



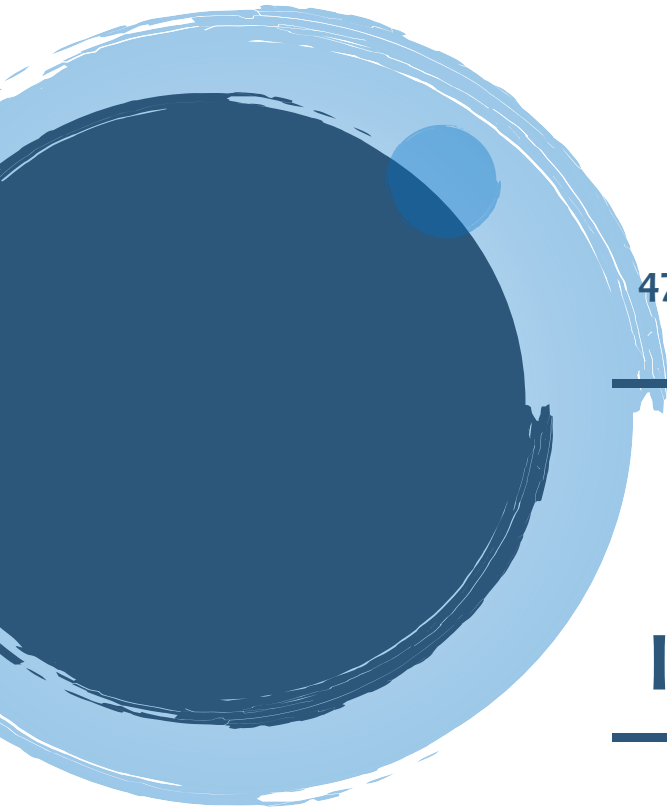
50 let Stomatološke sekcije SZD

47. STROKOVNO SREČANJE STOMATOLOGOV
SLOVENIJE

IZ PRAKSE ZA PRAKSO

3. in 4. junij 2022,
Avditorij Portorož in
videokonferenca

PROGRAM



47. 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

3. in 4. junij 2022,
Avditorij Portorož in videokonferenca





STOMATOLOŠKA SEKCIJA SZD

V.d. predsednika Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Predsednica
Člani

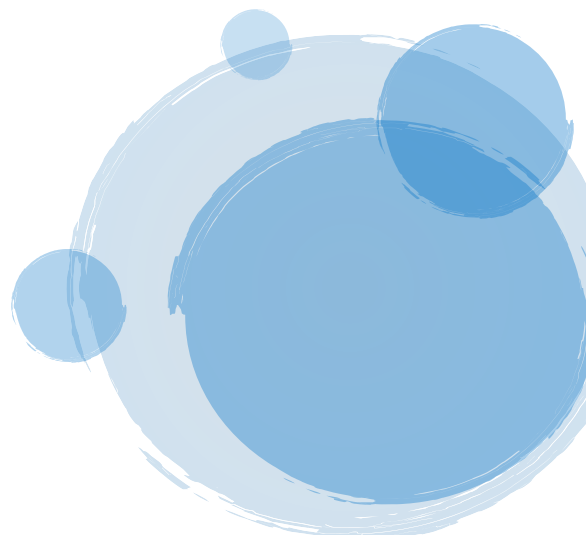
Doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., spec.
Vesna Banko, dr. dent. med.
Jona Blatnik, dr. dent. med.
Jernej Dobelšek, dr. dent. med.
Leon Herman, dr. dent. med., spec.
Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.
Prim. dr. Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med.
Breda Tržan Grozdanov, dr. dent. med.

STROKOVNI ODBOR

Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.
Doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., spec.

Tajnica

Jona Blatnik, dr. dent. med.





ČASTNI ČLANI STOMATOLOŠKE SEKCIJE SZD

Prof. dr. Ivica Anič, 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.

Dr. Marjan Premik, dr. dent. med., spec.

Prof. dr. Dragoslav Stamenković, dr. dent. med., spec.

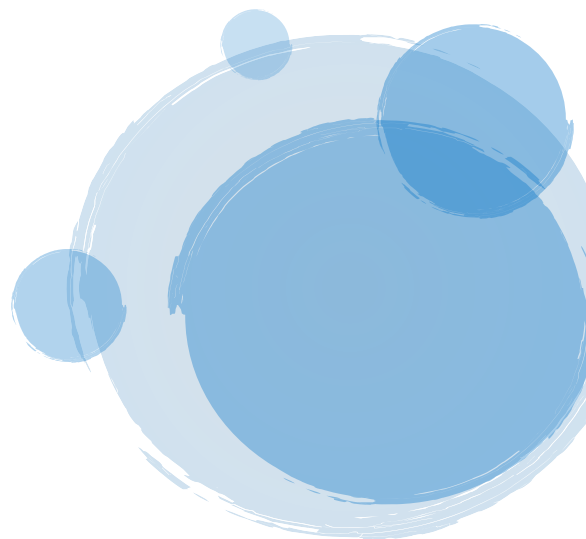
Prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med., spec.

Mitja Šircelj, dr. dent. med., spec.

Aleksander Velkov, dr. dent. med.

Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., spec.

Justina Završnik, dr. dent. med.

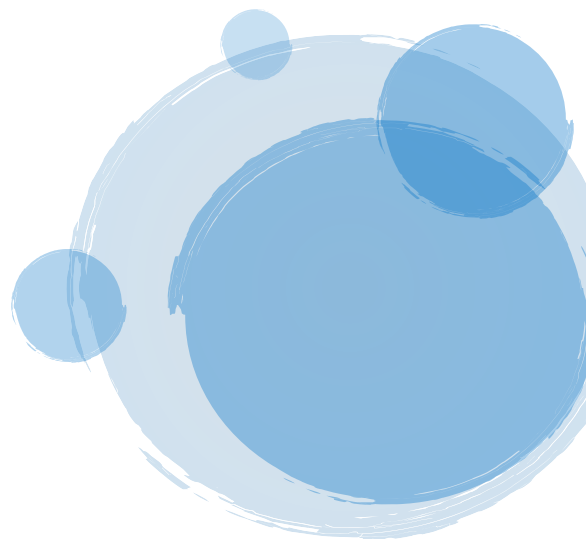


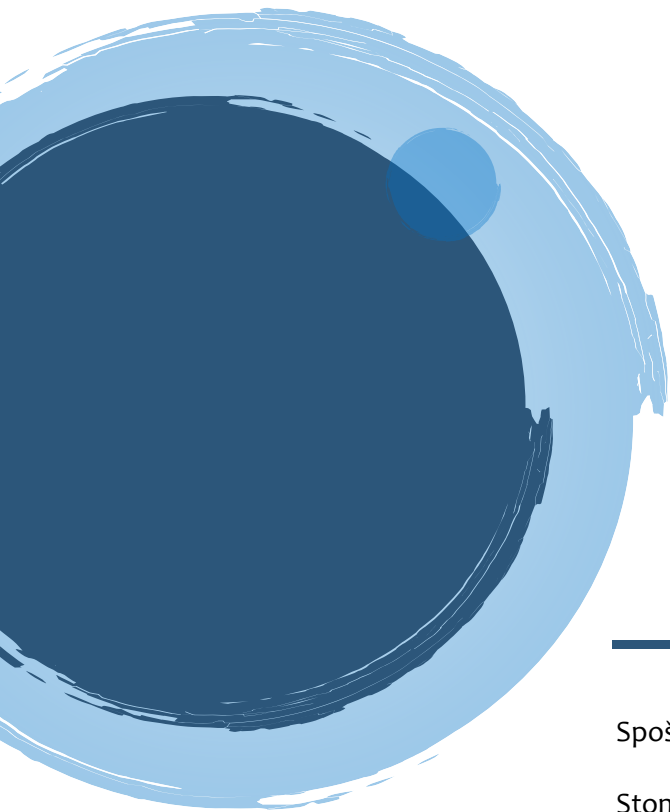


DOBRODOŠLI

Program je ocenjen z 12 licenčnimi točkami.

Udeleženci srečanja bodo lahko opravili tudi preizkus znanja in tako pridobili dodatne licenčne točke (predvidoma 6 licenčnih točk).





Pozdravni nagovor

»IZ PRAKSE ZA PRAKSO«,

3. in 4. junij 2022

Spoštovane kolegice, spoštovani kolegi!

Stomatološka sekcija SZD letos praznuje okroglo 50-letnico ustanovitve. Častitljiv jubilej, kajne? Skupaj z vami smo rasli in se razvijali.

Vesel sem, da se lahko ponovno srečamo "v živo", tradicionalno v Avditoriju Portorož, na 47. strokovnem srečanju stomatologov Slovenije "Iz prakse za prakso", ki tokrat poteka v hibridni obliki, kar predstavlja dodaten tehnični izziv za naš organizacijski odbor.

Epidemija covid-19 je dodobra zarezala v naše strokovno, družbeno in osebno življenje. Nismo pričakovali toliko obolelih, še manj smo mislili, da bodo tudi žrtve. V naših ambulantah smo se morali prilagoditi in s premišljenimi ukrepi preprečiti nevarnost prenosa okužbe. Ni bilo enostavno delati, se usklajevati in skrbeti, da prepoved dela zlasti v preventivi ne bi poslabšala dosežkov, ki smo jih do epidemije beležili med otroki.

Predsedovanju Stomatološki sekciji SZD se je v tem turbulentnem času zaradi osebnih razlogov odpovedal zasl. prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec. Na njegovo pobudo sem prevzel vodenje kot v. d. predsednika.

Pred kratkim smo dobili novo vlado in s tem novega ministra za zdravje. Želimo si tvornega sodelovanja in veliko posluha za potrebe naše stroke. Sprejet je bil Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2022. Na področju zobozdravstva je vlada sprejela 3 pomembne sklepe, ki urejajo realizacijo programov, rentgenske storitve in širitve programov v mreži zobozdravstvenih storitev.

Potrebno je optimistično gledati v prihodnost. Pričujoče strokovno srečanje naj bo znak, da se vračamo v čas pred epidemijo, da se bomo odslej videvali "v živo", da bomo strokovno napredovali in bili zaradi svojega predanega dela bolj spoštovani in ustrezno nagrajeni.

Od srca želim strokovni užitek, prijetno druženje in bivanje v mestu rož.

Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.,
v. d. predsednika Stomatološke sekcije SZD



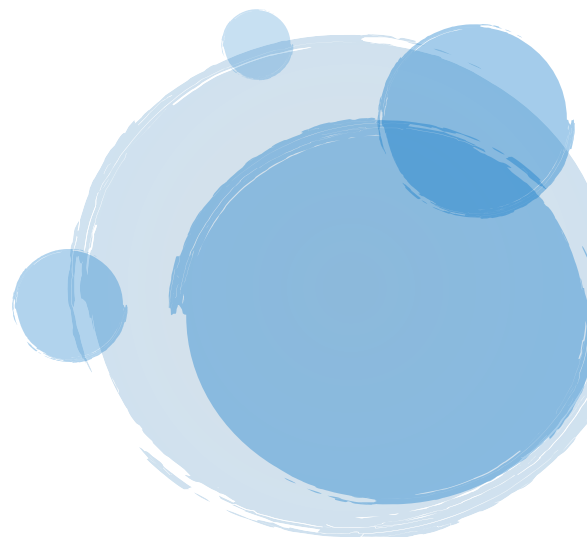
PROGRAM

MODERATORJI SREČANJA

Doc. dr. Barbara Artnik, dr. dent. med., spec.

Prim. Matej Leskošek, dr. dent. med.

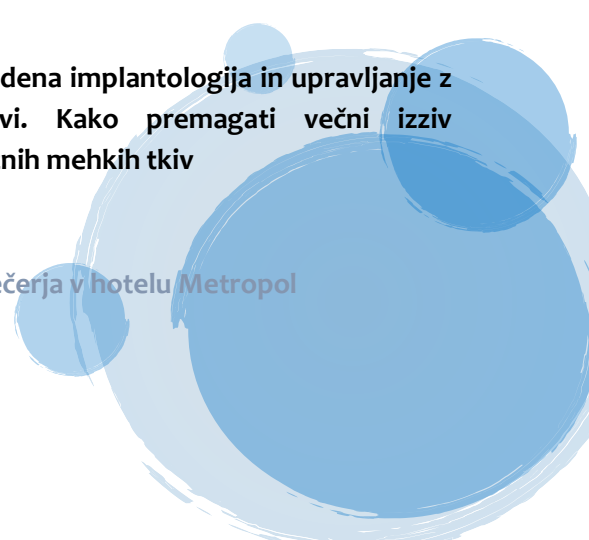
Prim. dr. Diana Terlević Dabić, dr. dent. med.

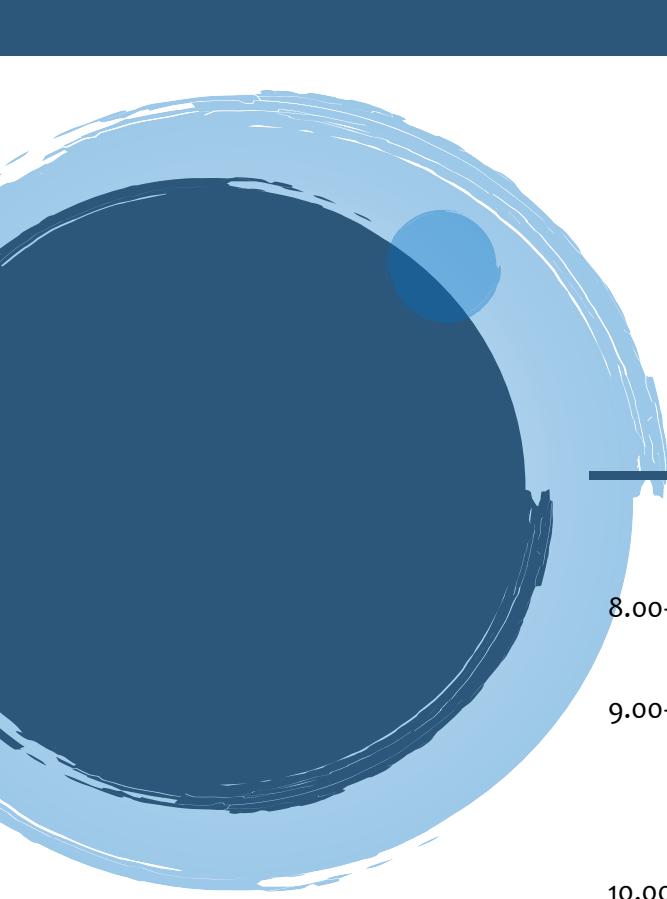




PETEK, 3. junij 2022

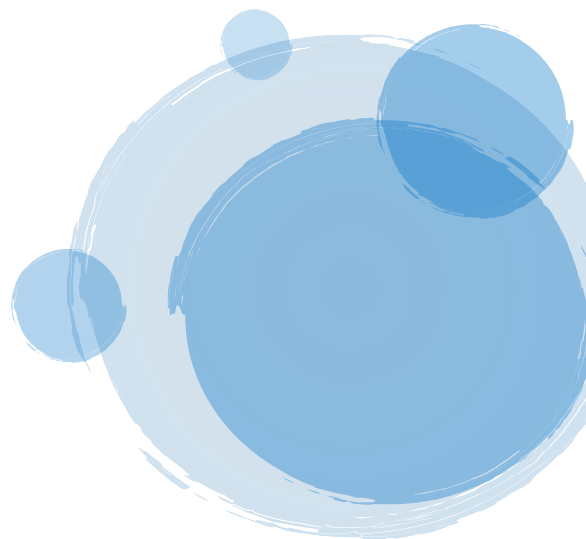
8.00–9.00	Registracija udeležencev in tehnična pomoč pri uporabi Zoom-a
9.00–9.10	Odprtje srečanja in pozdrav udeležencem
9.10–10.10	Doc. dr. Mateja Logar Covid-19: včeraj, danes, jutri
11.10–11.10	Asist. dr. Tomi Ujčič Samec Pregled izbire v današnjih protokolih izpiranja koreninskih kanalov
11.10–11.30	ODMOR
11.30–12.30	Prof. dr. Ksenija Rener Sitar Bruksizem in okluzijske opornice
12.30–13.30	Maja Cilenšek Fluoridi – problem ali rešitev?
13.30–15.00	ODMOR ZA KOSILO
15.00–16.00	Alja Cmok Kučič, izr. prof. dr. Rok Gašperšič Osnovni parodontalno-kirurški postopki
16.00–17.00	Izr. prof. dr. Boris Gašpirc Lezije dlesne, ki niso povzročene z zobnim plakom
17.00–17.30	ODMOR
17.30–18.30	Asist. mag. Tadej Ostrc Protetična oskrba vsadkov v vidnem polju
18.30–19.30	Matej Kuliš Protetično vodena implantologija in upravljanje z mehкими tkivi. Kako premagati večni izziv periimplantatnih mehkih tkiv
20.30–23.00	Slavnostna večerja v hotelu Metropol





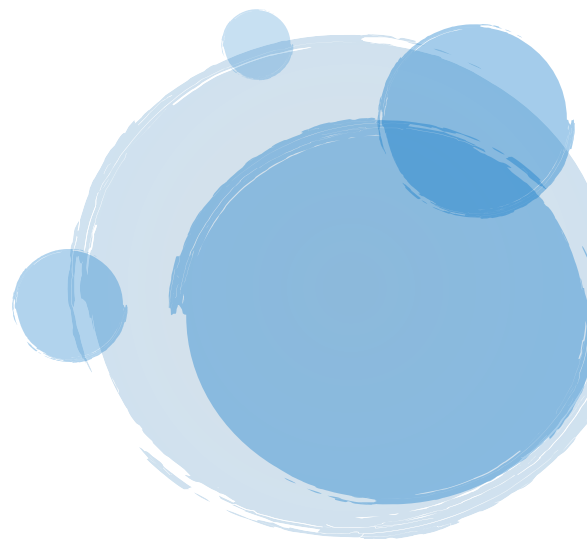
**SOBOTA,
4. junij 2022**

- | | |
|-------------|--|
| 8.00–9.00 | Registracija udeležencev in tehnična pomoč pri uporabi Zoom-a |
| 9.00–10.00 | Izr. prof. dr. Martina Drevenšek
Interdisciplinarno zdravljenje pacientov s shizo – ključne točke sodelovanja zobozdravnika in ortodonta |
| 10.00–11.00 | Asist. dr. Maja Grošelj
Biokeramični materiali v sodobnem zobozdravstvu – rezervirani zgolj za izgubljene primere? |
| 11.00–11.30 | ODMOR |
| 11.30–12.30 | Asist. Dime Sapundžiev
Med zobom in zlomom – kako varno izpuliti zob in hkrati ne povečati tveganja za zlom pri bolnikih na antiresorptivnem zdravljenju |
| 12.30–13.30 | Miha Kočar
Implantološko-protetično reševanje estetsko zahtevnih področij – kje so meje? |





POVZETKI PREDAVANJ





Doc. dr. Mateja Logar, dr. med., spec.

COVID-19: VČERAJ, DANES, JUTRI

Konec leta 2019 so se pričeli na Kitajskem v Vuhanu pojavljati primeri hudih pljučnic, pri katerih niso dokazali povzročitelja. 7. 1. 2020 so s pomočjo PCR dokazali povzročitelja, ki so ga takrat poimenovali novi koronavirus 2019. 11. 2. 2020 so bolezen poimenovali covid-19. 11. 3. 2020 je SZO razglasila pandemijo covid-19. Od takrat je bilo po vsem svetu potrjenih več kot 508 milijonov okužb. Zaradi covid-19 je umrlo več kot 6 milijonov ljudi.

Od osnovne različice virusa so se pojavile nove različice virusa. Med njimi so največ okužb povzročile različice alfa, delta in sedaj omikron. V nasprotju s predhodnimi različicami, povzroča omikron več prizadetosti zgornjih dihal, kar pa še ne pomeni, da lahko bolezen podcenjujemo. Predvsem pri starostnikih in osebah s kroničnimi boleznimi, lahko tudi takšna okužba privede do poslabšanja osnovne bolezni oziroma do zmanjšanja funkcionalne sposobnosti in samostojnosti.

Dodatne težave, ki se pojavljajo zaradi epidemije covid-19, pa so seveda slabša dostopnost do zdravstvenih storitev in posledično poslabšanje osnovnih bolezni, zamuda pri diagnostiki in zdravljenju.

Trenutno imamo na voljo dve specifični zdravili (molnupiravir in nirmartrelvir/ritonavir), poleg njiju pa še monoklonska protitelesa in remdesivir. Vse učinkovine preprečujejo težji potek in potrebo po hospitalizaciji, moramo pa jih dati znotraj petih dni od pričetka simptomov.

Najboljša zaščita je vsekakor cepljenje. Koncentracija protiteles s časom pada, zato so potrebni poživitveni odmerki.

Še vedno je nemogoče predvideti, kdaj bo konec epidemije covid-19, prav tako ne moremo zagotoviti, da je omikron zadnja različica, ki nam povzroča težave.



Asist. dr. Tomi Ujčič Samec, dr. dent. med., spec.

PREGLED IZBIRE V DANAŠNJIH PROTOKOLIH IZPIRANJA KORENINSKIH KANALOV

Med zdravljenjem koreninskih kanalov iz koreninskega prostora odstranimo odmrlo in okuženo pulpo. Vsak koreninski prostor je edinstven in zahteven za mehansko obdelavo s pomočjo ročnih in strojnih instrumentov, ki ne posnemajo naravnega poteka koreninskih kanalov. Zato je potrebno vzporedno z mehansko obdelavo izvajati tudi kemično obdelavo koreninskih kanalov s pomočjo raztopin za izpiranje. Z njimi želimo doseči instrumentom nedostopne prostore.

Ustrezna mehanska inštrumentacija koreninskih kanalov omogoči učinkovitejšo kemično obdelavo koreninskih kanalov, saj omogoči lažji in bolj apikalni dostop raztopin za izpiranje koreninskih kanalov. Obenem raztopine za izpiranje koreninskih kanalov predstavljajo lubrikant za delo z instrumenti v koreninskem kanalu. Enostavnost in natančnost izvedbe postopka polnitve koreninskega kanala je posledica predhodne ustrezne obdelave koreninskih kanalov.

Med koreninskim zdravljenjem navadno uporabljamo kombinacijo raztopin za izpiranje koreninskih kanalov, saj posamezne raztopine ne dosežajo vseh željenih ciljev učinkovanja. Natrijev hipoklorit navadno uporabljamo za razgradnjo organskega tkiva in z namenom protimikrobnega delovanja. Etilendiamintetraocetno kislino ali citronsko kislino uporabljamo za odstranjevanje anorganske komponente.

Tekočinam za izpiranje koreninskih kanalov povečujemo njihovo učinkovitost na različne načine; s povečevanjem koncentracije, dvigovanjem temperature, dodajanjem detergentov, tehniko ročne dinamične aktivacije (manual dynamic activation – MDA), pasivno ultrazvočno irigacijo, zvočno irigacijo (EndoActivator, Vibringe), hidrodinamičnim aktiviranjem (RinsEndo), samoprilegajočo se iglo (SAF), fotoaktivacijsko dezinfekcijo (PAD) in laserjem (Er:YAG).

Na predavanju bodo poleg pregleda osnovnih in dodatnih irigantov podrobneje opisani načini povečevanja učinkovitosti raztopinam za izpiranje koreninskih kanalov.

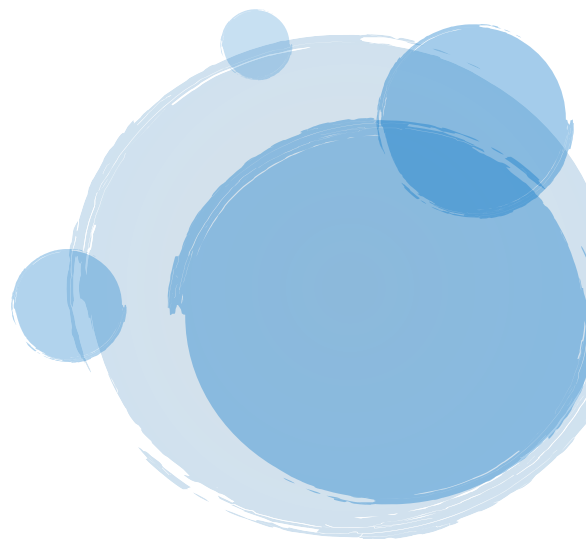


Prof. dr. Ksenija Renner Sitar, dr. dent. med., spec.

BRUKSIZEM IN OKLUZIJSKE OPORNICE

Bruksizem je pojav stiskanja ali škrtanja zob med nefunkcionalnimi aktivnostmi stomatognatega sistema in se lahko pojavlja v budnem stanju ali v spanju. Tudi v 21. stoletju ostaja ta patologija velik izziv za vsakega zobozdravnika. Destruktivne sile bruksizma uničujejo poleg zob tudi zobne nadomestke in obzobna tkiva, prizadenejo čeljustne sklepe in žvečne mišice. Predavanje bo namenjeno osvetlitvi novjših spoznanj glede bruksizma in predstavitvi različnih možnosti zdravljenja.

Okluzijske opornice so pomemben terapevtski, včasih pa tudi diagnostični pripomoček v sodobnem zobozdravstvu. Uporabljamo jih predvsem za zaščito zob pred destruktivnimi silami bruksizma, kot relaksacijski pripomoček pri terapiji temporomandibularnih motenj in kot sredstvo za začasen dvig griza pred dokončno protetično oskrbo. Poznamo več vrst okluzijskih opornic in več načinov izdelave. Drugi del predavanja bo namenjen predstavitvi novjših tehnik izdelave okluzijske opornice, kot so različne opornice, izdelane s tehniko globokega vleka, CAD-CAM opornice in 3D tiskane opornice ter primerjava stroškov izdelave med posameznimi vrstami opornic.





Maja Cilenšek, dr. dent. med., spec.
**FLUORIDI – PROBLEM ALI
REŠITEV?**

Fluor je kemijski element iz halogene skupine, ki ga zaradi njegove reaktivnosti v naravi najdemo v obliki anorganskih ali organskih spojin. Glavni viri vnosa fluoridov v telo so hrana, pitna voda in druge pijače ter dentalni preparati, kot so zobne paste, premazi, ustne vode in tablete s fluoridi. Povišana koncentracija fluorida je v regijah s še prisotno vulkansko aktivnostjo, ob vznožju visokih gor in na področjih, kjer se je včasih nahajalo morje. Glede na prisotnost fluorida v okolju je ta vsaj v majhnih količinah prisoten tudi v pitni vodi. V področjih, kjer voda ni umetno fluoridirana, koncentracija fluorida v pitni vodi močno variira.

Fluoride v preventivi kariesa se je začelo uporabljati okoli leta 1940 s fluoridacijo vode, 20 let kasneje je sledil razvoj v smeri topikalne uporabe fluoridov, pri čemer se je fluoride v ustno votlino dovajalo z zobnimi pastami, ustnimi vodami, geli in premazi. Vse to je močno zmanjšalo prevalenco zobnega kariesa na različnih koncih sveta.

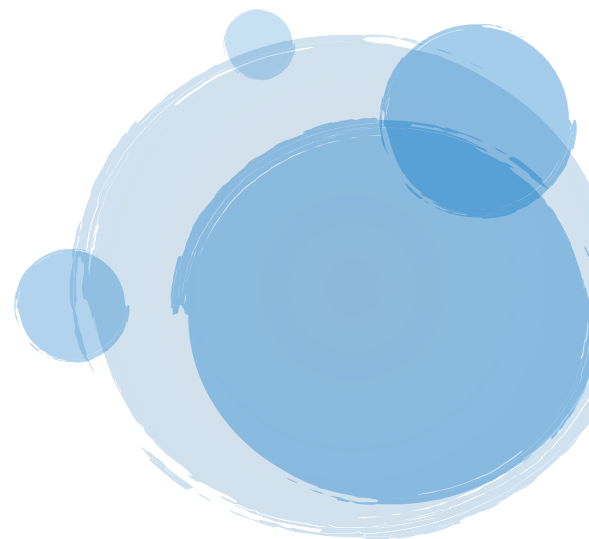
V zadnjih letih so bile narejene številne raziskave o učinkovitosti topikalne uporabe fluoridov. Glavni poudarek je, da je fluoride oz. fluoridne preparate potrebno nanesti na mejo med zobnimi oblogami in sklenino, ker bo le na ta način nadzorovana disolucija in reprecipitacija mineralov. To lahko dosežemo s pogostimi nanosi nizko koncentriranih fluoridnih pripravkov ali manj pogostimi nanosi visoko koncentriranih fluoridnih pripravkov, kar povzroča nastanek depozitov fluoridov na sklenini ali v njej, ti pa se kasneje počasi sproščajo na meji med zobnimi oblogami in sklenino. Večji kot je kariogeni izziv oz. večja kot je kariozna aktivnost pri posamezniku, intenzivnejše mora biti dovajanje fluoridov.

Zaužitje fluorida v več kot optimalni koncentraciji vodi v nastanek akutnih in kroničnih sprememb. Pri zaužitju prevelikega enkratnega odmerka ali več odmerkov fluorida v nekaj urah govorimo o akutni toksičnosti. Prvi simptomi so želodčni, in sicer slabost, bolečina, bruhanje (tudi krvavo) in driska, kasneje se razvije sistemska toksičnost, ki je lahko tudi smrtna. Potencialno toksična doza (angl. probably toxic dose, PTD) fluorida je 5,0 mg/kg telesne teže. Pri dolgotrajni izpostavljenosti višjim dozam fluoridov, običajno v pitni vodi,



lahko pride do kronične zastrupitve s fluoridi. Razvije se lahko zobna fluoroza, pri višjih koncentracijah pa skeletna fluoroza. Merjenje vnosa je težavno, saj le ta prihaja iz različnih virov. V zadnjih letih se je povečalo iskanje biomarkerjev izpostavljenosti fluoridov, da bi lahko napovedali tveganje za nastanek zobne fluoroze. Kronična izpostavljenost fluoridu se najbolj zanesljivo pokaže z merjenjem njegove koncentracije v kosteh in ekstracelularni tekočini, odraža pa se tudi v koncentraciji v nohtih in laseh.

Dosežke in spoznanja medicine in farmacije danes marsikdo postavlja pod vprašaj. Primer tega je tudi dodajanje fluorida zobnim pastam. Ne le strah pred škodljivostjo, nekateri gredo še korak naprej in vključujejo teorije zarote o nadzoru množic.





Alja Cmok Kučič, dr. dent. med., spec.,
izr. prof. dr. Rok Gašperšič, dr. dent. med., spec.

OSNOVNI PARODONTALNO- KIRURŠKI POSTOPKI

Zdravljenje napredovanega parodontitisa poleg nekirurške parodontalne terapije običajno potrebuje kirurško obravnavo. Njen cilj je odstranitev globokih parodontalnih žepov in vzpostavitev za izvajanje ustne higiene primerne morfologije dento-gingivalnega področja. Poznamo konzervativni, resektivni in regenerativni kirurški pristop. Novodobna priporočila ravnanja z mehкими tkivi so usmerjena v ohranjanje papil ter obliko dlesni, s tem pa v stabilnost rane. Pri konzervativnih in regenerativnih kirurških tehnikah posledično tako ni odstranjevanja alveolarne kosti, rokovanje z mehкотkivno krpo je minimalno invazivno. Najpogosteje uporabljen konzervativni pristop je modificiran Widmanov reženj.

Večina parodontalnih defektov ima horizontalni vzorec kostne destrukcije in omejeno sposobnost regeneracije, zato se v izogib rezidualnim parodontalnim žepom, ki jih po konzervativnem pristopu pričakujemo, uporabljajo resektivne metode. Mednje uvrščamo gingivektomijo, apikalno pomaknjene režnje delne ali polne debeline ter palatinalne režnje. Pri gingivektomiji izvedemo ekscizijo mehкотkivne stene parodontalnega žepa brez poseganja v alveolarno kost. Kadar celotni kompleks dlesni in alveolarne sluznice premaknemo apikalno od prvotne lege, govorimo o apikalno pomaknjenem režnju. Če periost ni del mehкотkivne krpe, gre za reženj delne debeline, ob popolni vključitvi v mukoperiostalno krpo pa za reženj polne debeline. Na nebu se zaradi odsotnosti alveolarne sluznice za apikalni pomik roba dlesni izvede palatinalni reženj delne debeline. Resektivna kostna kirurgija vključuje postopek osteotomije, kjer se odstranjuje podporno kost, pri osteoplastiki pa se odstranijo debeli kostni robovi, eksostoze in vzpostavi valovit videz kostne stene.

V prispevku bomo osnovne parodontalno-kirurške postopke predstavili ob kliničnih primerih kirurškega podaljšanja klinične krone, reženjskih operacij in drugih situacijah.

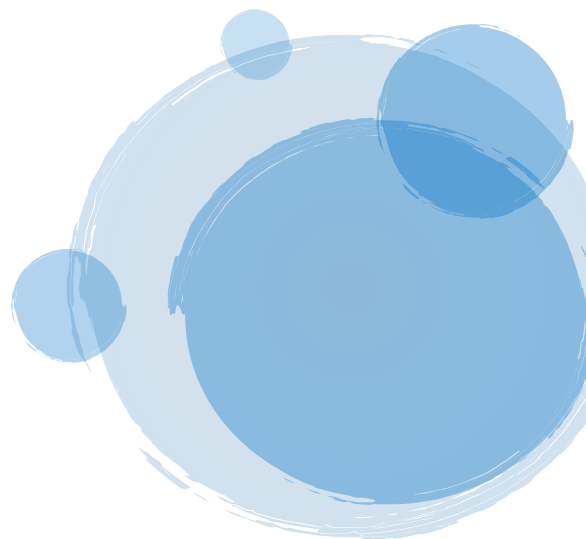


Izr. prof. dr. Boris Gašpirc, dr. dent. med., spec.

LEZIJE DLESNE, KI NISO POVZROČENE Z ZOBNIM PLAKOM

Gingivitisi, povzročeni z zobnim plakom, so ene najpogostejših vnetnih bolezni pri ljudeh. Na drugi strani je več bolezni dlesni, ki jih ne povzročajo bakterijski plaki, manj pogostih, vendar so običajno velikega pomena za bolnike. Lezije dlesni, ki jih ne povzroča plak, so pogosto manifestacije sistemskih bolezni in stanj, lahko pa predstavljajo tudi patološke spremembe, omejene lokalno na obzobna tkiva. Nova klasifikacija bolezni in stanj ob naravnih zobeh in zobnih vsadkih iz leta 2018 temelji na etiologiji lezij in vključuje: genetske/razvojne motnje; specifične okužbe; vnetna in imunska stanja in lezije; reaktivne procese; novotvorbe; endokrine, prehranske in presnovne bolezni; travmatske lezije; in pigmentacija dlesni.

Čeprav te lezije niso neposredno povzročene z oblogami, lahko na njihov klinični potek vpliva kopičenje plaka in kasnejše vnetje dlesni. Zobozdravniki so ključni izvajalci pri postavljanju diagnoz in oblikovanju načrtov zdravljenja za bolnike, ki jih prizadenejo takšne lezije. Strokovnjaki za parodontologijo morajo biti seznanjeni z naravo omenjenih lezij in jih biti sposobni diagnosticirati, zdraviti ali napotiti na zdravljenje osnovnih bolezni ali stanj k ustreznim specialistom medicinskih specialnosti.





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

PROTETIČNA OSKRBA VSADKOV V VIDNEM PODROČJU

Vidno področje je mogoče opredeliti kot katerokoli področje zob, ki je vidno v pacientovem polnem nasmehu. Estetska protetična oskrba vsadkov je tista, ki je podobna naravnim zobem v vseh pogledih. Položaj vsadka v kosti je za estetiko izjemnega pomena in vsadek je potrebno obravnavati kot podaljšek klinične krone v alveolarni kosti. To je mogoče le, če se vsadek nahaja v ustreznem položaju v vseh 3 dimenzijah: apikoronarno, meziodistalno in bukolingvalno. Vsako odstopanje od teh dimenzij ima za posledico bodisi težavno, bodisi estetsko neustrezno rehabilitacijo.

Zobozdravnik, ki izvaja protetično oskrbo vsadka, mora sodelovati s kirurgom in oba morata imeti kot cilj načela, ki so predpogoj za estetski uspeh. Te vključujejo med drugim tudi naslednja načela:

1. Brezzobo področje mora nuditi ustrezni kostni volumen za vstavev zobnega vsadka.
2. Položaj vstavitve mora biti natančen.
3. Opornik in povezava opornika mora biti stabilna.
4. Mikrorazdalja med vsadkom in abutmentom mora biti čim manjša.
5. Estetske restavracije je potrebno oblikovati tako, da imajo ustrezen izhodni profil.
6. Obnova mora imeti podoben videz kot sosednji zobje.

Za izboljšanje predvidljivosti protetične oskrbe vsadkov v vidnem področju je potrebno pristopiti konzervativno, da ohranimo čim več tkiv. Da bi omogočili razvoj ustreznega izhodnega profila, mora biti prevleka primerno ugreznjena glede na sosednji cementno-skleninski stik, da se izognemo prekomerni izgubi podpornih kostnih in mehkih zobnih tkiv.

Pritisk na dlesen najprej z oblikovalcem dlesni in/ali primerno začasno prevleko in na koncu končen protetičen izdelek iz primerne estetskega materiala morajo oblikovati končno primerno rdeče-belo estetiko.



Matej Kuliš, dr. dent. med., spec.
**PROTETIČNO VODENA
IMPLANTOLOGIJA IN
UPRAVLJANJE Z MEHKIMI TKIVI.
KAKO PREMAGATI VEČNI IZZIV
PERIIMPLANTATNIH MEHKIH
TKIV**

Dandanes so pacienti postali bolj zahtevni glede estetskih in funkcionalnih rezultatov pri nadomeščanju manjkajočega zoba z implantatom. Trenutni trend se premika od zgolj nadomeščanja izgubljene funkcije v popolno obnovo, s katero želimo doseči naraven videz restavracij na implantatih. Za izpolnitev visokih pričakovanj je zelo pomembno, da se implantologije lotimo celostno in z vizijo. To pomeni, da je postavitve implantata vodena na način, da omogočimo ali ustvarimo zadostno količino prostora za protetične komponente – protetično vodena implantologija (prosthetic driven implantology). Vendar je gingivalna arhitektura, imenovana rdeča estetika, eden od pomembnih dejavnikov za popoln uspeh pri restavracijah na implantatih. V implantologiji je eden ključnih izzivov oz. problemov, kako poleg bele doseči dobre rezultate tudi pri rdeči estetiki (tissue is an issue) in videz naravnih restavracij. Za uspešno premagovanje omenjenega izziva je pomembno, da je protetična komponenta ustrezno oblikovana od prvega milimetra izhoda in aplicirana v pravem času manipulacije z mehкими tkivi. Na takšen način omogočimo optimalno podporo, stabilizacijo in oblikovanje periimplantantnih mehkih tkiv – protetično vodeno upravljanje z mehкими tkivi (prosthetic driven soft tissue management). Oba pojma sta ključna za doseganje izhodnih profilov naravne oblike in velikosti ter naraven videz restavracij na implantatih. Poleg tega pripomoreta k dolgoročni uspešnosti in stabilnosti kosti v področju vratu implantata (marginal bone loss MBL).



Izr. prof. dr. Martina Drevenšek, dr. dent. med., spec.

INTERDISCIPLINARNO ZDRAVLJENJE PACIENTOV S SHIZO – KLJUČNE TOČKE SODELOVANJA ZOBOZDRAVNIKA IN ORTODONTA

Glavni namen zdravljenja pacientov s shizo je optimizacija govornega razvoja, rešiti morebitne težave s sluhom, optimizirati rast zgornje čeljustnice, doseči funkcionalni in stabilni griz, primeren izgled in uspešno reševanje psihosocialnih težav. V zdravljenje so vključeni številni strokovnjaki na področju medicine in dentalne medicine – maksilofacialni kirurg, genetik, pediater, specialist otorinolaringologije, zobozdravnik, ortodont, logoped, psiholog, kasneje v razvoju tudi lahko specialist stomatološke protetike in parodontolog.

Pri otrocih s shizo je tveganje za pojavnost kariesa v mlečnem, menjalnem in stalnem zobovju večje kot pri splošni populaciji. Zato je glavna naloga zobozdravnika, da starše in paciente čim prej vključi v preventivne dejavnosti. Prav tako je pomembno, da imajo pacienti pravočasen dostop do zdravljenja. Poleg samih posledic kariesa kariozno mlečno zobovje lahko pomeni moten razvoj stalne denticije in nezmožnost izvajanja ortodontskega zdravljenja. Ortodontsko zdravljenje se pri pacientih s shizo pri težjih nepravilnostih lahko prične že v obdobju mlečnega zobovja, večinoma v menjalnem zobovju. Vloga zobozdravnika v tem obdobju je nadaljevanje motivacije pacientov za izvajanje dobre ustne higiene, izvajanje posegov, ki lahko pomenijo zmanjšanje tveganje za pojavnost kariesa (topikalne aplikacije fluoridov idr.) in zdravljenje bolezni zob in obzobnih tkiv, ki so lahko tudi zaradi dolgotrajnega ortodontskega zdravljenja prizadeta. V obdobju po končani rasti in razvoju so pacienti s shizo, ki imajo prisotno težko skeletno nepravilnost, napoteni na ortognatsko zdravljenje. Tudi v obdobju tega zahtevnega zdravljenja je vloga zobozdravnika pomembna. Po končani rasti se pacientu nadomestijo morebitno manjkajoči zobje. Samo zavzeto sodelovanje vseh strokovnjakov, ki jih pacient s shizo potrebuje v različnih časovnih obdobjih, vodi do dobrih izidov zdravljenja.



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

BIOKERAMIČNI MATERIALI V SODOBNEM ZOBOZDRAVSTVU – REZERVIRANI ZGOLJ ZA IZGUBLJENE PRIMERE?

Biokeramični materiali so biokompatibilni keramični materiali razviti posebej za klinično uporabo v medicini. Glede na obnašanje v stiku z biološkimi tkivi so lahko bioinertni, ki s tkivi ne reagirajo, bioaktivni, ki tkiva spodbujajo k določenemu odzivu, ali biorazgradljivi, ki v tkivih po določenem času razpadejo. V endodontijo so biokeramični materiali stopili v devetdesetih letih prejšnjega stoletja z mineral trioksidnim agregatom – MTA-jem. Klasični MTA je kemijsko mešanica portlandskega cementa in rentgensko kontrastnega bizmutovega oksida, ki se strjuje hidravlično ob mešanju z vodo. Ker se lepo obnese v stiku s krvjo, slino in tkivnimi tekočinami, pa tudi dentalnimi materiali, zobnimi tkivi in zrakom, je bil prvotno namenjen reševanju zahtevnejših kliničnih indikacij, kjer je osušitev težka. Klasični MTA se je izkazal kot odličen za retrogradne polnitve pri apikotomijah, kasneje pa tudi za polnitve zob z nedoraslimi koreninami in širokimi apikalnimi odprtini, s širjenjem kliničnih indikacij višje koronarno pa je kmalu pokazal tudi nekatere svoje pomanjkljivosti. Zabarvanje trdih zobnih tkiv zaradi nečistoč in bizmutovega oksida, razmeroma počasno strjevanje in precej nerodno rokovanje klasičnega MTA so vodili v razvoj sodobnih biokeramičnih materialov vse čistejše sestave, hitrejšega strjevanja in lažjega rokovanja. Danes v sodobnem zobozdravstvu obstaja dolga vrsta biokeramičnih materialov za različne klinične indikacije. Biokeramični materiali različnih sestav, viskoznosti in hitrosti strjevanja omogočajo vse od zelo uspešnih kritij zobne pulpe, zapiranja karioznih, vnetnih in iatrogenih predrtij v in nad nivojem alveolne kosti, do polnitev koreninskih kanalov po metodi hidravlične obturacije ali z apikalnimi čepi, hkrati pa utirajo pot tudi regenerativni endodontiji.



Asist. Dime Sapundžiev, dr. dent. med., spec.

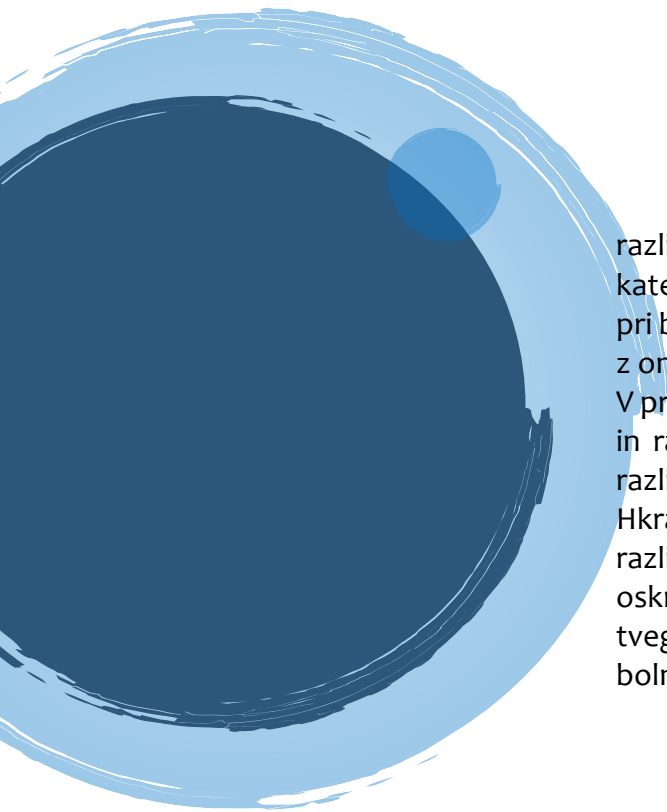
MED ZOBOM IN ZLOMOM – KAKO VARNO IZPULITI ZOB IN HKRATI NE POVEČATI TVEGANJA ZA KOSTNI ZLOM PRI BOLNIKI NA ANTIRESORPTIVNEM ZDRAVLJENJU

Antiresorptivna zdravila (ARZ) se uporabljajo za zdravljenje bolezni, ki potekajo s povečano kostno razgradnjo. Osteoporoza, kostni zasevki pri karcinomskih bolnikih ter hematološke bolezni so bolezenska stanja, ki povečajo tveganje za kostne zlome že pri manjših obremenitvah. Zdravljenje kostnih zlomov je dolgotrajno in zahtevno, povezano z visoko morbiditeto in mortaliteto ter z visokimi stroški zdravljenja in rehabilitacije. Osteonekroza čeljustnih kosti je stranski učinek pri uporabi ARZ.

Osteonekroza zaradi zdravil se povezuje z izvajanjem zobozdravniških in oralno kirurških posegov v ustni votlini, kar povzroča strah pred jemanjem ARZ in odklon zdravljenja z ARZ, kar bolnike izpostavlja povečanemu tveganju za zlom kosti. Tudi zobozdravniki pogosto neutemeljeno odklanjajo obravnavo bolnikov na ARZ z namenom preprečevanja osteonekroze, ali zahtevajo, da bolniki prenehajo z jemanjem ARZ pred zobozdravniškim posegom, s čimer izpostavljajo bolnike tveganju za zlom kosti.

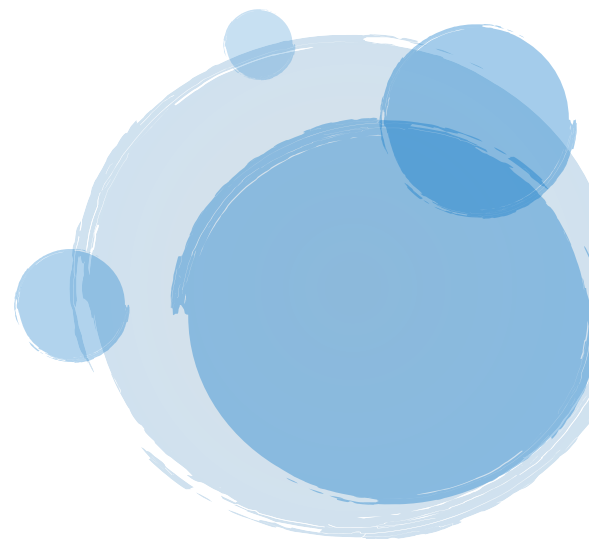
Uporabljena ARZ se kljub enakemu učinku medsebojno razlikujejo po sestavi, aplikaciji, mehanizmu delovanja in izločanju iz organizma. Razlike obstajajo tudi med bolniki, ki se zdravijo z ARZ zaradi osteoporoze, in onkološkimi bolniki, kar je potrebno upoštevati pri izvajanju zobozdravniških posegov v ustni votlini.

V vsakdanji praksi se uporabljata dva tipa ARZ, bisfosfonati (BF) in denosumab (DEN), ki sta kljub enakemu učinku na kostno presnovo popolnoma različna. Pojavnost osteonekroze je



različna pri različnih skupinah bolnikov in različnih ARZ, s katerimi se bolniki zdravijo. Manjše je tveganje za osteonekrozo pri bolnikih, ki se zdravijo z ARZ zaradi osteoporoze v primerjavi z onkološkimi bolniki.

V prezentaciji bodo predstavljene indikacije za zdravljenje z ARZ in različni tipi ARZ, njihov mehanizem delovanja ter osnovne razlike in kako te razlike vplivajo na pojavnost osteonekroze. Hkrati bodo predstavljeni algoritmi za pripravo ustne votline pri različnih skupinah bolnikov pred uvedbo ARZ in zobozdravniško oskrbo bolnikov, ki se že zdravijo z ARZ z namenom zmanjšanja tveganja za pojav osteonekroze in hkrati ustrezno zaščito bolnikov pred nastankom kostnih zlomov.





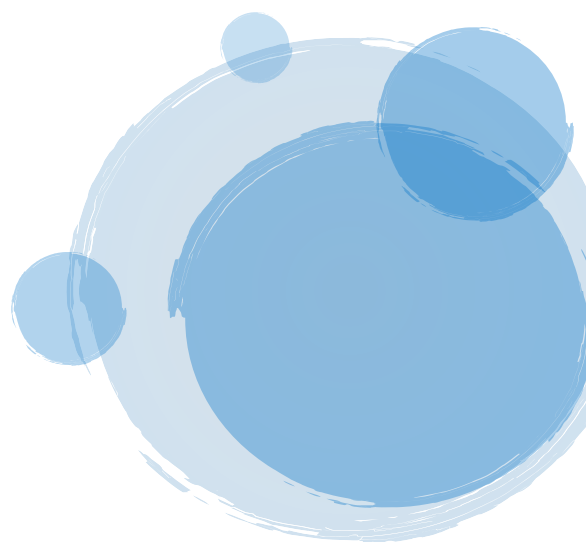
Miha Kočar, dr. dent. med., spec.

IMPLANTOLOŠKO-PROTETIČNO REŠEVANJE ESTETSKO ZAHTEVNIH PODROČJI – KJE SO MEJE?

Izguba zob v interkaninem sektorju (IKS) predstavlja za pacienta tako funkcionalno kot tudi estetsko motnjo. Med pogostejšimi vzroki za izgubo zoba so parodontalna prizadetost, neuspešno zdravljenje kroničnega periapikalnega parodontitisa, poškodba zoba ali zobiščnega nastavka, interna resorpcija korenine in vzdolžna poka korenine. Skupaj z izgubo zoba pa prihaja tudi do posledične izgube kostnine zaradi fizioloških dogajanj pri celjenju kostnine zobiščnega nastavka. K stopnji izgube izhodiščne kostne mase zobiščnega nastavka vpliva tudi patološki proces, ki je privedel do izgube zoba. V zadnjem obdobju se v veliki meri za rehabilitacijo brezzobosti IKS kot prva izbira uporablja vstavev zobnih vsadkov s protetično nadgradnjo, seveda še vedno ostaja kot metoda izbora klasična fiksno-protetična rešitev. Načrtovanje narekuje tako imenovana protetično vodena implantacija, kar v praksi pomeni, da mora biti zobni vsadek vstavljen v področje, ki ga določi bodoči protetični nadomestek. Ob tem je potrebno upoštevati ne samo funkcionalno postavitev, ampak tudi estetske zahteve v IKS. Za doseganje omenjenih zahtev je v prvi vrsti potrebno zagotoviti ustrezno kostno maso tako v višino kot tudi širino. V ta namen imamo več metod, s katerimi lahko pridobimo ustrezno dimenzijo novo nastalega »zobiščnega nastavka«. Zavedati se je potrebno tako pozitivnih lastnosti posamezne metode, še bolj pa njenih omejitev. Za uspešno oceno rehabilitacije je poleg uspešne dograditve kostnine potrebno v velikih primerih opraviti ustrezno rekonstrukcijo mehkih tkiv pred namestitvijo dokončnega protetičnega nadomestka. Dolgoročna uspešnost je pogojena s pravilnim izborom kirurške tehnike, izdelavo primerne protetične nadgradnje in izvajanja ustrezne ustne higiene pacienta.



Dogodek so podprli:





 **Dentalia**

**DENTAL
MARKET**

 **Sanolabor**

 **medex**

flegis



Zdrav nasmech
je uspeh!

 **KORUM**
d.o.o. LJUBLJANA

 **INTERDENT®**

 **BRAINTEC** d.o.o.
PODJETJE ZA SODOBNE TEHNOLOGIJE

 **PRODENT**
INTERNATIONAL

DENTAGO
PREMIUM SOLUTIONS

PASTELLI

elmex®

3D DENTAL
—SYSTEMS—

 **medimpeks**
d.o.o.

 **Dr. Gorkič**

el pharma 
a PHOENIX company

SEDENT.si
Jožef Sever s. p.

 **ENIKAM**

 **NT**
MEDICOTEHNA



Ko 5.460 vlaken objema tvoje zobe

**I FEEL IT,
I LOVE IT***

CURAPROX



* Občuti mehko, vzljubi ščetkanje

Preberite več:



CuraproxSlovenija



curaprox_slovenija



curaprox_slovenija

www.curaprox.si

INTRAORALNI SKENER

MEDIT *i700*

WIRELESS



Pokličite za brezplačno predstavitev: 03 425 62 00





PRODAJA IN SERVIS ZOBOZDRAVSTVENE OPREME

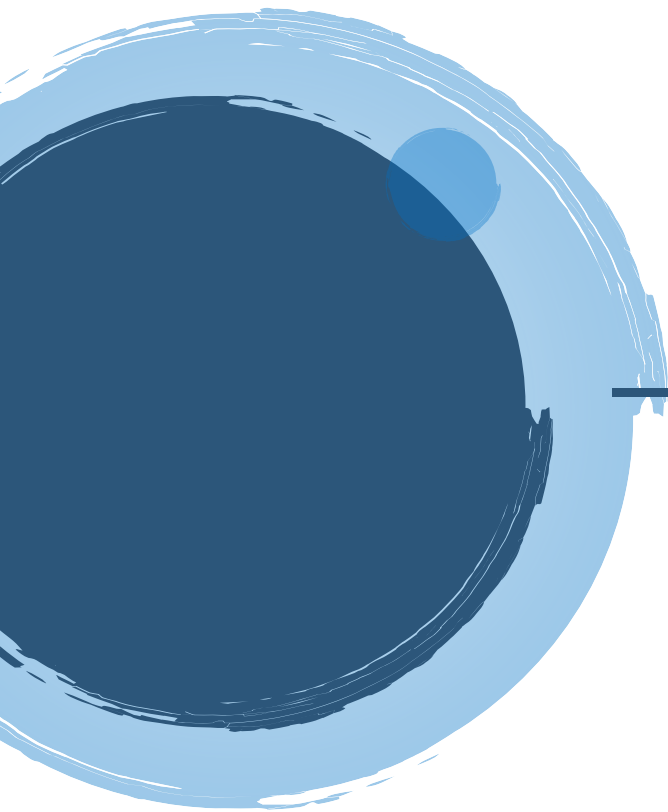
Brnčičeva ul. 13, 1000 Ljubljana, T: 01 5612 533, E: korum@siol.net, W: www.korum.si

OMS
YOUR DENTAL UNITNESS



**Dentsply
Sirona**





Izdajatelj:
STOMATOLOŠKA SEKCIJA
Slovenskega zdravniškega društva

Uredila:
Jona Blatnik, dr. dent. med.

Pripravila in oblikovala:
Jona Blatnik, dr. dent. med.

Objavljeni povzetki predavanj niso lektorirani.

