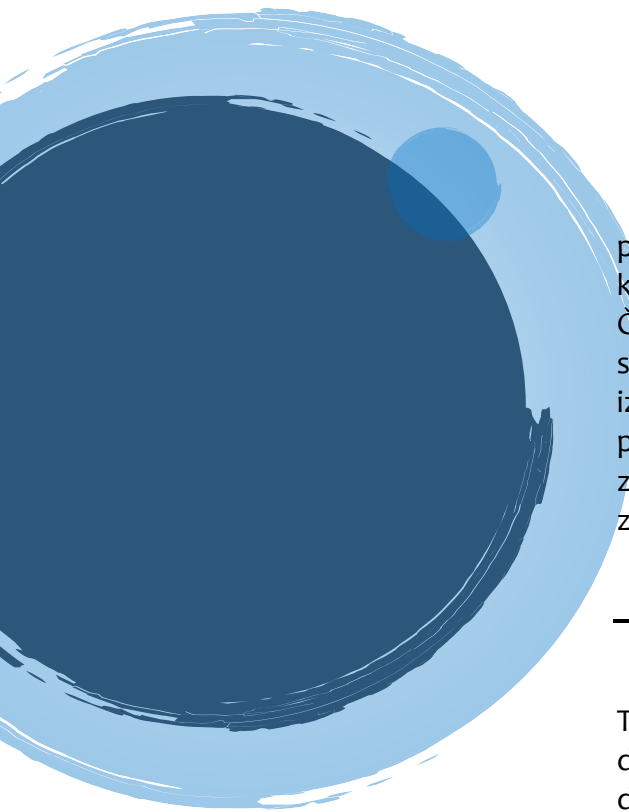
REGENERATIVE ENDODONTIC TREATMENT – HOW TO ACHIEVE A PREDICTABLE OUTCOME?

Temeljni cilj ovog predavanja je predstaviti precizne i detaljne upute o tome kako treba postupati s pacijentom koji je pretrpio dentalnu traumu od hitnog prijema do planiranja i provedbe dugoročnog liječenja, a koje će ispuniti prije svega pacijentove, ali i Vaše želje s obzirom na funkciju i estetiku.

Odgovarajuće hitno liječenje pacijenta koji je pretrpio dentalnu traumu od krucijalnog je značenja, od prvog kontakta s njim do okončanja prve posjete u ordinaciji dentalne medicine. Prikupljanje anamnestičkih podataka iznimno je važan čimbenik u procjeni psihičkog i fizičkog stanja traumatiziranog pacijenta. Element koji svakako treba razmotriti kada se radi o maloljetnim pacijentima jest i aspekt potencijalne fizičke traume u smislu zlostavljanja ili zanemarivanja djeteta.

Klinički pregled, rendgen dijagnostika traume te ispitivanje vitaliteta neposredno prethode konačnoj dijagnozi, nakon čega smo dužni pružiti pacijentu najbolji oblik liječenja, jer je prvi zahvat nakon hitnog prijema nakon traume od neprocjenjive važnosti za daljnji tijek terapije i dugoročno povoljnu prognozu. Definitivni plan terapije možemo kreirati tek nakon što sagledamo sve elemente ostvarenog učinka tijekom dosadašnjeg liječenja, a ona nerijetko uključuje i neizbježnu suradnju s drugim specijalističkim granama, osobito protetikom, ortodoncijom i oralnom kirurgijom.

U ovom predavanju obradit će se i teme izrade splinta u svrhu stabilizacije ozlijeđenih zuba te nadoknadu izgubljenog tvrdog zubnog tkiva adhezijskim postupcima pomoću kompozitnih materijala. Poseban naglasak će se uz mogućnosti u prevenciji nastanka dentalnih ozljeda staviti i na sve potencijalne aspekte endodontske patologije traumatiziranog mladog trajnog zuba. Pritom će se detaljnije obratiti trenutne spoznaje i mogućnosti regenerativnih endodontskih postupaka koji mogu u konačnici



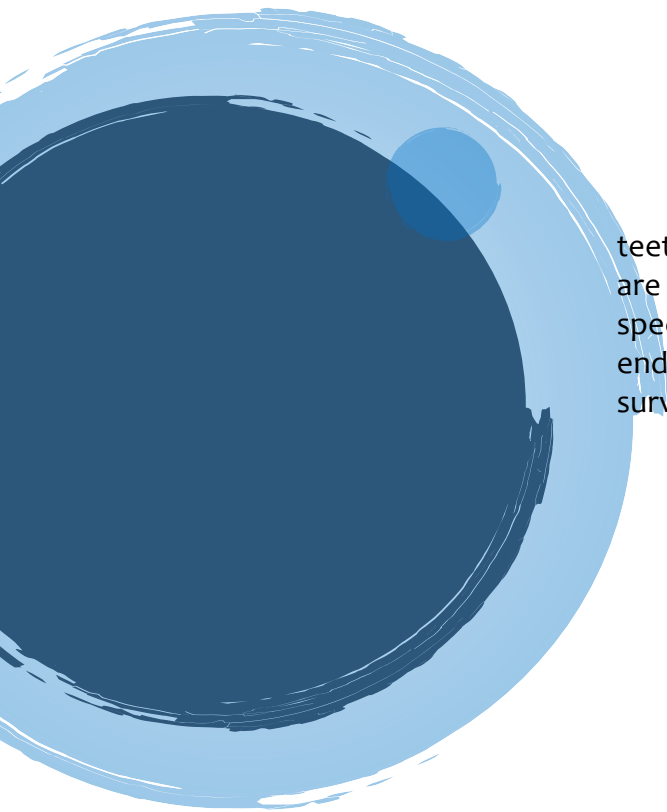
povoljno utjecati na kvalitetu i kvantitetu tvrdog zubnog tkiva korijena kod zuba s nezavršenim rastom i razvojem korijena. Činjenica da zubi s nezavršenim rastom i razvojem korijena, koji su pretrpjeli traumatu, imaju dosta veliki rizik da budu i trajno izgubljeni iz različitih razloga, posebno ukazuje na vrijednost potencijalnog regenerativnog endodontskog tretmana koji će značajno uvećati vjerojatnost dužeg opstanka traumatiziranog zuba u zubnom nizu.

The main objective of this lecture is to present precise and detailed instructions on how to treat a patient who has suffered dental trauma from emergency admission to the planning and implementation of long-term treatment, which will primarily fulfill the patient, but also our wishes regarding function and aesthetics.

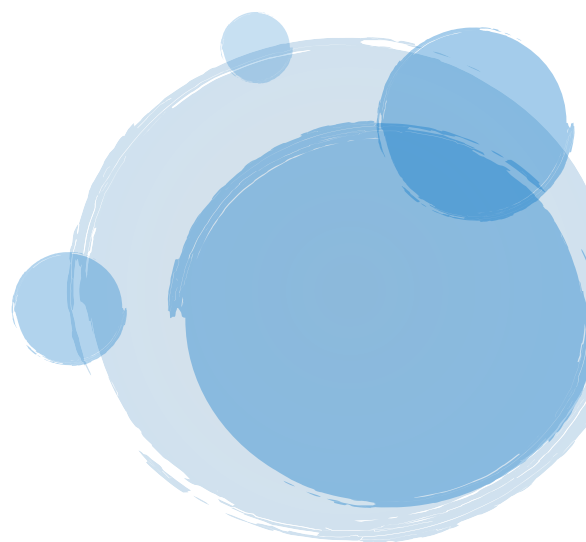
Appropriate emergency treatment for a patient who has suffered dental trauma is crucial, from first contact to the end of his/her first visit to the dental office. The anamnestic data is an extremely important factor in assessing the mental and physical condition of a traumatized patient. An element that definitely needs to be considered when we have underage patients with dental trauma is the aspect of potential child abuse or neglect.

Clinical examination, X-ray diagnostics and tooth vitality testing precede to the final diagnosis, after which we are obliged to provide the best possible treatment. The first intervention after trauma is invaluable for the further therapy and long-term favorable prognosis. A definitive treatment plan can only be created after looking at all elements, achieved so far during treatment, and it often involves the inevitable cooperation with other specialist branches, especially prosthetics, orthodontics and oral surgery.

In this lecture, trauma splint will also be discussed in order how to stabilize the injured teeth in right way, and how to make an aesthetic final restoration of fractured tooth with composite material. Particular emphasis will be placed on all specific aspects of endodontic pathology of a traumatized young permanent tooth. Current knowledge and possibilities of regenerative endodontic procedures that can ultimately have a positive effect on the quality and quantity of hard dental tissue of the root of teeth with incomplete root growth and development will be addressed in greater detail. The fact that



teeth with incomplete root development who suffered trauma are at a high risk of being permanently lost for various reasons, specially indicates the potential positive value of regenerative endodontic treatment which can ensure long term tooth survival with undeveloped root.

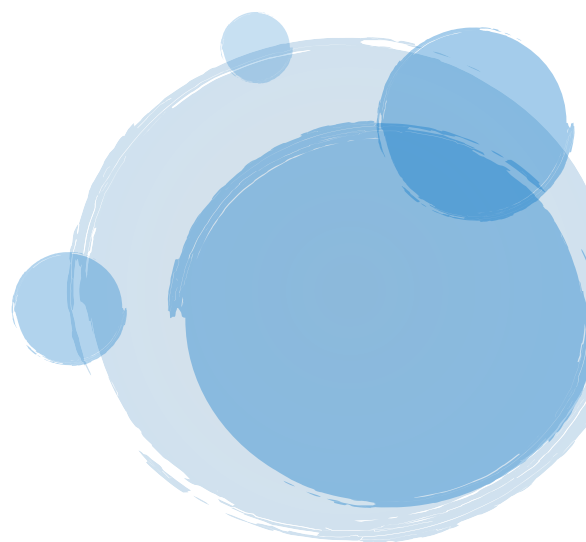




Asist. dr. Maja Grošelj, dr. dent. med., spec.

KAJ SE DOGAJA NA APIKALNI ODPRTINI?

Predavanje bo v celoti posvečeno apikalni odprtini – njeni anatomiji, histologiji, razvoju, fiziologiji in patologiji z namenom boljšega razumevanja sodobnih načel endodontskega zdravljenja, obravnave poškodb in regenerativne endodontije, ki postaja tudi klinično vse bolj zanimiva.





Asist. mag. Tadej Ostrc, dr. dent. med., spec.

PROTETIČNA OSKRBA ZOBNIH VSADKOV – DIGITALNO ALI ANALOGNO

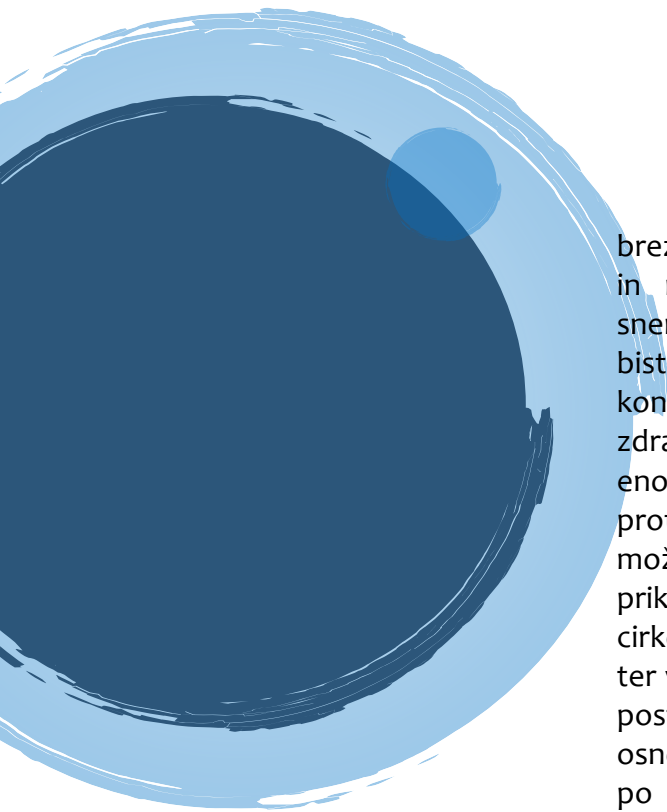
V zadnjih treh desetletjih je implantologija v zobozdravstvu postala uveljavljena disciplina. V tem obdobju razvoja so koncepti in načini zdravljenja doživeli ogromno sprememb. Nedvomno je napredek v tehnologiji izjemno povečal možnosti za uspeh tudi v implantologiji. Danes lahko na podlagi posnetka CBCT natančno določimo smer in dimenzije (dolžino in širino) vsadka ter morebitne anatomske posebnosti pacienta na predvidenem mestu vstavitve. Tako lahko kirurško-protetični tim (kirurg, protetik, zobotehnik) natančno načrtuje položaj in izbere najprimernejšo vrsto oskrbe tudi pri takojšnji obremenitvi. Izid zdravljenja je postal predvidljiv tudi zaradi možnosti uporabe kirurških vodil, ki natančno določijo smer vstavitve vsadka. S sočasno uporabo ekstraoralnih ali intraoralnih kamer in CAD-tehnologije se postopek načrtovanja še izboljša. Ob pravilnem načrtovanju in natančnosti se lahko celo izognemo klasičnemu odtiskovanju v določenih primerih protetične oskrbe. 3D skeniranje predmetov se lahko izvede z laboratorijskim ali intraoralnim skenerjem. Intraoralno skeniranje ponuja klinične prednosti, vključno z oceno odtisa v realnem času in je neposredno združljivo s CAD-CAM sistemi. Intraoralno skeniranje je lahko tudi bolj higiensko pri prenosu informacij do zobotehničnega laboratorija. Zaradi narave dela pa je velika večina protetičnih del pogosto zasnovana in izdelana z mešanim analogno-digitalnim (delno digitalnim) postopkom. Zobotehniki in zobozdravniki vse pogosteje izkoriščajo prednosti povezane s postopkom izdelave protetičnih nadomestkov v digitalnem okolju, ki omogoča zelo natančno izdelavo ogrodja ali protez s pomočjo odvzemalnih ali dodajalnih tehnologij. Moderen protetični pristop torej omogoča digitalno odtiskovanje/posnetek začetnega stanja s pomočjo intraoralnih/ekstraoralnih kamer, virtualno načrtovanje s pomočjo programske opreme, računalniško vodeno kirurško vstavitve vsadkov s pomočjo vodil in takojšnjo izdelavo začasnih zobnih nadomestkov na vsadkih.



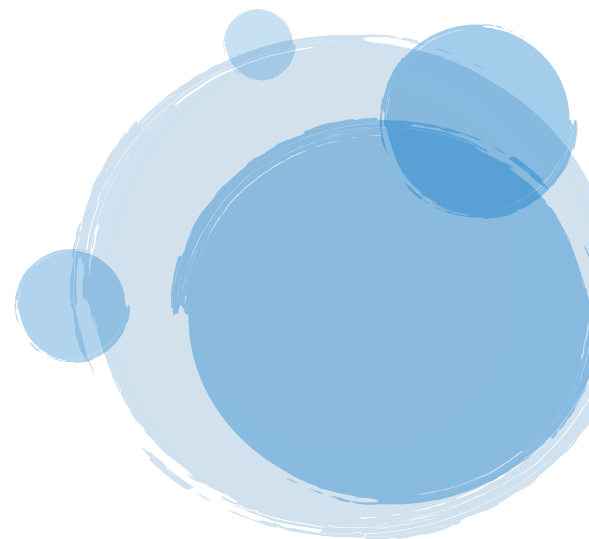
Matej Kuliš, dr. dent. med., spec.

SODOBNE SNEMNO PROTETIČNE REŠITVE Z UPORABO CIRKONIJ- GALVANO DVOJNIH KRON, PODPRTIH NA IMPLANTATIH TER NA IMPLANTATIH IN ZOBEB, KOT ALTERNATIVA VEDNO BOLJ POPULARNIM ALL-ON-X KONCEPTOM

Zobni vsadki se že nekaj časa uspešno uporabljajo za nadomestitev manjkajočih zob, da bi se izboljšala funkcija, fonetika ter estetika. Pri večjem številu manjkajočih zob se danes vse bolj uveljavlja all-on-x koncept. Da bi se posegi poenostavili, znižali stroški in skrajšal čas trajanja terapije, all-on-x koncept terapije mnogokrat vključujejo odstranitev zob, ki niso indicirani za ekstrakcijo. Uporaba dvojnih kron (teleskopske/konusne krone) omogoča uspešno sekundarno vezavo zobnih vsadkov in zob v blok za podporo/retencijo snemno protetičnega dela. Takšen tip protetičnega dela omogoča ohranitev zdravih zob in njihovo integracijo kot protetičnega nosilca v kombinaciji z dodatno postavljenimi vsadki, s katerimi dosežemo optimalno razporeditev protetičnih nosilcev, kar je tudi pogoj za uspešnost snemno protetičnih del z dvojnimi kronami. Kombinacija zob in zobnih vsadkov ima več prednosti; pozitiven psihološki učinek, saj si mnogi pacienti ne želijo dodatne izgube zob, ker se z ohranitvijo vlaken parodontalnega ligamenta ohranja taktilnost in propriocepcija, kar zagotavlja manjšo nevarnost prekomerne funkcionalne preobremenitve. Prav tako ohranitev zob in vlaken parodontalnega ligamenta predstavlja najboljšo rešitev za ustavitev procesa resorpcije alveolarnega grebena. Študije prikazujejo zelo visoke stopnje uspešnosti snemno protetičnih del z uporabo dvojnih kron podprtih samo na zobnih vsadkih ter kombinirano podprtih na zobnih vsadkih in zobeb. Pri pacientih z večjim številom manjkajočih zob oziroma pri popolnoma



brezzobih pacientih se zaradi “obilnosti” protetičnih konstrukcij in nezadostne količine keratinizirane sluznice priporočajo snemne protetične konstrukcije, saj omogočajo pacientu bistveno lažje izvajanje aдекватne oralne higijene. Snemne konstrukcije tudi terapevtu omogočajo lažje vzdrževanje zdravega stanja, saj se tekom izvajanja rednih higienskih kontrol enostavno snamejo brez vijačenja s čimer se izogne obrabi protetičnih komponent na zobnih vsadkih in s tem zmanjša možnost za nastanek tehničnih komplikacij. Prikazani primeri prikazujejo sodobne snemno protetične rešitve z uporabo cirkonij-galvano dvojnih kron podprtih kombinirano na zobeh ter vsadkih in popolnoma na vsadkih, predprotetično pripravo, postavitev vsadkov s pomočjo kirurških šablon narejenih na osnovi digitalnega načrtovanja, takojšnjo obremenitev vsadkov po konceptu one time-one abutment z začasnim snemno protetičnim delom ter prednosti intraoralnega cementiranja protetičnih komponent pri uporabi sistema dvojnih kron.





Dr. Tjaša Zupančič Hartner, prof. biol. in kem.,
doc. dr. Anita Fekonja, dr. dent. med., spec.

SODELOVANJE JE PRILOŽNOST ZA INOVATIVNE REŠITVE

V kolikor želimo uskladiti želje in zmožnosti pacienta s strokovnimi stališči, je sodelovanje tima v zobni ordinaciji danes nujna. Hiter tehnološki razvoj in vedno novi materiali ter zahteve po estetiki, od tima zahtevajo, da združi svoja znanja, spretnosti in izkušnje ter ponudi pacientu rešitev, ki bo individualizirana glede na anamnezo in željeno oskrbo.

Zobozdravstvena stroka je že od nekdaj zelo posebna v primerjavi z ostalimi medicinskimi strokami in uporabo medicinskih pripomočkov. Gre namreč za stroko, ki je pri svojem delu od nekdaj uporabljala individualizirane medicinske pripomočke in prav to je tisto, kar jo loči od ostalih medicinskih strok in uporabe medicinskih pripomočkov. Kljub izjemno zahtevni izdelavi medicinskih pripomočkov pa je šele v zadnjem obdobju več govora o sodelovanju med sodelavci v zobozdravstvenem timu. Tehnološke možnosti in materiali nas namreč s svojim hitrim razvojem in popolnoma novim pristopom k načrtovanju medicinskega pripomočka vodijo/silijo v dnevno sodelovanje tima. Tako ugotavljamo, da je tudi v zobozdravstveni stroki potreba po interdisciplinarnem sodelovanju strokovnjakov nujna v kolikor želimo individualizirano in uspešno oskrbo pacienta.

Na primeru iz prakse bova predstavili uspešno sodelovanje našega tima. Pri načrtovanju, izboru in končni izdelavi »fiksne vodila griza« smo uporabili tehniko 3D računalniškega načrtovanja ter izdelavo konstrukcije s SLM tehnologijo z naknadnim oplaščenjem.

Inovativnost našega dela je v letu 2019 prepoznala tudi Zdravniška zbornica Slovenije in nas nominirala za priznanje "Medicinski dosežek leta za štajersko regijo".



Andrej Lazić, zobni tehnik

NEVIDNO OZADJE MORFOLOGIJE POSTERIORNIH ZOB

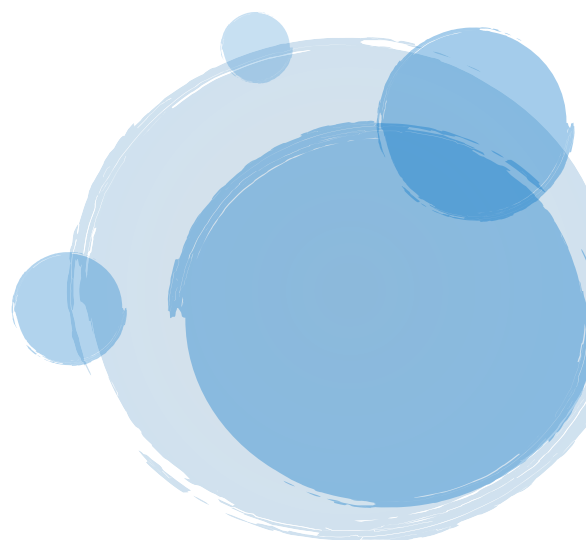
Znanje s področja morfologije in gnatologije je izredno pomembno, ko gre za modeliranje protetičnih restavracij, ne glede na to, ali gre za klasičen način dela ali digitalno modeliranje.

Pogosto citiram arhitekta Louisa Sullivana, ki trdi, da oblika vedno sledi funkciji. Enako velja za morfologijo in gnatologijo zob.

- Ali so vrški pomembni in zakaj? Kje se dejansko nahajajo?
- Ali so fisure pomembne in čemu služijo? Kje se nahajajo?
- Kje se nahajajo centralne jamice? Itd.

Obstaja nekaj načinov učenja teh veščin, čeprav sem mnenja, da je še vedno najboljši način modeliranje v vosku.

V tem predavanju vam želim pokazati nekaj trikov, kako izboljšati estetiko in funkcijo posteriornih zob v najkrajšem času. Na predavanju bo prikazano vse od izbire orodja in materialov za navoskavanje do majhnih skrivnosti pri dizajniranju protetike. Predavanje je namenjeno vsem zobotehnikom in zobozdravnikom, ki si želijo tehniko modeliranja zob dvigniti na višji nivo.





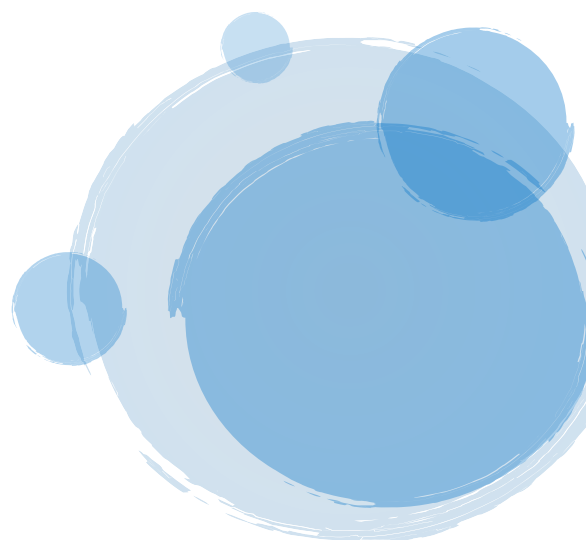
Dogodek so podprli:

PHILIPS
sonicare



PRODAJA IN SERVIS ZOBOZDRAVSTVENE OPREME

1231 Ljubljana - Črnuče, Brnčičeva ul. 13, Tel: 01 / 56 12 533
korum@siol.net, www.korum.si



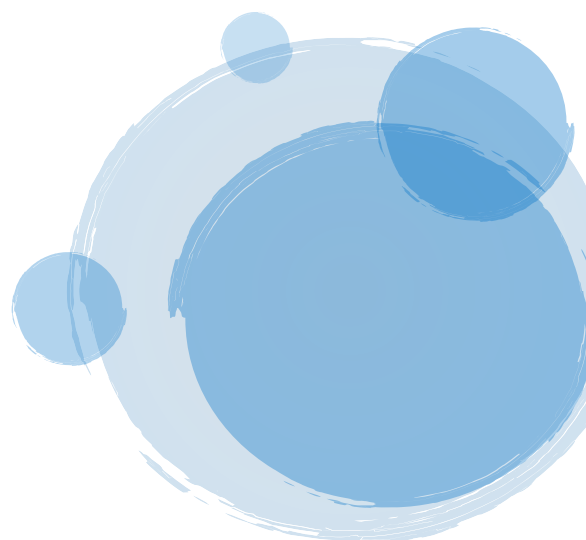


Zaradi trenutnih razmer,
povezanih s pandemijo covid-19,
vam lahko **elmex®** po pošti pošlje
promocijske vzorce zobnih past
in spremnega materiala.

Udeleženci
45. strokovnega srečanja stomatologov Slovenije
»Iz prakse za prakso«,
ki želite prejeti vzorce in materiale **elmex®**,
pošljite svoje povpraševanje na e-naslov:

marjan_kolevski@colpal.com.

V sporočilu navedite:
IME in PRIIMEK,
NASLOV,
KONTAKTNO TELEFONSKO ŠTEVILKO.





Izdajatelj:

STOMATOLOŠKA SEKCIJA

Slovenskega zdravniškega društva

Uredila:

Jona Blatnik, dr. dent. med.

Pripravila in oblikovala:

Jona Blatnik, dr. dent. med.

Objavljeni povzetki predavanj so nelektorirani.

