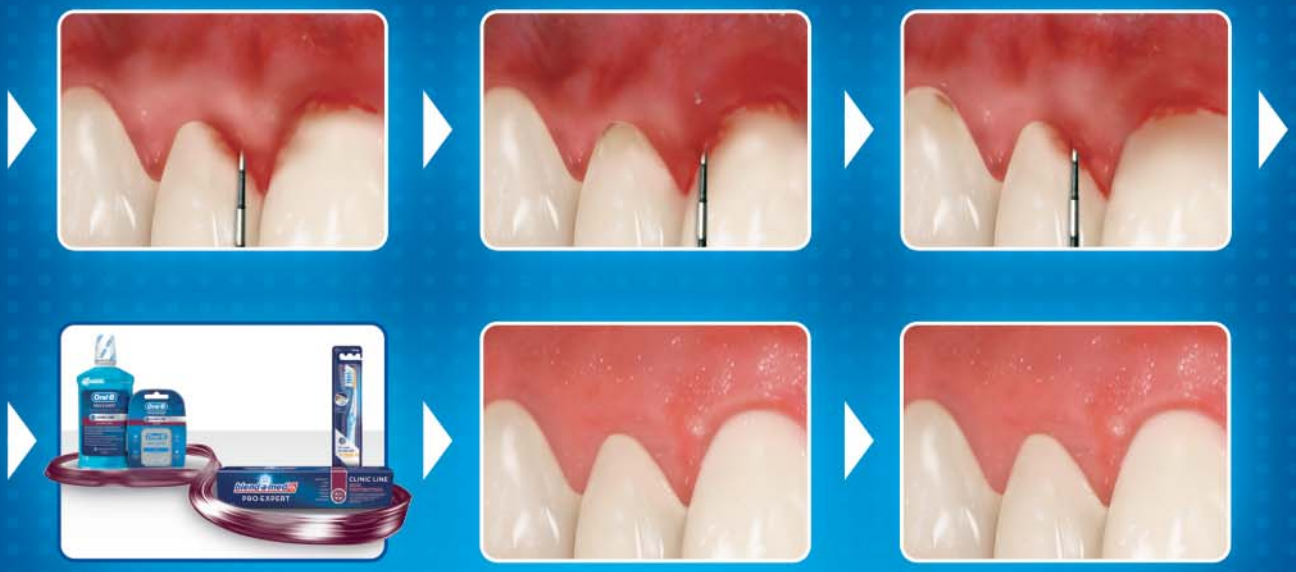
Magyar Fogorvos

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXII. évfolyam 2013/1.



ORAL-B CLINIC LINE
ÍNYGYULLADÁS ELLENI SZÁJÁPOLÁSI CSOMAG



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



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

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

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

Folytatjuk a gondoskodást, mely a fogorvosi székben kezdődik.

blend-a-med RESEARCH Oral-B



Változások szele

Elkezdtük, mondhatni ott folytattuk, ahol tavaly abbahagytuk. Az előrejelzések szerint emelkedni kezdünk, miközben a „közteret" uralja az értelmetlenül előrehozott választási kampányküzdelem. Mi már csak ilyenek vagyunk, fegyelmezett állampolgárként hagyjuk, hogy a politika rátelepedjen mindenre. Van azonban ennél fontosabb dolgunk, semmint ezen rágódni feleslegesen. Történt azért itt más is, amely megér egy misét, szerintem többet is.

Már-már kezdett lecsengeni a köz- és felsőoktatás átalakításának heves fellángolásokat kiváltó vitája, amikor a Hallgatói Önkormányzat jeles képviselői bedobták kártyáikat, és azt mondták: renonsz, érvénytelen a játék. Nem csak mondták, hanem példamutató szervezettséggel, tömör, világos kommunikációval szétzilálták a sértődöttséget és értetlenkedést mímelő hatalom kezdeti ellenállását. Meglepte őket a hallgatók sziklakemény fellépése, hiszen eddig ahhoz szoktak, hogy erőből, a tárgyalásos demokrácia látszatát keltve, mindent keresztül tudnak vinni. Az illetékes főhatóság első emberének becsületére legyen mondva, hogy megértette, a korábbi sémák, manírok, hatalomtechnikai eszközök most nem vezetnek eredményre. Elegánsan és türelmesen „beleállt" a rendkívül nehéz feladatba. Nem kapott dührohamot, és a hatalom gőgje sem torzította el arcát, amikor az első néhány tárgyalási időpontra tett javaslatát váratlanul elutasította a másik fél. Nagyvonalúan kivárt, korábbi hivatásának legjobb tulajdonságait felsorakoztatva, empatikus – a partnert egyenrangú félnek tekintve –, racionális érveléssel tárgyalni kezdett.

A HÖOK vezetői korukat meghazudtoló bölcsességgel, higgadtan és felkészülten védték érdekeiket. Ők kezdték el lebontani a minden tiltakozás ellenére már elfogadott felsőoktatási törvény egyes tartóoszlopait, bátran kiállva az egyetemi autonómia mellett. Jelesül az egyetem választott testületei saját működési szabályuk és rendjük szerint választhassák meg pályázó rektorukat.

Mondjuk ki, az ellenzéki pártok együttvéve, a társadalmi, szakmai szervezetek összessége sem volt még képes ilyen határozott és eredményes fellépésre. Jókora rést ütöttek a sérthetetlennek tűnő páncélzaton. Vajon hogyan élte meg ezt a Rektori Konferencia, az egyetemi oktatók közössége, és tudatosul-e bennük, hogy a hallgatók küzdelme eredményeként ülhetnek újra tárgyalóasztalhoz a meggyalázott egyetemi autonómia visszaszerzése érdekében?

A másik történet legalább ilyen fajsúlyos, és az „áthallások" fölöttébb érdekesek. A folyamatosan romló, katasztrofális szakemberhiánnyal küzdő egészségügyi ellátórendszer most egy kormányhatározat miatt szenvedi el a legnagyobb humánerőforrás veszteséget. Amit az elvándorlás, a pályaelhagyás, kiégés, kihalás elkezdett és szépen megalapozott, azt most egy átgondolatlan, romboló intézkedéssor befejez. Tudniillik, ha az egészségügyben a 62. évüket betöltő közalkalmazottak nem dolgozhatnak tovább, akkor ebben az évben és a rákövetkező két-három esztendőben több tízezres létszámcsökkenés következne be a hitüket vesztő gyógyítók táborában. Szakmai szervezeteink – bár kivételesen mindannyian egyetértettek és összefogtak – nem voltak képesek jobb belátásra bírni a kormányzatot.

El kellene gondolkodni a hallgatók példáján, akik nem rohantak fejvesztve tárgyalóasztalhoz ülni az első hívó szóra (a másodikra és a harmadikra sem), hanem felkészültek, erőt és szervezettséget mutattak. Akkor ültek le tárgyalni, amikor annak szerintük is elérkezett az ideje.

Sok ígéret hangzott el, most azonban a kialakult helyzetért felelősöknek tudniuk kell, nem az egészségügyi dolgozókat büntetik elsősorban, hanem betegeinket, és ennek politikai súlyát más mértékegységgel mérik.

A sok megalkuvás, fölösleges kompromisszumkeresés és -kötés után azért egyszer ki kellene próbálni az első invitációra nem elmenni, vagy netán a tárgyalás közben karakánul felállni.

Tudni kéne, ha már nincs hova hátralépni, csak előre lehet.

Dr. Gerle János
főszerkesztő

A SZÉK MELLETT

5 *Dr. Török Bálint, Dr. Gera István, Dr. Mészáros Ágnes, Dr. Windisch Péter:*
Fogeltávolítást követően előálló, előrehaladott horizonto-vertikális csontdefektussal rendelkező fogatlan gerinc rehabilitációja

16 *Dr. Gera István:*
A desquamatív gingivitis jelentősége és kezelési lehetőségei

IMPLANTOLÓGIA

26 *Dr. Nagy Zsanett, Dr. Kádár László, Dr. Gyulai-Gaál Szabolcs:*
Teljes fogatlanság protetikai rehabilitációja implantátumokon elhorgonyzott és megtámasztott overdenture típusú fogpótlással

MOK-FIGYELŐ

32 IX. Magyar Fogorvosnapok
33 Ismét a béremelésről
34 A fogfehérítés új uniós szabályozásáról 2. rész
38 *Barzó Tímea:* A praxisjog megújulása 2. rész

TOVÁBBKÉPZÉS

44 Távoktatás
44 Továbbképző tanfolyam

KONGRESSZUS

46 A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kongresszusa
47 Megelőzve az időt

NEKROLÓG

48 Dr. Károssy Anikó, Dr. Czukor József, Dr. Nagy Ilona

KULTURÁLIS AJÁNLÓ

50 Színházi esték

A rovatokat gondozzák:

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

Magyar Fogorvos
A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXII. évfolyam, 2013/1.

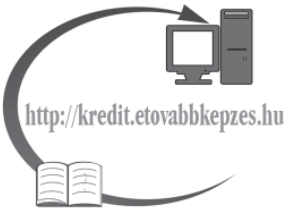
A MAGYAR ORVOSI KAMARA
FOGORVOSI TAGOZATÁNAK LAPJA
2013/1.

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

A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.

ISSN: 1216-2213

»OBSERVER«
A MÉDIAFIGYELŐ



Távoktatás

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

Fogeltávolítást követően előálló, előrehaladott horizonto-vertikális csontdefektussal rendelkező fogatlan gerinc rehabilitációja

Három eset ismertetése

Dr. Török Bálint, Dr. Gera István, Dr. Mészáros Ágnes, Dr. Windisch Péter
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Parodontológiai Klinika

Kulcsszavak: **socket preservation, alveoláris augmentáció, háromlépéses GBR műtéttechnika**

Három, krónikus fogágybetegségben szenvedő pácienst kezeltünk, akiknek legalább egy reménytelen prognózisú felső állcsontban lévő fogát el kellett távolítani. A kezelés során egy három lépésből álló sebészi műtéttechnikát alkalmaztunk, amit az alábbiakban mutatunk be.

A célunk megfelelő minőségű és mennyiségű periimplantáris lágy- és keményszöveti környezet kialakítása olyan esetekben, ahol fogat kellett eltávolítani előrehaladott parodontális defektus miatt. Másodlagos célunk volt még vizsgálni, hogy a sebészi protokollunknak van-e bármiféle regeneratív hatása a szomszédos, parodontológiailag érintett fogak klinikai paramétereire, illetve defektusaikra.

Bevezetés

A parodontológiailag érintett fogak eltávolítását követő szituáció nagy kihívás elé állítja a klinikusokat, kifejezetten akkor, ha a lágy- és keményszöveti defektus a fog bukkális oldalán helyezkedett el. A lágy- és keményszövetek regenerációját, illetve egyidejűleg a szomszédos fogak parodontális defektusainak kezelését még nem vizsgálták részletekbe menően.

Anyag és módszer

Vizsgálatunkba három pácienst vontunk be, akiknél a fogeltávolítást követően előállt kemény- és lágyszöveti hiány pótlására, illetve a szomszédos fogak vertikális csontdefektusainak regenerálására egy három lépésből álló sebészi technikát alkalmaztunk. Az 1. műtét során megtörtént a fog eltávolítása, és egyidejűleg prezerváltuk az alveoláris gerincet, hogy minél inkább megtartsuk, illetve regeneráljuk a gerinc eredeti dimenzióját.

A 2. műtét keretében lágyszöveti augmentációra került sor, a harmadik fázisban pedig az implantátum behelyezése következett egyidejű gerincaugmentációval.

Eredmények

Klinikailag és radiológiailag egészséges periimplantáris viszonyokat sikerült kialakítani, a szomszédos fogaknál a reziduális tasakok mélysége nem haladta meg a 3 mm-t, illetve a defektusoknál radiológiai csontos telődés volt megfigyelhető.

Konklúzió

A bemutatott sebészi technika sikeresen volt alkalmazható súlyos gerinchiányok korrigálására, illetve a szomszédos fogak parodontális defektusainak regeneratív ellátására.

Bevezetés

A bukkális csontfal hiányával járó előrehaladott parodontális defektusok jelenléte – elsősorban a felső frontrégióban – nagy kihívás elé állítja a klinikusokat. Irodalmi adatok azt mutatják, hogy 2- vagy 1-falú parodontális defektusokat nem lehet tökéletesen regenerálni, teljes csontos telődést elérni *(Eickholz et al.* 1996, 1998, 2000*)*. A visszamaradó reziduális tasakok szintén rontják a hosszú távú eredményességet (*Matuliene et al.* 2008). A felső frontrégióban végzett foghúzás még parodontális defektus hiányában is az eredeti lágyszöveti profil jelentős orovesztibuláris és vertikális zsugorodásával jár (*Schropp et al.* 2003). A csont remodellálódása miatt a legtöbb esetben nem lehet a megfelelő pozícióba implantátumot behelyezni. Ezen előnytelen tényező kiiktatására számos „socket preservation" és az alveolaris gerinc dimenzióit megőrző (alveolar site development) technikát vezettek be. *(Camargo & Lekovic,* 2004*; Lekovic & Kenney,* 1997*)*. Egyértelmű, hogy ezen technikák alkalmazása nagy jelentőséggel bír olyan extrakciót követően, ahol a fogat előrehaladott, bukkális csontfalat is érintő parodontális defektus miatt kell eltávolítani, bár nem teljesen világos, hogy az alkalmazott technikák milyen mértékben képesek megakadályozni az extrakciót követő csontlebomlást a horizontális és vertikális dimenzióban. A különféle technikákkal nyert klinikai és hisztológiai eredményeket összevetve azonban nem találunk evidenciát, amely valamelyik eljárás elsőbbségét mutatná (*Darby et al,* 2009*)*. Mindemellett kiemelendő, hogy bármelyik technika kedvezőbb eredményeket nyújtott, mint a természetes sebgyógyulás (*Barone et al.* 2008). Fontos megjegyezni, hogy a prezervációs technikák hatását még nem vizsgálták annak tükrében, hogy azok hogyan hatnak a szomszédos fogak tapadásnívójának változására.

A szupraalveoláris parodontális regeneráció még mindig kiszámíthatatlan (*Sculean et al*, 2004), azonban a gerinc vertikális augmentációját már számtalan esetben (számtalan technikával) demonstrálták (*Barboza,* 1999*; Urban & Jovanovic,* 2009*; Merli & Lombardini,* 2010*; Beitlitum et al,* 2010*)*. Ezek az augmentációs eljárások azonban olyan fogatlan területen történtek, ahol nem voltak parodontálisan érintett szomszédos fogak. Kimutatott, hogy előrehaladott parodontálisan érintett szomszédos fogak az augmentált terület befertőzését és a membrán expozícióját okozhatják (*Karoussis et al.* 2003*; Hoffmann et al,* 2007). A klinikai valóság azonban pontosan az, hogy nagyon gyakran találkozhatunk mély vertikális defektussal rendelkező fogakkal az érintett gerinc szomszédságában.

Az előbb említett esetekben érdeklődés tárgyát képezi, hogy hogyan tudjuk szimultán rekonstruálni az érintett fogatlan gerincet (lehetővé téve az implantátum megfelelő pozícióban történő behelyezését), és regenerálni a szomszédos vertikális parodontális defektusokat. Természetesen az implantációra váró krónikus fogágybetegségben szenvedő páciensek számára kiemelkedő jelentőségű, hogy a természetes fogainál a reziduális tasakok mélysége ne haladja meg a 3 mm-t. Ez lehetővé teszi a megfelelő egyéni szájhigiénét, és lecsökkenti a parodontális reinfekció esélyét *(Carnevale et al, 2007)*. Szintén hangsúlyozandó, hogy a hosszú távú stabilitás fenntartása az implantátum optimális pozícionálásától, illetve a körülötte lévő kemény- és lágyszövetek mennyiségétől és minőségétől függ. Ezért a célunk az itt ismertetésre kerülő esetekben az, hogy egy olyan, lépésről lépésre végrehajtott sebészi protokollt mutassunk be (és értékeljünk), ami egyaránt szolgálja a hiányos gerinc rekonstruálását és a szomszédos parodontális defektusok regenerálását.

Anyag és módszer

Vizsgálatunkban három, krónikus fogágybetegségben szenvedő páciens vett részt, akiket a Parodontológiai Klinikára utaltak be átfogó parodontális kezelésre. Mind a három páciens középkorú kaukázusi férfi volt (51, 54 és 49 éves), szisztémás betegség nélkül, és nemdohányzó. Mindegyik esetben legalább egy mély előrehaladott parodontális defektus volt található a felső frontrégióban. A parodontális oki terápiát követően, ami teljes szájkürettet és szájhigiéniai tréninget jelentett, az adott fogak kedvezőtlen patomorfológiájuk miatt prognosztikailag reménytelennek lettek nyilvánítva. A páciensek az előkezelést követően kiváló szájhigiénével rendelkeztek. A kezelési terv során a fogeltávolítást követően alveolus prezerváció történt (1. műtét), lágyszöveti augmentáció (2. műtét), majd implantáció szimultán augmentációval (3. műtét), végül a felszabadítás következett a nem-felszívódó membrán eltávolításával együtt (4. műtét).

A következő klinikai paramétereket rögzítettük kiinduláskor, közvetlenül az augmentáció előtt és 11–20 hónappal az implantátum behelyezése után: plakk-index (PI), gingivális index (GI), vérzési index (BOP), tasakmélység (PD), ínyrecesszió (GR) és tapadásnívó (CAL) hat helyen a szomszédos fogaknál. Intraoperatíve lemértük a gerinc

horizontális és vertikális dimenzióit, illetve a szomszédos fogak zománc-cement határának és tapadásszintjének távolságát (CEJ-BL). A méréseket egy milliméterkalibrált parodontális szondával végeztük (PCP-UNC 15, Hu-Friedy, Chicago, IL, USA). Standardizált long-cone technikával készült röntgenfilmek készültek preoperative a műtétek között, és posztoperatíve a csontszint kvalitatív elemzésére. Az implantátum pozíciójának megtervezése CBCT felvétel alapján történt.

A kombinált sebészi technika

1. műtét: Extractio alveolusprezervációval

A fog eltávolítását követően a mukogingivális határig teljes vastagságú lebenyt képeztünk, majd onnan félvastagon preparáltunk. A lebenyt horizontálisan kiterjesztettük, hogy feszülésmentes sebzárást tudjunk elérni. Ez a lebenytechnika lehetővé teszi az operatőrnek, hogy a szomszédos fogak defektusait is kezelni tudja. Az alveolusprezerváció során egy lassú felszívódású membránt használtunk (Resolut Adapt LT 2530, Gore-Tex®, Newark, Delaware, USA), amit titánszegekkel rögzítettünk (Ti-pins; Dentsply Friadent, Mannheim, Germany) úgy, hogy fedje a bukkális csontfal hiányzó részét, és visszaadja a gerinc ívének eredeti formáját. Ezután egy megfelelő méretű kötőszöveti graftot vettünk a palatumból Hürzeler technikával (Hürzeler & Weng, 1999). A nyert kötőszövetet méretre vágtuk, majd a bukkális lebenyünk belső feléhez rögzítettünk (5.0 non-absorbable polyamide monofilament, Braun AG, Tuttlingen, Germany). A parodontális defektusokat és a fogatlan gerincet fel-, illetve túltöltöttük csontpótló anyaggal vertikálisan és horizontálisan (Bio-Oss®, particle size 0.25 to 1.0 mm, Geistlich AG,Wolhusen, Switzerland) (1. és 3. eset), vagy egyáltalán nem használtunk csontpótló anyagot (2. eset). A csontpótló behelyezése után annak felszínét egy méretre vágott felszívódó membránnal fedtük (Bio-Gide®, Geistlich AG,Wolhusen, Switzerland) (1. és 3. eset). Végezetül a lebenyeket feszülésmentesen vertikális matracöltésekkel zártuk (5.0 non-resorbable polyamide monofilament, Braun AG, Tuttlingen, Germany).

2. műtét: Lágyszövet-augmentáció

Ha az 1. műtét gyógyulása után (4–6 hónap) elegendő keratinizált ínyszövet volt a területen, ami biztosíthatja a megfelelő sebzárást és a lágyszöveti stabilitást az implantálással szimultán történő keményszöveti augmentáció esetén, akkor a következő műtéti lépés következett (3. műtét). Ha a keratinizált íny szélessége és vastagsága nem volt megfelelő, akkor előzetes lágyszövet-augmentáció történt. Ebben az esetben vagy autológ szabad kötőszöveti lebenyt vagy xenograftot (Alloderm®, BioHorizons, Birmingham, AL, USA) helyeztünk be, hogy szélesítsük a keratinizált ínyt és mélyítsük a vesztibulumot. A graftok behelyezése módosított tunnel technikával történt (*Azzi et al.* 2009). A kötőszöveti graftot a már ismertetett technikával nyertük.

3. műtét: Implantátum behelyezése szimultán keményszöveti augmentációval

Az eseteinkben egy implantátumot (Bone Level vagy Tapered Effect, Straumann AG, Waldenburg, Switzerland) helyeztünk be szimultán 3-D keményszöveti augmentációval, csontpótló anyag behelyezésével (Bio-Oss®, particle size 0.25 to 1.0 mm, Geistlich AG,Wolhusen, Switzerland) és nem-felszívódó membránnal való fedéssel (Titanium membrane – Frios Boneshield; Dentsply Friadent, Mannheim, Germany). Mindegyik esetben sikerült feszülésmentes zárást elérni, így biztosítva volt a primer sebgyógyulás.

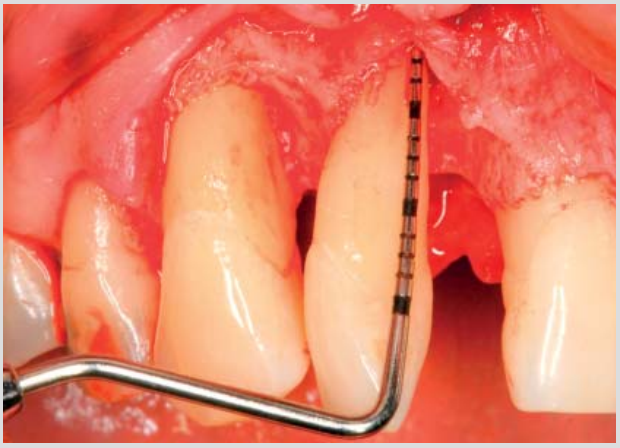
4. műtét: Felszabadítás és a nem-felszívódó membrán eltávolítása

A műtéteket követően a páciensek antibiotikumot szedtek (Augmentin, 3 × 500 mg/nap egy hétig). Posztoperatíve a területen szüneteltettük a mechanikus plakk-kontrollt két hétig, ez idő alatt kémiai plakk kontrollt alkalmaztunk 0,2%-os klórhexidin oldattal naponta kétszer (Corsodyl, GlaxoSmithKline). A varratokat 14 nap múlva távolítottuk el. A következő nyolc hétben kéthetente visszarendeltük a pácienseket professzionális plakk-kontrollra. A fogeltávolítást megelőzően mindegyik páciensnek elkészült egy ideiglenes Maryland híd, amit a fog eltávolítása után a szomszédos fogakhoz rögzítettünk. Végezetül az implantátumokra szólókoronák készültek (fém-kerámiai vagy cirkónium).

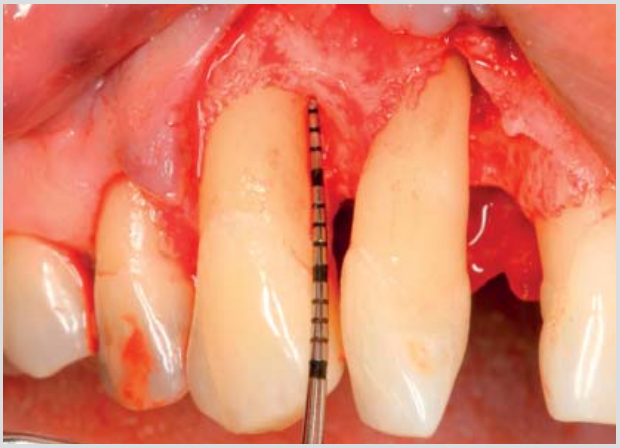




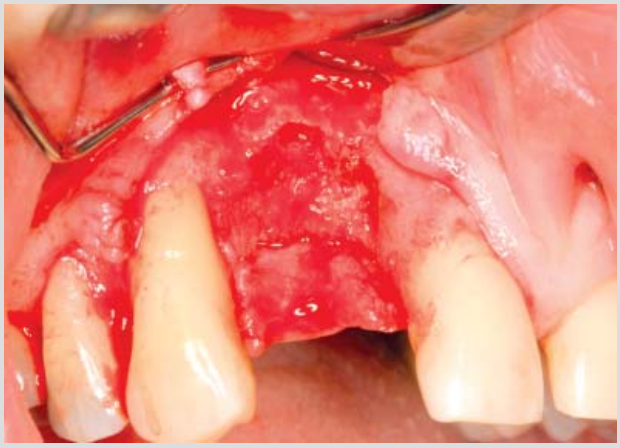
1/a–b. ábra: Az 12-es fog klinikai képe a kezelés előtt, az 13-as fogon hasonló recesszió figyelhető meg. A 11-es fog distalis papillája hiányzik. Standardizált röntgenkép. Az 12-es fog mély vertikális csontdefektussal rendelkezik a mesialis oldalán



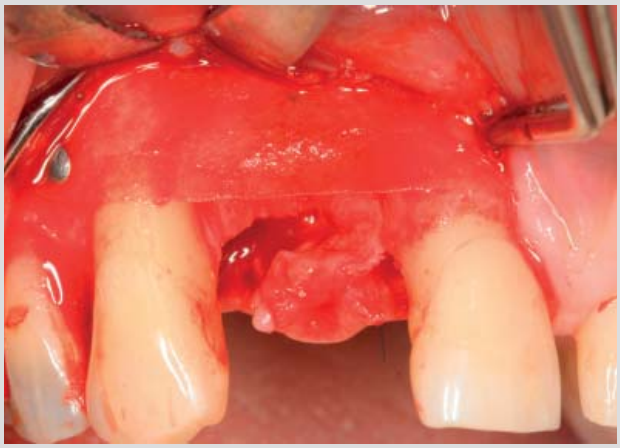
2. ábra: Előrehaladott parodontális defektus a jobb felső kismetszőn. A csontdefektus érinti a bukkális csontlemezt. A szomszédos fognál szintén vertikális csontdefektus található



3. ábra: A szomszédos fog defektusa



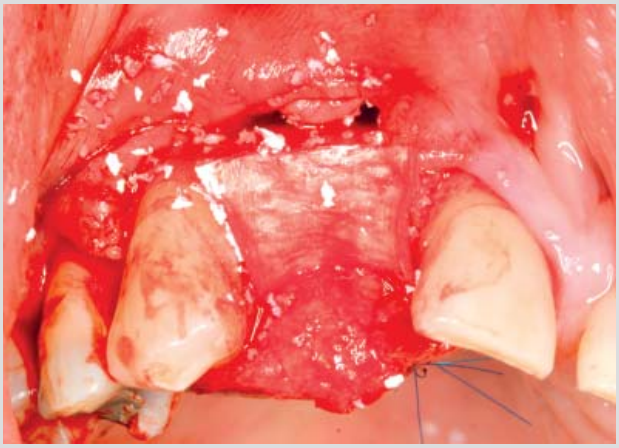
4. ábra: Klinikai szituáció a fog eltávolítása után



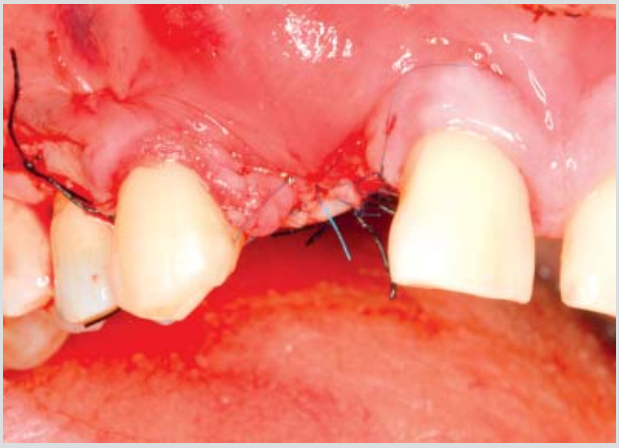
5. ábra: Hosszú felszívódási idejű membrán (Resolut) titánszegekkel való rögzítése a bukkális íven. Ezután a defektus feltöltésre került bovin eredetű csontpótlóval (Bio-Oss) és egy membránnal fedve lett (Bio-Gide)

1. eset

Az 51 éves férfi pácienst generalizált krónikus fogágybetegséggel utalták komplex parodontológiai ellátásra. A jobb felső kismetsző fog mellett egy mély vertikális csontdefektus volt, ami III. fokú mobilitással társult (lásd a röntgenfelvételt, *1/a-b. ábra*). A szomszédos fognál hasonló defektusokat figyelhettünk meg. Lebenypreparálást követően a fog mesialis aspektusán

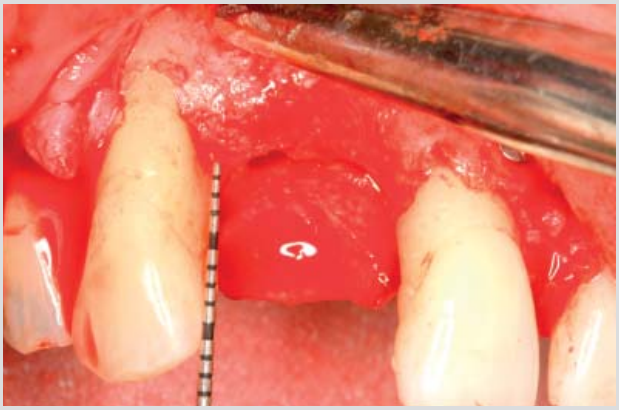


6. ábra: Membránfedés



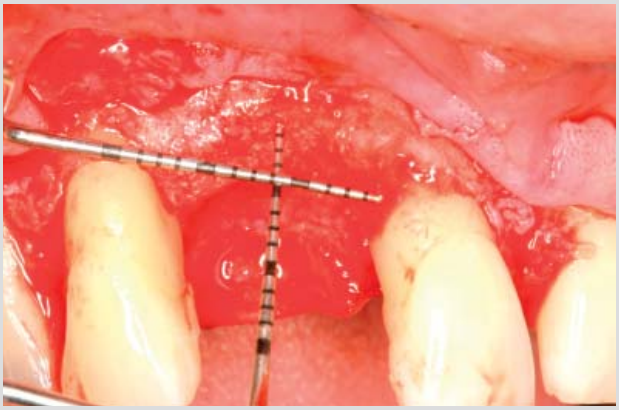
7. ábra: Feszülésmentes sebzárás

egy kétfalúnak imponáló kráterszerű csontdefektussal szembesültünk, aminek a bukkális fala hiányzott *(2-3. ábra)*. A fog eltávolítását követően a korábbiakban leírt lépésről lépésre végrehajtott technikát alkalmaztuk *(4-7. ábra)*. Az 1. műtétnek köszönhetően (amit lágyszöveti augmentáció követett) a gerinc kon-

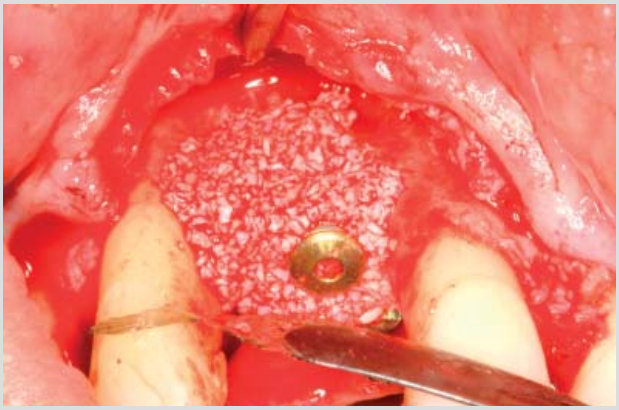


8. ábra: A re-entry során látható, hogy a szomszédos fog defektusa is új csonttal telődött

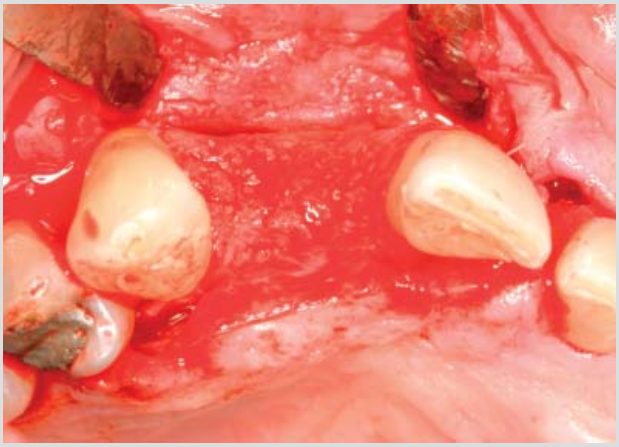




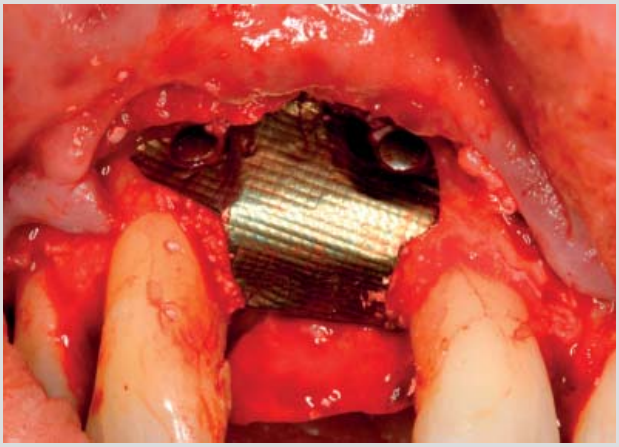
9. ábra: A horizontális csontkínálat kielégítő, míg a vertikális csontkínálat további augmentációra szorul



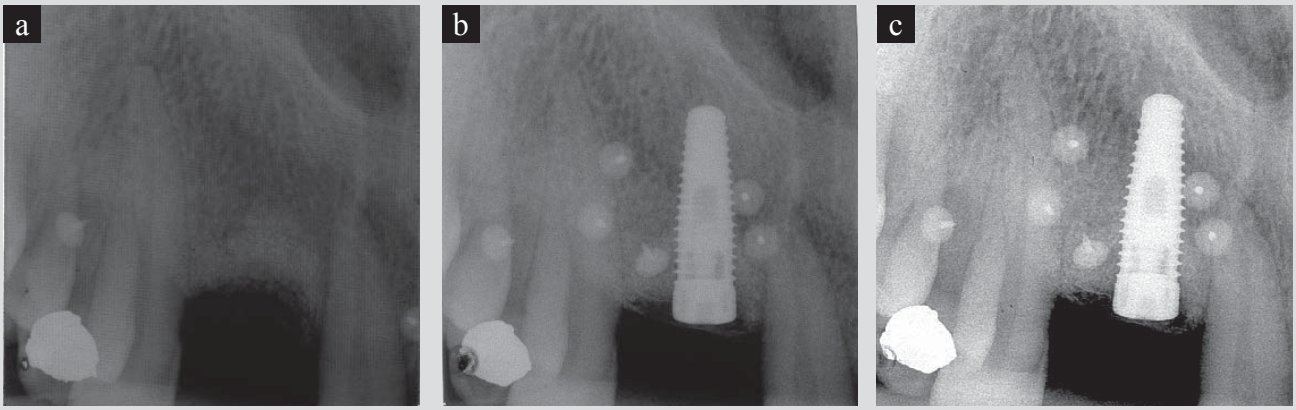
11. ábra: Implantáció szimultán augmentációval Bio-Oss és titánmembrán segítségével



10. ábra: Horizontális nézet



12. ábra: Titánmembrán in situ



13/a–c. ábra: Az augmentált terület radiológiai utánkövetése. a) Standardizált röntgenkép az implantátum behelyezése előtt. Radiológiai telődés látható a szomszédos fogaknál. b) 9 hónap gyógyulást követően a radiológiai kép. c) A platform-switches felépítmény az implantátumhoz rögzítve

figurációja lehetővé tette az implantátum behelyezését egy további keményszöveti augmentációval egybekötve *(8–12. ábra)*. A felszabadítás során láthatóvá vált a 3-D-ben rekonstruált gerinc az implantátum körül. Ez a műtéti feltárás egyben lehetővé tette, hogy értékeljük a szomszédos fogak korábbi parodontális defektusait, amelyeknél komplett csontos telődés és a vertikális, egyfalú defektusok teljes regenerálódása volt megfigyelhető *(13/a-c. ábra)*. A lágyszövetek gyógyulása után a páciens egy csavarozott ideiglenes koronát hordott további három hónapig, hogy a megfelelő felbukkanási profilt kialakítsuk. A kialakí-

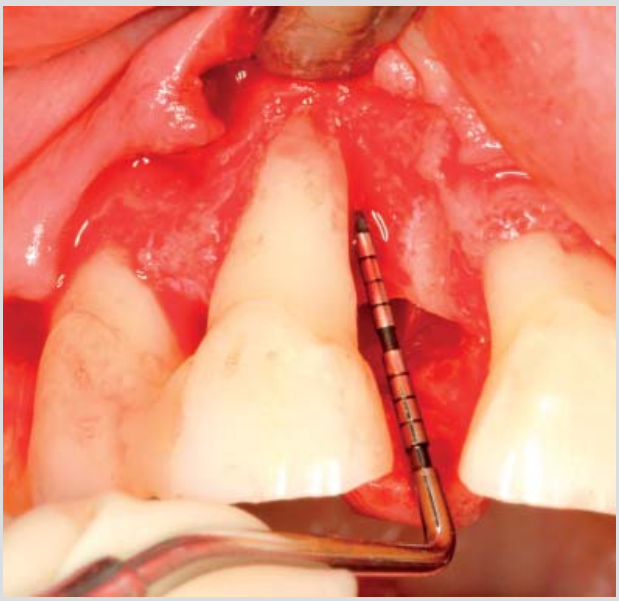


14. ábra: A fém-kerámiai korona képe a kezelés befejezése után, ideális lágyszöveti viszonyok

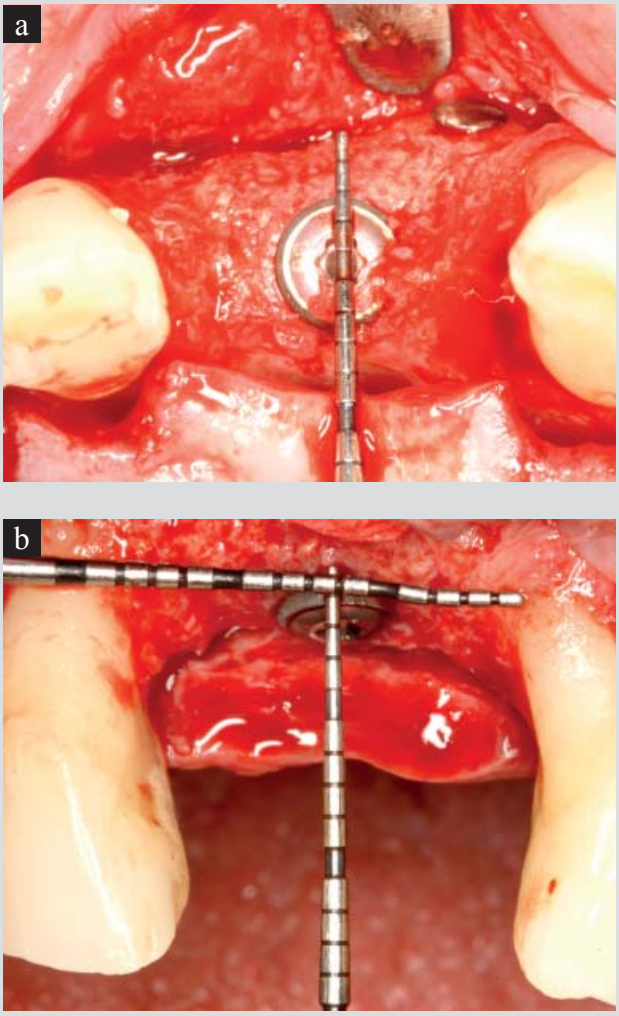
tott ínyviszonyokat ezután lemintáztuk, ami alapján a végleges protetikai ellátás elkészülhetett. A *14. ábrán* látható a végleges megoldás.

2. eset

Az 54 éves férfi páciensnek egy előrehaladott vertikális csontdefektusa volt a jobb felső nagymetsző fog mesialis oldalán, ami nagyfokú mobilitással társult *(15. ábra)*. Extrakció után elvégzett alveolar site development során ugyanúgy jártunk el, ahogy az előző esetben, de nem helyeztünk be semmilyen csontpótló anyagot. A 2. műtét során a lágyszöveteket augmentáltuk, majd a 3. műtét következett implantálással és augmentációval. Az augmentált gerinc szélessége és magassága lehetővé teszi a periimplantáris szövetek hosszú távú stabilitását *(16/a-b., 17. ábra)*.



15. ábra: Az 11-es fog mély, egyfalú csontdefektussal, ami a fogeltávolítást követően a szövetek összeesését okozná, befolyásolva a szomszédos fogak parodontális státuszát



16/a–b. ábra: Az optimálisan behelyezett implantátum a 3-dimenzióban regenerált csontban



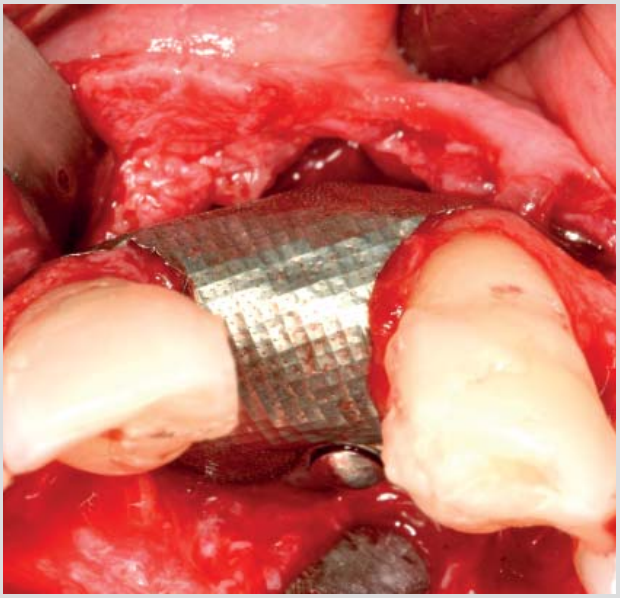
17. ábra: A végső eredmény



18. ábra: A csontos defektus morfológiája lebenyképzés után



20. ábra: A végső protetikai rehabilitáció



19. ábra: Az optimálisan elhelyezett, augmentált területet fedő Ti-membrán

3. eset

A harmadik esetben egy 49 éves férfinak volt előrehaladott horizonto-vertikális csontdefektusa a bal felső kismetszőjének mesialis oldalán *(18. ábra)*. A kezelése során az előzőekben leírt eljárást alkalmaztuk, a *19-es ábrán* a keményszöveti augmentálás látható. A végső lágyszöveti kialakítás után a páciens megkaphatta a végleges fém-kerámiai koronát *(20. ábra)*.

Eredmények

A parodontális oki terápia után a páciensek kiváló egyéni szájhigiénét tartottak fenn. A plakk és gingivális indexek mindegyik esetben 20% alatt voltak (átlag PI 7,7%; átlag GI 12,7%). Kiindulásnál a PD a szomszédos fogaknál 3,97 mm, GR 0,88 mm és CAL 4,78 mm. Az utolsó műtét utáni gyógyulást követően ezek az értékek a következőképpen alakultak: PD 2,55 mm, GR 2,13 mm és CAL 4,58 mm. A klinikai eredmények enyhe javulást mutatnak, habár az esetszám alacsony, így statisztikai elemzésre elégtelen. A szomszédos fogak vertikális csontdefektusai mind klinikailag, mind radiológiailag telítődtek. Az implantátumok körül optimális lágy- és keményszöveti viszonyokat sikerült kialakítani.

Diszkusszió

Az implantátumok hosszú távú sikerének kulcsa, hogy megfelelő mennyiségű csontba legyenek beültetve. A mineralizált szövetek hiánya egyértelműen kedvezőtlen faktor a kiszámítható implantációs eredmény tekintetében (*Lekholm et al.,* 1986). Egy másik fontos tényező a sikerességhez a megfelelő mennyiségű és morfológiájú lágyszöveti borítás.

Az esztétikus zónában végzett implantálás során számos befolyásoló tényezőt kell számításba venni. Fogágybetegségben szenvedő páciens esetén ez még komplikáltabbá válik. A parodontálisan érintett fogak nagyon gyakran kedvezőtlen morfológiájú csontpusztulással rendelkeznek, elsősorban akkor, ha a bukkális csontlemez hiányzik. Ezekben az esetekben az egészséges parodontális viszonyok kialakításához elengedhetetlen az érintett fogak eltávolítása.

Számos technikát és anyagot fejlesztettek ki az extrakciós alveolus prezerválásához. Egyelőre az irodalomban

ellentmondásos adatok láttak napvilágot a csontpótlók szerepét illetően. Néhány szerző a csontpótlók pozitív szerepéről számolt be (*Froum et al*, 2002). A különféle állatkísérletek (*Araújo & Lindhe, 2009; Fickl et al, 2009)* azt sugallják, hogy a csontpótlók egy bizonyos mértékig képesek a bukkális csontfal rezorpciójának csökkentésére vagy a lebomlás módosítására. Ugyanakkor még vizsgálat tárgyát képezi, hogy az alveolusba behelyezett graftanyagok valóban aktívan befolyásolják-e az alveoláris csont képződését, vagy csak lelassítják a vesztibuláris csontlemez lebomlását *(Araújo & Lindhe,* 2009*)*. Más kutatások a membránok szerepét vizsgálták. A felszívódó membránok alkalmazása egyre inkább elterjedőben van, mivel kiválóan integrálódik a szövetek közé, és kedvezőbb lágyszöveti gyógyulást eredményez. Ha exponálódik a szájüreg felé, akkor a gyógyulási folyamat kevésbe szenved kárt, a fertőzés veszélye alacsony (*Lekovic et al*, 1997, 1998). Ha a membrán nem képes a helyfenntartásra, akkor valamilyen graftanyaggal kell alátámasztani *(3. eset)*. Hasonló gerinckonfigurációt sikerült elérni csontpótló anyaggal *(1. eset)* vagy nélküle *(2. eset)* (*Chiapasco et al*. 2006).

A nem-felszívódó membránok használata vált a goldstandarddá a GBR technika során Az egyik nagy hátránya ennek a technikának, hogy a lebenyeket oly módon kell zárni, hogy a primer sebgyógyulás végig biztosítva legyen bármiféle dehiszcencia nélkül. Természetesen fogeltávolítást követően a lebenyek zárása nem minden esetben végezhető el megfelelően, így a membrán exponálódása súlyosan érintheti a seb gyógyulását és a végső eredményt (*Hämmerle et al*. 1998).

Ezen túl a lágyszövetek alapvető fontosságúak a keményszövetek augmentálása során és a végső fogpótlás esztétikája szempontjából. Vizsgálatunkban a behelyezett implantátumok kedvező kemény- és lágyszöveti viszonyokkal rendelkeztek a 3. műtétet követően. Az ismertetett lépésről lépésre végrehajtott sebészi protokollunkkal az implantátumok ideális pozícióban kerültek behelyezésre mind a három dimenzióban, és megfelelő mennyiségű kemény- és lágyszövettel voltak körülvéve (*Buser et al*. 2004). Az irodalom azt mutatja, hogy a teljesen vagy részlegesen augmentált csontba helyezett implantátum túlélési és sikerességi aránya hasonló a nem augmentált csontba helyezettével (*Mayfield et al*. 1998; *Zitzmann et al*. 2001b).

Összességében kijelenthető, hogy az alveoláris regeneráció biológiája mind a mai napig nem teljesen felderített és megértett, illetve az alveolusprezerváció hatása a szomszédos fogak parodontális defektusainak gyógyulására további vizsgálatokat kíván.



Irodalom

1. Araújo MG, Lindhe J. Ridge preservation with the use of Bio-Oss collagen: A 6-month study in the dog. Clin Oral Implants Res. 2009 May;20(5):433-40.
2. Azzi R, Etienne D, Takei H, Carranza F. Bone regeneration using the pouch-and-tunnel technique. Int J Periodontics Restorative Dent. 2009 Oct;29(5):515-21.
3. Barboza EP. Localized ridge maintenance using bone membrane. Implant Dent. 1999;8(2):167-72.
4. Barone A, Aldini NN, Fini M, Giardino R, Calvo Guirado JL, Covani U. Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: a clinical and histomorphometric study. . J Periodontol. 2008 Aug;79(8):1370-7.
5. Beitlitum I, Artzi Z, Nemcovsky CE. Clinical evaluation of particulate allogeneic with and without autogenous bone grafts and resorbable collagen membranes for bone augmentation of atrophic alveolar ridges. Clin Oral Implants Res. 2010 Jun 21.
6. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 Suppl:43-61.
7. Camargo PM, Lekovic V, Carnio J, Kenney EB. Alveolar bone preservation following tooth extraction: a perspective of clinical trials utilizing osseous grafting and guided bone regeneration. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2004 Feb;16(1):9-18.
8. Cardaropoli D, Cardaropoli G. Preservation of the postextraction alveolar ridge: a clinical and histologicstudy. Int J Periodontics Restorative Dent. 2008 Oct;28(5):469-77.
9. Carnevale G, Cairo F, Tonetti MS. Long-term effects of supportive therapy in periodontal patients treated with fibre retention osseous resective surgery. I: recurrence of pockets, bleeding on probing and tooth loss. J Clin Periodontol. 2007 Apr;34(4):334-41.
10. Chiapasco M, Zaniboni M, Boisco M. Augmentation procedures for the rehabilitation of defi cient edentulous ridges with oral implants. Clinical Oral Implants Research 2006:17 (Suppl 2), 136–159.
11. Darby I, Chen ST, Buser D. Ridge preservation techniques for implant therapy. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24 Suppl:260-71.
12. Eickholz P, Benn DK , Staehle HJ. Radiographic evaluation of bone regeneration following periodontal surgery with or without ePTFE barriers. J Periodontol 1996; 67:379-385.
13. Eickholz P, Kim TS , Holle R. Regenerative periodontal surgery with non-resorbable and biodegradable barriers: Results after 24 months. results. J Clin Periodontol 1998/b; 25:666-676.
14. Eickholz P, Lenhard M, Benn DK , Staehle HJ. Periodontal surgery of vertical bony defects with or without synthetic biobsorbable barriers. 12-month results. J Periodontol 1998; 69:1210-1217.
15. Eickholz P , Hausmann E. Evidence for healing of interproximal intrabony defects after conventional and regenerative therapy: digital radiography and clinical measurements. J Periodont Res 1998/a; 33:156-165.
16. Eikholz P, Kim TS, Steinbrenner H, Dorfer C , Holle R. Guided tissue regeneration with bioabsorbable barriers: intrabony defects and class II furcations. J Periodontol 2000; 71:999-1008.
17. Hämmerle CHF, Brägger U, Schmid B, Lang NP. Successful bone formation at immediate transmucosal implants. Int J Oral Maxillofacial Implants1998:13, 522–530.
18. Heijl L, Heden G, Svärdström C, Ostgren A. Enamel matrix derivate (EMDOGAIN®) in the treatment of intrabony periodontal defects. J Clin Periodontol 1997b; 24:705-714.
19. Hoffmann O, Bartee BK , Beaumont C, Kasaj A, Deli G, Zafiropoulos GG. Alveolar bone preservation in extraction sockets using non-resorbable dPTFE membranes: a retrospective non-randomized study. J Periodontol. 2008 Aug;79(8):1355-69.
20. Hürzeler MB, Weng D. A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. Int J Periodontics Restorative Dent. 1999 Jun;19(3):279-87.
21. Fickl S, Schneider D, Zuhr O, Hinze M, Ender A, Jung RE, Hürzeler MB. Dimensional changes of the ridge contour after socket preservation and buccal overbuilding: an animal study. J Clin Periodontol. 2009 May;36(5):442-8.
22. Fickl S, Zuhr O, Wachtel H, Kebschull M, Hürzeler MB. Hard tissue alterations after socket preservation with additional buccal overbuilding: a study in the beagle dog. J Clin Periodontol. 2009 Oct;36(10):898-904.
23. Froum, S., Wallace, S., Tarnow, D. & Cho, S. (2002). Effect of platelet-rich plasma on bone growth and osseointegration in human maxillary sinus grafts: three bilateral case reports. Int J of Periodonicst Restorative Dent. 22, 45–53.
24. Lekholm U, Adell R, Lindhe J. Lekholm U, Adell R, Lindhe J. Marginal tissue reactionsat osseointegrated titanium fi xtures. (II) A crosssectional retrospective study. International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery 15, 53–61.
25. Lekovic V, Kenney EB, Weinlaender M, Han T, Klokkevold P, Nedic M, Orsini M. A bone regenerative approach to alveolar ridge maintena following tooth extraction. Report of 10 cases. Periodontol. 1997 Jun;68(6):563-70.
26. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Brägger U, Hämmerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronicperiodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental ImplantSystem. Clin Oral Implants Res. 2003 Jun;14(3):329-39.
27. Mayfield L, Skoglund A, Nobreus N, Attström R. Clinical and radiographic evaluation, following delivery of fi xed reconstructions, at GBR treated titanium fixtures. Clinical Oral Implants Research 1998:9, 292–302.
28. Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Brägger U, Zwahlen M, Lang NP. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol. 2008 Aug;35(8):685-95.
29. Merli M, Lombardini F, Esposito M. Vertical ridge augmentation with autogenous bone grafts 3 years after loading: resorbable barriers versus titanium-reinforced barriers. A randomized controlled clinical trial. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 Jul-Aug;25(4):801-7.
30. Oghli AA, Steveling H., Ridge preservation following tooth extraction: a comparison between atraumaticextraction and socket seal surgery. Quintessence Int. 2010 Jul-Aug;41(7):605-9.)
31. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2003 Aug;23(4):313-23.
32. Sculean A, Stavropoulos A, Windisch P, Keglevich T, Karring T , Gera I. Healing of human intrabony defects following regenerative periodontal therapy with a bovine-derived xenograft and guided tissue regeneration. Clin Oral Investig 2004; 8:70-74.
33. Urban IA, Jovanovic SA, Lozada JL.: Vertical ridge augmentation using guided bone regeneration (GBR) in three clinical scenarios prior to implant placement: a retrospective study of 35 patients 12 to 72 months after loading. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009 May-Jun;24(3):502-10.)
34. Zitzmann NU, Schärer P, Marinello CP. Longterm results of implants treated with guided bone regeneration: A 5-year prospective study. Int J Oral & Maxillofacial Surgery 16, 2001b:355–366.



ANNYIRA FOGSZERŰ

GrandioSO

Fizikai tulajdonságait tekintve a Grandio®SO világviszonylatban az a tömőanyag, mely legjobban hasonlít a természetes foghoz. Olyan előnyökre tehetünk szert mint: tartós és megbízható restaurátumok, és ezek eredményeképpen elégedett páciensek.

- Megfelel minden elvárásnak, minden felszínű töméshez egyaránt alkalmazható
- Egyetlen szín használatával természetes, fogszerű opacitás érhető el
- Az intelligens szín-rendszer két új színnel bővül: GA3.25, GA5
- Kiváló konzisztenciájának és stabil anyagszerkezetének köszönhetően tökéletesen polírozható

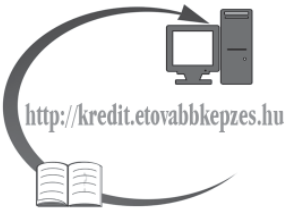


* Tekintse meg aktuális ajánlatainkat: www.voco.com
** Kérjük forduljon hozzánk a tudományos anyagismertetőért

VOCO képviselő
Lyócsa Katalin · tel. 06 70-6 07 13 62 · k.lyocsa@voco.com
Vincze Tibor · tel. 06 20-4 82 03 08 · t.vincze@voco.com

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

VOCO THE DENTALISTS



Távoktatás

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

A desquamatív gingivitis jelentősége és kezelési lehetőségei

Dr. Gera István
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Parodontológiai Klinika

A dentális biofilm okozta gingivitis talán a legelterjedtebb és leggyakrabban előforduló betegség az emberiség történetében. Epidemiológiai adatok szerint a felnőtt lakosság 85–90%-át érinti.[10] Amennyiben a gyulladás nem terjed a mélyebb szövetekre, alapjában véve a folyamatot csak a szervezett normál immunvédekezésének tekinthetjük a nem hatékony szájhigiéniás gyakorlatunk következtében felhalmozódó, nagymennyiségű érett biofilmréteg baktériumaival és bakteriális termékeivel szemben. A gingivitis egyéni vagy csoportos prevenciós programokkal hatékonyan megelőzhető, és amennyiben nincs valamilyen szisztémás háttérbetegség vagy állapot jelen (például terhesség), professzionális plakk-kontrollal és megfelelő egyéni szájhigiéniás gyakorlat kifejlesztésével könnyen gyógyítható.[10]

A plakk okozta gingivitis hátterében lehetnek azonban olyan általános, az immunrendszert vagy a szöveti struktúrát érintő betegségek, amelyek hatására súlyos, a hagyományos kezelésre rosszul reagáló krónikus gingivitis fejlődhet ki. Elsősorban az I-es típusú diabetes mellitusban szenvedő gyerekek körében fordul elő gyakran súlyos, a helyi tényezőkkel alig magyarázható ínygyulladás. Az ínygyulladás súlyosságát sokszor a beteg metabolikus állapota határozza meg. Jellemzője, hogy az ínygyulladás súlyossága nincs arányban a szájhigiénia fokával, a lokális plakk tömegével.[5]

A terápiára refrakter plakk okozta gingivitis leggyakoribb formája a megemelkedett oestrogen/progesteron hormonszint hatására kifejlődő terhességi gingivitis, amely legtöbbször a terhesség előtt már fennálló, különösebb panaszt nem okozó krónikus ínygyulladás súlyosbodása.[17] Az íny kapilláris hálózata felszaporodik, az ínyszél színe élénkvörös



1. ábra: Fiatal kismama jellegzetes terhességi gingivitise



2. ábra: Lokális irritativ tényezők által súlyosbított desquamatív gingivitis





3/a–b. ábra: 18 éves nőbeteg jellegzetes diffúz desquamtív gingivitise felvételkor és négy hónappal a sikertelen kezelés után

vagy livid színű. Az ínypapilla sokszor eperre vagy málnára emlékeztet, és néha nehéz megkülönböztetni a desquamatív gingivitistől *(1. ábra)*. A terhességi gingivitis prevalenciája 50–100% között mozog.[25] Egyes vizsgálatok szerint a terhességi hormonváltozások nincsenek hatással a teljesen ép gingivára. Mások szerint még nagyon jó szájhigiénia mellett is magasabb a sulcusváladék mennyisége, magasabb az ínyvérzési index, és fokozódik a fogak mobilitása. Azonos plakk-értékek mellett mindig a terhes csoportban mértek szignifikánsan súlyosabb gyulladást, a nem terhes kontrollcsoporthoz viszonyítva. Terhesség után az ínygyulladás spontán mérséklődik, azonban teljes gyógyulás csak a helyi irritatív tényezők (plakk, fogkő, rossz tömés stb.) tökéletes eliminálása után következik be.

A gingiva betegségei közül a szakorvosok számára a legnagyobb kihívást a többé-kevésbé ismeretlen eredetű, összefoglaló néven desquamatív gingivitisnek nevezett betegségcsoport jelenti.[16] Itt a dentális plakk nem elsődleges oki tényező, de az óhatatlanul megemelkedett plakk-képződés mindig súlyosbító tényezőnek számít *(2. ábra)*. Sokszor pontos etiológiai alapú diagnózis híján, kénytelenek vagyunk a leíró jellegű *desquamatív gingivitis* diagnózist alkalmazni. *Tehát a desquamatív gingivitis egy ínybetegség-csoport neve, de amennyiben az alapbetegség diagnosztizálható, helyette a pontos etiológiai alapú diagnózist (például lichen) alkalmazzuk*. Mindegyik esetben az ínyszélen és a feszes ínyen lap szerint, felszínes bullaképződés, eróziók vagy atrófiás foltok jellemzik a képet.[14, 22]

A desquamatív gingivitisre jellemző, hogy a plakk okozta gingivitissel ellentétben a gyulladás nem az ínypapilla csúcsán és a sulcus gingivaeben zajlik, hanem a feszes ínyt érinti *(3. ábra)*. Előfordulhat izoláltan vagy kiterjedtebb szájnyálkahártya-betegségek kíséretében.[2] Sok esetben ismert, könnyen diagnosztizálható szájnyálkahártya-betegséghez (például

lichen, pemphigus vulgaris) társul, máskor viszont a legalaposabb kivizsgálás ellenére sem derül fény a kiváltó okra.[2, 3]

A desquamatív gingivitis leggyakoribb formája a lichen orishoz társuló ínylézió.[16] A lichen ruber planus alapjában véve bőrbetegség, de *lichen oris* előfordulhat csak izoláltan a szájüregben is. Etiológiája és patomechanizmusa ma már hozzávetőlegesen tisztázott, és legtöbb szerző autoimmun betegségnek tartja. A hám és az alatta fekvő kötőszövet T lymphocytákkal masszívan infiltrált, amelyek CD4-CD8 antigéneket expresszálnak. A gyulladás irritálja a hámot, amely hiperkeratózissal válaszol, azonban sokszor gyulladásos infiltrátum is megjelenik, amely bullozus, majd később erosios–ulceratív lichenhez vezet.[23, 19] Szignifikánsan gyakrabban fordul elő diabetesben és/vagy hypertoniában szenvedő páciensek szájában.[13] Több klinikai formája fordulhat elő a szájnyálkahártyán és a gingiván is. Leggyakrabban a buccán manifesztálódik, de kialakulhat a gingiván is, és néha csak a gingivát érinti. Amennyiben a buccán felfedezhetők a lichenre jellemző retikuláris hyperkeratotikus vonalak, akkor nagy valószínűséggel kimondható, hogy az ínylézió is lichen. A gingiván csak ritkán fordul elő a jellegzetes retikuláris rajzolat (Vickham's striae) *(4. ábra)*. Általában inkább erythaemás, eróziós ínyléziókkal találkozunk[13] *(5. ábra)*. Gyógykezelése legtöbbször csak tüneti, mert az orális lichenhez hasonlóan a gingivális lichen oki terápiája sem ismert, és a lézió a lokális A-vitamin-olaj vagy retionoid terápiára meglehetősen rezisztens. Súlyos eróziós gingivális lichenben szóba jöhet lokális, vagy indokolt esetben szisztémás szteroid-kezelés is.[8, 15, 26] Azonban a speciális plakk-kontroll programok sokat segítenek a beteg gingivális állapotának kontrolljában is. Mivel a gingiva sérülékeny és érzékeny, a hagyományos fogmosási technika a beteg számára komoly fájdalmat okoz. Ezért nagyon gyakori professzionális szájhigiénés kezelés mellett speciális, nagyon puha fogkefével végzett sulcularis fogmosási technikát ajánlunk, amely a fognyakról eltávolítja a plakkot, de nem sérti a gingivát *(6/a-c. ábra)*. Egyébként ezt a fog-



4. ábra: Lichen orisban a buccán és a gingiván csak ritkán előforduló jellegzetes retikuláris rajzolat (Vickham's striae)



5. ábra: Gingivális lichenben leggyakrabban inkább erythemás, eróziós ínyléziókkal találkozunk



6/a–c. ábra: A buccát és a gingivát egyaránt érintő súlyos lichen orissal jelentkezett férfi páciens, irritatív túlérő koronaszélekkel és hibás tömésekkel 2004 novemberében

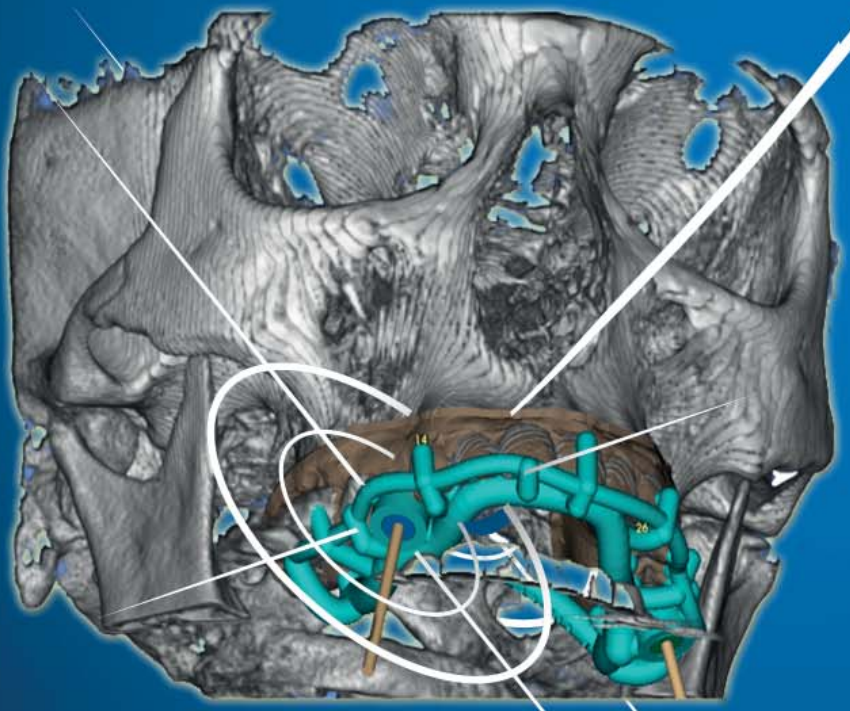
a) A restaurátumok korrekciója, lokális és szisztémás A-vitamin-terápia és atraumatikus egyéni fogmosási technika kialakítása után gingivális állapota jelentősen javult – 2006 március

b) A közel tökéletes egyéni szájhigiéniás gyakorlata is hozzásegítette, hogy állapota stabilizálódott – 2007. június

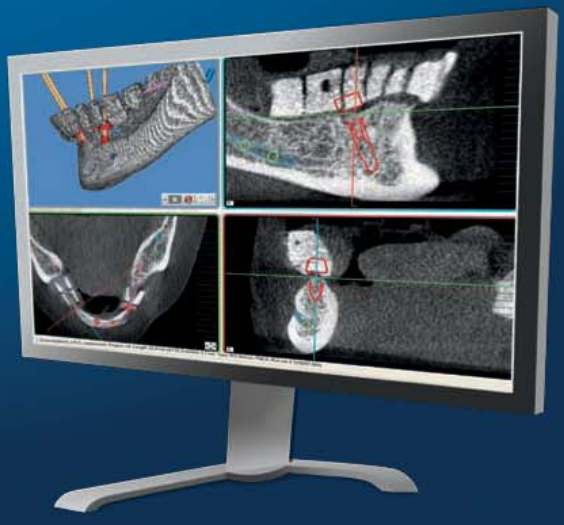
mis®
M-GUIDE



A VALÓSÁG CSAK EGY KATTINTÁSNYIRA..



- Nincs szükség külön röntgen-sablonra a tervezéshez
- Egy egyszerű CBCT felvételt megnyitva az M-Guide szoftverrel azonnal megkezdhető a tervezés
- A CBCT felvétel elkészülte után akár 24 órán belül a kezébe adjuk a 3D nyomtatóval készült fúrósablont
- Akár kis térfogatú CBCT felvételt is használhat
- Rendkívül kedvező ár
- Stresszmentes műtét
- Minimál invazív beavatkozás
- Díjmentes kipróbálási lehetőség
- Hívjon minket (1) 439-1300



THE FUTURE IS HERE.
MAKE IT SIMPLE.

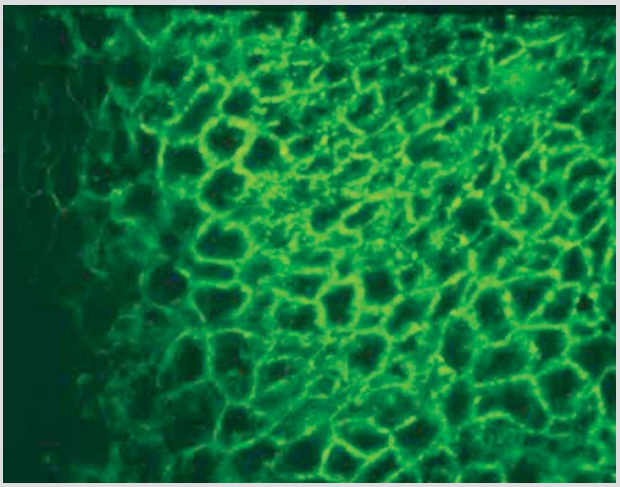
mis M-GUIDE

MIS büszkén mutatja be a virtuális implantátum tervezési rendszerét: a digitális DICOM formátumú CBCT adatok 3D képekké való átalakításával a legpontosabban ábrázolják a valós állapotokat egy virtuális környezetben, lehetővé téve az egyszerű, pontos és biztonságos implantálást. www.misimplants.hu





7/a–b. ábra: Pemphigusra kell gondolnunk, ha teljesen gyulladásmentes alapon hólyagok vagy felületes erosiok jelennek meg a szájnyálkahártyán



8. ábra: Pemphigusra jellemző immunfluorescens hisztológiai kép, a sejtmembránhoz kötődő autoantitesteket mutatja

mosási technikát minden desquamatív gingivitis esetében ajánljuk.

A legsúlyosabb ismert okokra visszavezethető desquamatív gingivitis az *orális pemphigus vulgarissal* társuló ínylézió.[4, 7] A pemphigus vulgáris jól ismert autoimmun bőrbetegség, amely azonban gyakran a szájüregben kezdődik, vagy csak a szájnyálkahártyára lokalizálódik.[27] A folyamat hátterében II-es típusú cytotoxikus autoimmun folyamat húzódik meg, ahol az autoantigen a hámsejteket összekapcsoló desmosomák egyik fehérjéje (desmoglein III.) ellen kialakuló ellenanyag-termelés. Orális pemphigus vulgárisban a suprabasalis stratum spinocellulare réteg érintett, ezért nevezzük ezt a folyamatot achantolysisnek, mert az „achantoticus" sejtek közötti kapcsolat károsodik.[11] A sejteket összetartó desmosomak pusztulása következtében a sejtrétegek elválnak egymástól, köztük folyadékgyülem halmozódik fel, bullaképződés kíséretében. A hólyag mindig intraepithelialis, a teteje nagyon vékony, és ezért nagyon sérülékeny. Legtöbbször az orvos már csak felrepedt bulla táján kifejlődött erosioval találkozik. A gyulladásban a kötőszövet nem vesz részt, ezért sem ödéma, sem a hólyagok körüli gyulladásos udvar nem észlelhető *(9/b. ábra)*. Mindig pemphigusra kell gondolnunk, ha teljesen gyulladásmentes alapon hólyagok vagy felületes erosiok jelennek meg a szájnyálkahártyán és a gingiván *(7/a-b. ábra)*. A bőrléziók néha csak hónapokkal később manifesztálódnak. A pontos diagnózis felállításában nélkülözhetetlen az immunhisztokémiai vizsgálat[6,24] *(8. ábra)*.

A bemutatott esetünkben egy fiatal, nagyon szép fotómodell nő fordult bizonytalan panaszaival 2007-ben klinikánkhoz. Felvételkor szájában a palatumon és a gingiván felületes eróziókat láttunk gyulladásos udvar nélkül *(9/a-b. ábra)*. Az elvégzett biopsziás vizsgálat megerősítette gyanúnkat, hogy betegünk pemphigusban szenved. Akkorra már a bőr léziói is kifejlődtek. Csak nagyon hosszas rábeszélés után fogadta el az immunszupresszív kezelést, mert az interneten elolvasva ennek mellékhatásait, rádöbbent, hogy akár 10 kilót hízhat, vagy arca eltorzul, holdvilág képű lesz. Végül kezelését a SE Bőrgyógyászati Klinikájával közösen végeztük (Prof. Kárpáthy Sarolta). Az alkalmazott szteroid-kezelés hatására állapota csak másfél éven belül rendeződött, és lehetett olyan fenntartó szteroid-dózist beállítani, amely már minimális mellékhatásokkal járt. Betegünk – aki ismert személyiség – könyvet is írt betegségéről. Az aktív kezelési szak után legnagyobb panasza az volt, hogy nem tudott kellő hatékonysággal fogat mosni, mert ahogy a fogkefe sörtéje az ínyszélhez ért, azonnal felsértette, és így ínye mindig kicsit gyulladt volt. Hiába, egy pemphigusos betegnél az achantolysis a szteroid-

A fogászati szektorban megoldásokat kínáló, piacvezető Zhermack BEYOND INNOVATION büszkén mutatja be



hurrimix

A készülék 6 színben rendelhető: fehér (alap), narancssárga, világoskék, sötétkék, zöld és szürke (választható)



az alginátok és gipszek keverésére szolgáló **új, automata keverőgépet,** a hurrimix-et.

A **hurrimix** a fogászati szektor számára jelenleg elérhető egyik legmodernebb automata keverőgép, amely **minimális idő alatt kiváló keverékek** előállítására képes. A kompakt és csendes működésű hurrimix **állandó keverési minőséget** garantál és ideális választást jelent **Zhermack** alginátok és gipszek keverése estén.



Hurrimix: csupán néhány másodperc munkával az előnyök széles választékát biztosítja.

- Krémes keverék
- Tökéletesített mechanikai tulajdonságok az alginátok esetén
- Gyors, praktikus keverés
- Kisebb anyagveszteség
- Minimális felhasználói erőfeszítés



TÖLTSE LE MOBIL ALKALMAZÁSUNKAT!

zmack®

mikrohibrid kompozit VITA színekben

Ára bruttó 4165 Ft / 4 gr









TANÚSÍTVA ISO 9001 EQM EUROPEAN QUALITY MANAGEMENT

HERBODENT®

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



9/a–d. ábra: 2007-ben diagnosztizált pemphigus vulgaris egy 34 éves nőbeteg szájában – jellegzetes felületes íny- és szájnyálkahártya-erosiók (a-b), másfél évvel később a folyamatos szteroid-kezelés után (c) Az atraumatikus egyéni fogmosási gyakorlat kialakítása előtt és két hónappal később (2010. november–2011. január)

kezelés ellenére is fennáll, ezért bármilyen mechanikai trauma kiválthatja a sejtrétegek elválását *(9/c. ábra)*. A nagyon motivált és életkedvét ismételten visszanyert páciensünket sikerült Oral-B Braun fogkefével olyan atraumatikus fogmosási technikára megtanítani, amely hatékony supragingivalis plakk-kontrollt biztosított, de az ínyét nem sértette. A rendszeres professzionális plakk-kontrollal kombinálva, ínyállapota gyorsan javult, és jelenleg a fenntartó szteroid-dózis mellett gingivája plakk- és gyulladásmentes *(9/d. ábra)*.

A közelmúltban több, ennél súlyosabb gingivalis pemphigus esettel is találkozhattunk. A nem jól kollaboráló betegek esetében azonban lényegesen nehezebb stabilizálni mind általános bőrgyógyászati, mind orális-parodontális állapotukat. A bemutatott esetben egy 60 éves férfi páciens olyan súlyos, hisztológiailag is igazolt gingivalis pemphigussal jelentkezett, hogy a gingiva hámja már a fogak levegővel történő leszárítás hatására hártyaszerűen levált (achantolysis)[18] *(10/a-b. ábra)*. A nagy fájdalom miatt állandó professzionális szájhigiénés kezelés lett volna indokolt, de betegünk nem megfelelő kollaborációja miatt sem a bőrgyógyászati kezelés, sem a helyi kezelés nem lehetett sikeres *(10/c. ábra)*.

A pemphigusos beteg soha nem gyógyul meg, csak fenntartó szteroid- és egyéb immunszupresszív kezeléssel tünetmentessé tehető. Tehát egy életen át ellenőrzésre szorul, és ennek a folyamatos ellenőrzésnek fontos része a gyakori professzionális szájhigiénés szupportív kezelés is. A pemphius vulgaris régen halálos betegség volt, azonban a rosszindulatú daganatok mellett ma is az egyik legkomolyabb orális betegség. Legtöbb betegnek egy életen át gyógyszereket kell szednie, amely legtöbbször szteroid, de újabban cyclosporin-A vagy azathyoprin készítményeket is alkalmaznak kezelésükben.[20, 21] Amennyiben a betegség viszonylag fiatal korban kezdődik, és a betegnek természetes fogazata van, különös gondot kell fordítani a rendszeres professzionális szájhigiéniára és az otthoni plakk-kontrollra. Sajnos a kémiai szerek ilyen







10/a–c. ábra: Pemphigus vulgarisban szenvedő 60 éves férfi páciens
a. A fogak levegővel történő leszárítása hatására leváló hámréteg jól mutatja a súlyos achantolysis jelenlétét (2011. június)
b. Négy hónappal később bizonyos javulás jeleit mutatja, de a felületes gingiva erosiok jelen vannak
c. Egy évvel később – a nem kollaboráló betegnél javulás nem, inkább visszaesés tapasztalható (2012. július)

esetben irritatív hatásuk miatt tartósan nem alkalmazhatók, és soha nem helyettesíthetik a speciális mechanikai fogtisztítást.

INTERNATIONAL IMPLANT FOUNDATION

AZ IF KURZUSTERVEZETE 2013-RA

Azonnali terhelés a fogászati implantológiában

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

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

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

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

2. RÉSZ
csontfiziológia és implantátum pozícionálás (4D-implantológia)

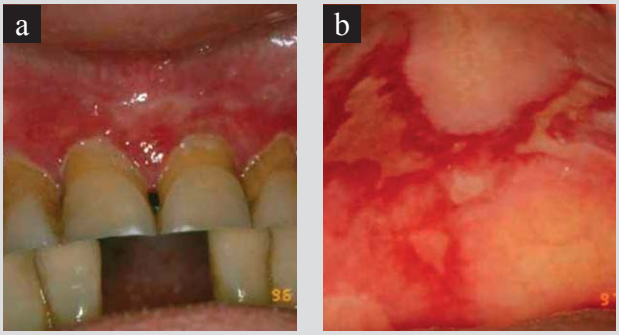
3. RÉSZ
A kompressziós csavarokkal való munka alapjai, műtét és protetika

4. RÉSZ
Komplex esetek kezelése, utókezelés

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

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

Tudományos vezető: Prof. Dr. Stefan Ihde



11/a–b. ábra: 77 éves, súlyos, nehezen kontrollálható diabetes mellitusban szenvedő férfi páciens oralis benignus mucosus pemphigoid gingiva és palatinalis mucosa léziói

Hasonló, de sokkal mélyebb eróziókat és jelentős gyulladást okozhat a gingivára lokalizálódó *benignus mucosus pemphigoid* is. Ez szintén autoimmun betegség, ahol a basalis membrán egyik fehérjéje ellen termel a szervezet autoantitesteket, amelyek indirekt immunfluorescens hisztokémiai eljárással verifikálhatók *(11. ábra)*. Ez is nagyon kellemetlen, az egyéni szájhigiénét súlyosan akadályozó betegség, de közel sem olyan veszélyes, mint a fentebb vázolt P. vulgaris. Azonban ez a bőrbetegség érinthet más nyálkahártya-szöveteket is, többek között a conjunctivát, amely akár vaksághoz is vezethet.[28]

Az ezen a területen dolgozó specialisták számára a legnehezebb az ismeretlen eredetű desquamatív gingivitis kezelése és menedzselése. Ilyenkor nehéz eldönteni, hogy vállalva a szisztémás szteroid-kezelés mellékhatásait, adhatunk-e szteroidot, vagy kíséreljük meg a helyi kezelést. A legfontosabb annak eldöntése, hogy a folyamat valamilyen krónikus allergiás folyamattal függ-e össze. Ennek eldöntésére ma standard fogászati allergiás diagnosztikai sorozatok állnak rendelkezésre, amelyek a szájban előforduló leggyakoribb fémekkel és műanyagokkal szembeni túlérzékenységet tesztelik. A fémallergia gyakori, de sokszor a különböző fémek a szájban nem allergiás reakciót váltanak ki, hanem az elektromos potenciálkülönbség révén lichenoid reakciót generálnak *(12. ábra)*.



12. ábra: Különböző fémek jelenlétében látható lichenrajzolat esetén gondolnunk kell fémallergiára vagy elektromos potenciálkülönbségre (lichenoid reakció?)



14. ábra: Recidiváló herpes következtében teljesen elpusztult a páciens feszes ínyszövete – megjegyzendő a nagyon jó szájhigiénia és a teljesen ép interdentális papillák



13. ábra: Erythema exsudativum multiforme – ritkán a bullaképződés a feszes, keratinizált gingivát, illetve a palatumot is érinti



15. ábra: Linearis gingivalis erythema képe – ilyenkor gondolni kell a beteg HIV-szűrésére is

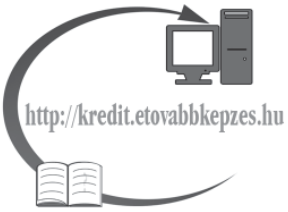
Ilyenkor a szájnyálkahártya vagy gingiva lézió nagyon hasonlít a lichenére, de az okok megszüntetésével ezek gyorsan gyógyulnak, szemben a valódi lichennel, amely akár évtizedekig is fennállhat.

Az összes desquamatív gingivitis közel 60–88%-ában sikerül az okok kiderítése.[16] Vannak azonban olyan ínyléziók, ahol nem születhet biztos diagnózis. Ilyenkor valóban csak tüneti kezelést alkalmazhatunk.[13] Tény azonban, hogy a legtöbb idiopathias desquamatív gingivitisben a szájhigiénia helyreállítása, professzionális kontrollja és a speciális, nagyon gondos otthoni szájhigiénés gyakorlat sokban javítja a beteg állapotát *(6/a-c. ábra)*. Fontos, hogy betegünk a „beteg" ínye okán ne „kímélje" fogait. A legelső reakció mindenki fejében az, hogy ha fáj az ínyem, vagy vérzik az ínyem, akkor nem mosom, mert attól fáj. Ez azonban olyan körforgást indít el, hogy minél kevésbé mossuk, annál komolyabb plakk okozta gyulladás társul az alapbetegséghez, és annál súlyosabb és reménytelenebb lesz betegünk helyzete.[2]

A desquamatív gingivitist a fentebb említett leggyakoribb szisztémás és helyi tényezők mellett még nagyon sok más, elsősorban immunológiai és bőrgyógyászati kórkép okozhatja: *Linearis IgA betegség,*[12] *erythema exsudativum multiforme (13. ábra), krónikus recidiváló herpes (14. ábra),* krónikus candidiasis egyik speciális formája – *linearis gingivalis erythema (15. ábra),* amely elsősorban HIV-pozitív egyének betegsége vagy akár discoid lupus erythematodus.[14] Minden bizonytalan eredetű gingiva erozió, lapszerinti diffúz hyperaemia esetén indokolt a beteg alapos belgyógyászati, allergológiai – immunológiai és bőrgyógyászati kivizsgálása, annak érdekében, hogy kiderítsük, milyen alapbetegség áll a különös ínyléziók hátterében.[10]

Irodalom

1. Alessi SS, Nico MM, Fernandes JD, Lourenço SV.: Reflectance confocal microscopy as a new tool in the in vivo evaluation of desquamatíve gingivitis: patterns in mucous membrane pemphigoid, pemphigus vulgaris and oral lichen planus. Br J Dermatol. 2012; 27: 11/bjd.12021.
2. Armitage GC.: Classifying periodontal diseases – a long standing dilemma Periodontol 2000 2002;30:9-23
3. Armitage GC.: Development of a classification system for periodontal diseases and conditiions Ann Periodontol 1999;4:1-6
4. Chen SY, Miller AS.: Pemphigus vulgaris: clinicopathologic review of 33 cases in the oral cavity. Int J Periodontics Restorative Dent 2001: 21: 85–90.
5. Cianciola LJ, Park BH, Bruck E, Moscovich L & Genco RJ.: Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus (juvenile diabetes) J Amer Dent Assoc 1982;104:653-660.
6. Daniels TE, Quadra-White C.: Direct immunofluorescence in oral mucosal disease: a diagnostic analysis of 130 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981: 51: 38–47.
7. Davenport S, Chen SY, Miller AS.: Pemphigus vulgaris: clinicopathologic review of 33 cases in the oral cavity. Int J Periodontics Restorative Dent 2001: 21: 85–90.
8. Eisen D, Ellis CN, Duell EA, Griffiths CEM, Voorhees JJ.: Effect of topical cyclosporine rinse on oral lichen planus. A double-blind analysis. N Engl J Med 1990: 323: 290–294.
9. Gagari E, Damoulis PD.: Desquamative gingivitis as a manifestation of chronic mucocutaneous disease. J Dtsch Dermatol Ges. 2011;9:184-188. Lo Russo L, Fierro G, Guiglia R, Compilato D, Testa NF, Lo Muzio L, Campisi G. Epidemiology of desquamative gingivitis: evaluation of 125 patients and review of the literature. Int J Dermatol. 2009;48:1049-52.
10. Gera I. (szerk): Parodontológiai II. kiadás 2008. Semmelweis Kiadó
11. Hashimoto T, Ogawa MM, Konohana A, Nishikawa T.: Detection of pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus antigens by immunoblot analysis using different antigen sources. J Invest Dermatol 1990: 94: 327–331.
12. Hietanen J, Reunala T.: IgA deposits in the oral mucosa of patients with dermatitis herpetiformis and linear IgA disease. Scand J Dent Res 1984: 92: 230–234.
13. Jordan RCK.: Diagnosis of periodontal manifestation of systhemic diseases Peridontol 2000, 2004; 34: 217-229.
14. Laskaris G.: Color Atlas of Oral Diseases. Stuttgard: G Tieme Verlag 1994
15. Laurberg G, Geiger J-M, Hjorth N, Holm P, Hou-Jensen K, Jaés mtsai.: J. Treatment of lichen planus with acitretin. A double-blind, placebo-controlled study in 65 patients. J Am Acad Dermatol 1991: 24: 434–437.
16. Lo Russo L, Fierro G, Guiglia R, Compilato D, Testa NF, Lo Muzio L, Campisi G.: Epidemiology of desquamative gingivitis: evaluation of 125 patients and review of the literature. Int J Dermatol. 2009;48:1049-52.
17. Lundgren D, Magnunssen B & Lindhe J.: Connective tissue alterations in gingiva of rats treated with oestrogens and progesteron Odontological Rev 1973;24:49-58.
18. Mignogna MD, Fortuna G, Leuci S, Ruoppo E, Marasca F, Matarasso S. Nikolsky's sign on the gingival mucosa: a clinical tool for oral health practitioners. J Periodontol. 2008; 79: 2241-2246.
19. Regezi JA, Deegan MJ, Hayward JR.: Lichen planus: immunologic and morphologic identification of the submucosal infiltrate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978: 46: 44–52.
20. Robinson JC, Lozada-Nur F, Frieden I.: Oral pemphigus vulgaris: a review of the literature and a report on the management of 12 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997: 84: 349–355.
21. Scully C, Paes De Almeida O, Porter SR, Gilkes JJH.: Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. Br J Dermatol 1999: 140: 84–89.
22. Sonkody I. (szerk.): Orális és maxillofacialis medicina Semmelweis Kiadó 2006.
23. Sugerman PB, Rollason PA, Savage NW, Seymour GJ.: Suppressor cell function in oral lichen planus. J Dent Res 1992: 71: 1916–1919.
24. Suresh L, Neiders ME.: Definitive and differential diagnosis of desquamative gingivitis through direct immunofluorescence studies. J Periodontol. 2012;83:1270-1278.
25. Tilakarante A, Soory M, Ranasinghe AW, Corea SMX et al: Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post partum in a rural population is Sri-Lankan women. J Clin Periodontol 2000(a);27:787-792
26. Vincent SD, Fotos PG, Baker KA, Williams TP.: Oral lichen planus: the clinical, historical, and therapeutic features of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990: 70: 165–171.
27. Williams DM.: Vesiculobullous mucocutaneous disease: pemphigus vulgaris. J Oral Pathol Med 1989: 18: 544–553.
28. Williams DM.: Vesiculo-bullous mucocutaneous disease: benign mucous membrane and bullous pemphigoid. J Oral Pathol Med 1990: 19: 16–23.



Távoktatás

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

Teljes fogatlanság protetikai rehabilitációja implantátumokon elhorgonyzott és megtámasztott overdenture típusú fogpótlással

Esetismertetés

Dr. Nagy Zsanett[*], *Dr. Kádár László*[*], *Dr. Gyulai-Gaál Szabolcs*[**]
[*]Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Fogpótlástani Klinika
[**]Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Oktatási Centrum, Dento-alveoláris Sebészeti Osztály

Bevezetés

Felnőtt korú, krónikus parodontitis miatt teljesen fogatlanná vált páciens implantációs protetikai rehabilitációját ismereti az alábbi cikk. Teljes fogatlanság esetén az implantátumok elhorgonyzásban és megtámasztásban való felhasználása nagymértékben megnöveli a fogpótlások retencióját és stabilitását.[1, 5] Krónikus parodontitis miatt elvesztett fogak esetén általában nagymértékű csontveszteséggel kell számolnunk. Ilyen esetekben sokszor csak állcsont-augmentáció után válik lehetségessé fix fogpótláshoz elegendő számú és elhelyezkedésű implantátum behelyezése. Ennek ugyanakkor határt szabhatnak a kedvezőtlen állcsontrelációs viszonyok és a beteg anyagi lehetőségei. Figyelembe kell továbbá vennünk, hogy a beteg sok esetben inkább a kevésbé invazív beavatkozás lehetőségét választja. Ilyenkor fix hídpótlás helyett a kevesebb implantátumra elkészíthető overdenture típusú fogpótlások lehetséges megoldást jelentenek. Abban az esetben, ha csak a mandibula interforaminális, illetve a maxilla anterior régiójában van megfelelő csontkínálat, akár négy implantátum behelyezésével, implantátumokon megtámasztott fogpótlást készíthetünk.[4] A merevítőrudas overdenture típusú fogpótlások – más elhorgonyzási típusokkal ellentétben – elsősorban implantátumon megtámasztott fogpótlások.[11] Négy implantátum esetén ezt úgy érhetjük el, ha a merevítőrudat distal felé meghosszabbítjuk. Az extenzió mértéke azonban a maxillán nem haladhatja meg a legdistalisabban és legmesialisabban behelyezett implantátumok távolságát, a mandibulán pedig ennek a távolságnak a másfélszeresét.[4]

A distalisan kiterjesztett merevítőrudak bizonyítottan megfelelő megtámasztást biztosítanak a moláris régióban.[2] Az irodalomban különböző vizsgálatokat olvashatunk az extenziós merevítőrudak periimplantális

csontszövetre[9, 10] és felépítményre[3, 6] gyakorolt hatásáról. Semper és munkatársai merevítőrúd elhorgonyzású overdenture típusú fogpótlások esetében különböző hosszúságú (0–12 mm) distalis szabadvégek hatását vizsgálták a marginális csontszövetre. Vizsgálatukban megállapították, hogy 12 mm-es distalis kiterjesztésig nincs hatással a szabadvég hossza a csontpusztulás mértékére.[8]

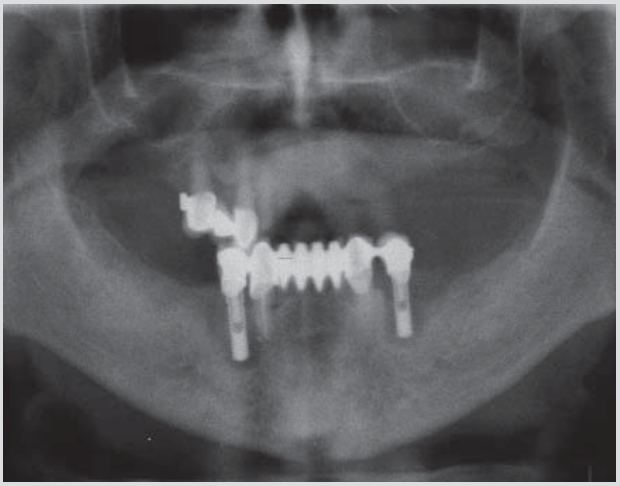
Felvételi státusz

62 éves férfi beteg alsó-felső fogpótlás készítése céljából érkezett a Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinikájára. A páciens általános anamnézisében fogászati ellátást befolyásoló tényező nem szerepelt, sztomatoonkológiai szűrése negatív volt. A beteg panaszai között a kellemetlen foetor és a fogak, fogpótlások mozgathatósága szerepelt. A kiindulási protetikai státusz a beteg első megjelenésekor a következő volt: felső állcsonton subtotalis foghiány, a jobb felső kvadránsban háromtagú fém-kerámia hídpótlás (leplezett horgonykoronák: 13, 15, leplezett hézagfog: 14); az alsó állcsonton vegyes megtámasztású (fog + implantátum), 8 tagú fém-kerámia hídpótlás (leplezett horgonykoronák: 33, 34, 43, 44; leplezett hézagfogak: 31, 32, 41, 42). Az alsó vegyes megtámasztású hídpótlás utolsó pillére a jobb és bal oldali premoláris régióban egy-egy implantátum volt. Klinikai és radiológiai vizsgálat során előrehaladott krónikus fogágypusztulást és az implantátumok körül krónikus periimplantitist diagnosztizáltunk *(1. ábra)*.

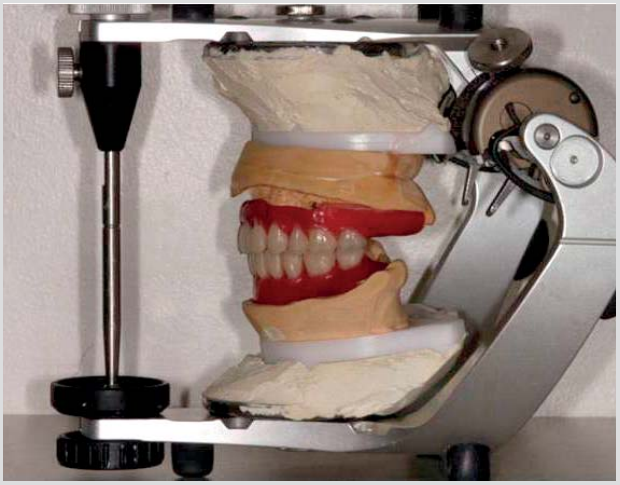
A kezelés menete

A nagyfokú csontpusztulás miatt a maradék fogak későbbi protetikai felhasználását reménytelennek ítéltük, így azokat, valamint a két implantátumot eltávolítottuk. A lehetséges kezelési alternatívákat a beteggel átbeszélve implantációs fogpótlás készítése mellett döntöttünk. Mivel a beteg a lehető legkisebb sebészi beavatkozást szerette volna és az állcsont-augmentáció lehetőségétől elzárkózott, fix fogpótlás készítése nem vált lehetségessé, így overdenture típusú fogpótlást terveztünk.

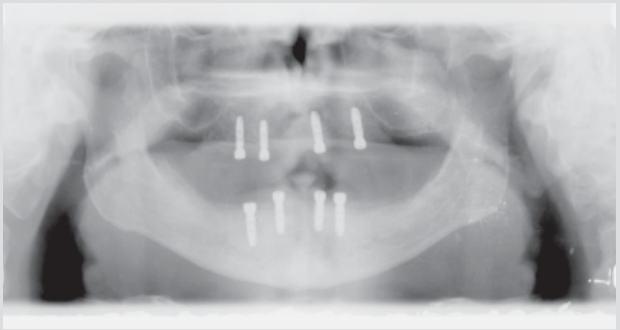
Overdenture típusú fogpótlások esetében a legmegfelelőbb mezostruktúra kiválasztásánál mindig egyéni szempontok, adottságok figyelembevételével kell döntenünk. Az állcsontok közötti vertikális és horizontális viszony pontos megítélésére diagnosztikus próbafogsort készítettünk *(2. ábra)*. A próbafogsor segítségével szájban ellenőriztük a centrális okklúziós helyzetet, a beartikulált mintákon pedig az állcsontok egymáshoz való viszonyát. Ez alapján úgy ítéltük meg, hogy megfelelő nagyságú vertikális térköz áll rendelkezésünkre ahhoz, hogy mind az alsó, mind pedig a felső állcsontra merevítőrúd rendszerű mezostruktúra segítségével implantátumokon elhorgonyzott és megtámasztott overdenture típusú fogpótlást készíthessünk.



1. ábra: Kiindulási orthopantomogram felvétel



2. ábra: Diagnosztikus próbafogsor a centrális okklúziós helyzetnek megfelelően KaVo Protar 5B részlegesen egyéni értékű artikulátorban



3. ábra: A behelyezett Astra Tech OsseoSpeed implantátumok és gyógyuló csavarok a három hónapos submucosalis gyógyulást követően

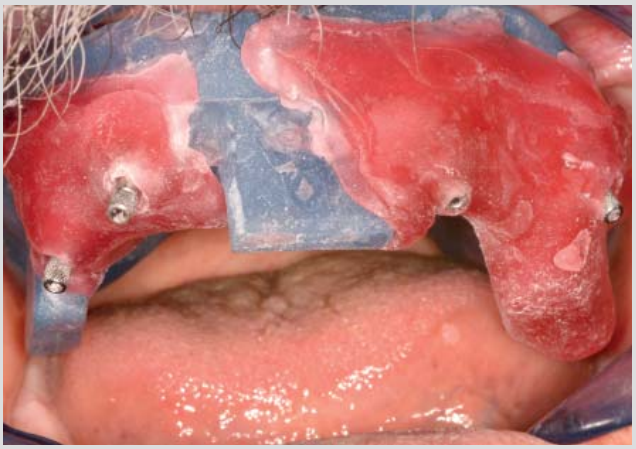
A fogeltávolításokat követő harmadik hónapban páciensünket a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Oktatási Centrum Dentoalveoláris Sebészeti osztályára utaltuk implantátumok behelyezése céljából. Az előzetes protetikai tervnek megfelelően az alsó és a felső állcsontba négy-négy Astra Tech OsseoSpeed implantátumot helyeztünk be. Az implantátumok három hónapos submucosalis gyógyulását követően két héten keresztül gyógyuló csavarokkal formáztuk a periimplantális lágyszövetet *(3. ábra)*.

A gingiva magasságnak megfelelő UniAbutment (20° tapered top cone) implantátumfejek rögzítését





4–5. ábra: UniAbutment implantátumfejek szájba helyezése



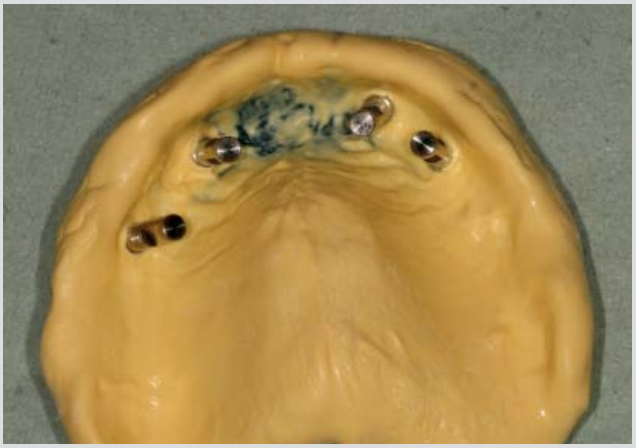


6–7. ábra: Az egyéni kanalakat fedő viaszlemez nyílásain megjelenő átmenőcsavarok jelzik, hogy a kanál az előre meghatározott pozícióba került





8–9. ábra: Nyitott kanalas technikával, monofázisos A-szilikonnal vett lenyomatok





10–11. ábra: A technikai analógok a lenyomati fejekhez rögzítve

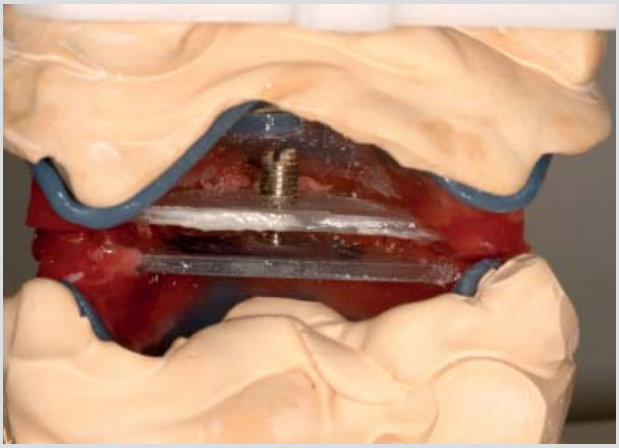
(15 Ncm) követően *(4-5. ábra)* az egyéni kanalakat az implantátumok tengelyállásának megfelelően adaptáltuk. A lenyomatkanál nyílásaira viaszlemezt melegítettünk, ügyelve arra, hogy az átmenő csavar occlusalis vége szabadon átbújjon rajta. A viaszlemezeken az átmenő csavaroknak megfelelő perforációk segítséget nyújtanak a lenyomatkanál pontos behelyezésében. Lenyomatvételkor a viaszlemez nyílásain megjelenő átmenőcsavarok jelzik, hogy a kanál az előre meghatározott pozícióba került *(6-7. ábra)*. A lenyomatot nyitott kanalas technikával, monofázisos A-szilikon lenyomatanyaggal (Elite HD, Zhermack) vettük *(8-9. ábra)*. A lenyomatkanalak szájból történő eltávolítása után a technikai analógokat a lenyomati fejekhez rögzítettük, eközben ellenőriztük a lenyomati fejek biztos rögzítettségét *(10-11. ábra)*.



12. ábra: A felső állcsont és a condylusok egymáshoz viszonyított helyzetének rögzítése KaVo Arcus arcívvel

A lenyomatok kiöntését követően a minták beartikulálása és a fogpótlás elkészítése során a gnatológia szabályait követtük. Első lépésként az állcsontok egymáshoz és az ízülethez viszonyított helyes pozícióját határoztuk meg. A felső állcsont és a condylusok egymáshoz viszonyított helyzetének meghatározására KaVo Arcus

A hétcsillagos fertőtlenítőszer
solumium
* Minden mikrobát elpusztít
* Az emberre nem veszélyes
* Célzottan hat
* Használata nem kellemetlen
* Sosem "avul el"
* Nyom nélkül távozik
* Nem csak a felszínt fertőtleníti
Forgalomba hozza:
sanitaria
1024 Budapest, Rómer Flóris u. 34. • Telefon: 336-0884, 336-0885
Fax: 336-0860 • e-mail: shop@sanitaria.hu • www.sanitaria.hu • sanishop.sanitaria.hu



13. ábra: A támasztócsavaros regisztráció a centrális okklúziós helyzetet rögzíti



14. ábra: A minták helyes beartikulálását követően elkészített merevítőrúd rendszerek





15–16. ábra: A merevítőrúd rendszer próbája és a feszülésmentes illeszkedés ellenőrzése Sheffield-teszt segítségével

arcívet használtunk, mellyel esetünkben a felső állcsont térbeli helyzetét a Frankfurti-horizontális síkhoz viszonyítottuk. A referenciasíkot az ízületi tengely két végpontjának megfelelően a külső hallójárat és a bal oldali infraorbitális pont adja meg *(12. ábra)*. Ezt a térbeli helyzetet KaVo Protar 5B részlegesen egyéni értékű artikulátorra vittük át. Az állcsontok vertikális és horizontális viszonyát a centrális okklúziós helyzetnek megfelelően támasztócsavaros regisztráció segítségével állítottuk be *(13. ábra)*.





17–18. ábra: Az elkészült fogpótlások



19. ábra: Az elkészült fogpótlás szájba helyezve

A minták helyes beartikulálását követően a fogtechnikai laboratóriumban elkészült az alsó-felső merevítőrúd mezostruktúra *(14. ábra)*. A merevítőrúd rendszer és az implantátumok feszülésmentes illeszkedését a szájban Sheffield-teszt[7] elvégzésével vizsgáltuk *(15-16. ábra)*. Ezt követően elkészült a mintára öntött fémlemez, melynek pontos illeszkedését, stabilitását mintán és a szájban egyaránt ellenőriztük.

A fogpótlások elkészítésének pontosságát növelhetjük, ha a fogfelállítás során figyelembe vesszük a szájban történő elmozdulások, rágópályák lefutását. Az általunk használt artikulátoron az egyéni mozgáspályáknak megfelelően a Condylus sagittalis és a Bennett-szög állítható be. Az egyéni szögértékeket propulzióban, valamint jobb és bal oldali lateropulzióban vett pozíciós harapásokkal határoztuk meg. Ennek alapján elkészült a próbafogsor, majd szájban ellenőriztük a fogak érintkezését centrális okklúziós helyzetben és excentrikus elmozdulások közben. A fogpótlást mind esztétikailag, mind funkcionálisan megfelelőnek ítéltük meg, így készrevitelét kértük. A mezostruktúrák végleges rögzítését követően (15 Ncm) a kész fogpótlást átadtuk *(17-19. ábra)*, majd a próbafogsornál említett szempontok szerint ismételten ellenőriztük. A fogpótlást minden tekintetben megfelelőnek ítéltük meg.

Az első kontrollvizsgálatra átadás után egy héttel került sor. A páciens új fogpótlásával mind esztétikailag, mind funkcionálisan elégedett volt. Az első visszarendelés alkalmával nyomatékkulccsal ellenőriztük a csavarok feszítettségét, az okklúziót, valamint az alaplemez és a nyálkahártya viszonyát. Hosszabb távú visszarendelések időpontjául a három és hat hónapos, majd egyéves ellenőrzéseket jelöltük meg.

Irodalom

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Brånemark PI, Jemt T.: Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Implants 1990; 5:347–359.
2. Brosky ME, Korioth TW, Hodges J.: The anterior cantilever in the implant-supported screw-retained mandibular prosthesis. J Prosthet Dent 2003;89:244–249. 12.
3. den Dunnen AC, Slagter AP, de Baat C, Kalk W.: Adjustments and complications of mandibular overdentures retained by four implants. A comparison between superstructures with and without cantilever extensions. Int J Prosthodont. 1998 Jul-Aug;11(4):307-11.
4. Divinyi T.: Orális Implantológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007; 146-148.
5. Duyck J, Van Oosterwyck H, Vander Sloten J, De Cooman M, Puers R, Naert I.: In vivo forces on oral implants supporting a mandibular overdenture: The influence of attachment system. Clin Oral Investig 1999;3:201–207.
6. Jacques LB, Moura MS, Suedam V, Souza EAC, Rubo JH.: Effect of cantilever length and framework alloy on the stress distribution of mandibular-cantilevered implant-supported prostheses. Clin. Oral Impl. Res. 20, 2009; 737–741.
7. Kan JY, Rungcharassaeng K, Bohsali K, Goodacre CJ, Lang BR.: Clinical methods for evaluating implant framework fit. J Prosthet Dent. 1999 Jan;81(1):7-13.
8. Semper W, Heberer S, Nelson K.: Retrospective analysis of bar-retained dentures with cantilever extension: marginal bone level changes around dental implants over time. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 Mar-Apr;25(2):385-93.
9. Watzak G, Zechner W, Busenlechner D, Arnhart C, Gruber R, Watzek G.: Radiological and clinical follow-up of machinedand anodized-surface implants after mean functional loading for 33 months. Clin Oral Implants Res 2006;17:651–657.
10. Zechner W, Trinkl N, Watzak G, et al.: Radiologic follow-up of peri-implant bone loss around machine-surfaced and roughsurfacedinter foraminal implants in the mandible functionally loaded for 3 to 7 years. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19:216–221.
11. Zitzmann NU, Marinello CP.: A review of clinical and technical considerations for fixed and removable implant prostheses in the edentulous mandible. Int J Prosthodont 2002;15:65–72.



IX. Magyar Fogorvosnapok

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



A jelentkezés menete:

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

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

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

Kreditpontérték elektronikus vizsgával összesen: 25 (napijegy váltására nincs lehetőség)
A kedvezményes regisztrációs díj a MOK Fogorvosi Tagozat tagjai részére 2013. március 18-ig: 15 000 Ft

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

Előadók:

- Szakmapolitikai Fórum
- Dr. Angyal János (DEOEC Fogorvostudományi Kar)
- Dr. Antal István (SE Gyógyszerésztudományi Kar)
- Dr. Barzó Tímea (Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, MOK Fogorvosi Tagozat jogtanácsosa)
- Dr. Czinkóczky Béla (dento-alveoláris sebész szakorvos, Budapest)
- Dr. Csiki Péter (fogszabályozó szakorvos, Budapest)
- Dr. Gerlóczy Pál (Magyar Esztétikai Fogászati Akadémia, Budapest)
- Dr. Hegedűs Csaba (DEOEC Fogorvostudományi Kar)
- Dr. Nagy Ákos (PTE Fogászati és Szájsebészeti Klinika)
- Dr. Németh Zsolt (SE FOK Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinika)
- Dr. Rigó Orsolya (fog-és szájbetegségek szakorvosa, Budapest)
- Dr. Szlávik János (Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet)
- Dr. Windisch Péter (SE FOK Parodontológiai Klinika)

(A szakmai program változhat.)

Amennyiben a jelentkezése bármilyen technikai akadályba ütközik, a (06-1) 353-21-88-as telefonszámon készséggel állunk rendelkezésére.
Őszintén reméljük, hogy elfogadják meghívásunkat, és minél több kollégát üdvözölhetünk a Fogorvosi Tagozat továbbképző rendezvényén.

Dr. Hermann Péter
MOK Fogorvosi Tagozat elnöke

Dr. Gerle János
MOK alelnöke

Ismét a béremelésről

Címzett: Prof. Dr. Hermann Péter
elnök
Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozata

Tisztelt Elnök Úr!

A fogorvosokat érintő béremelésével kapcsolatos ismételt megkeresését köszönettel vettem, az abban foglaltakkal kapcsolatosan az alábbiakról tájékoztatom:
A 2012. évi egészségügyi ágazati béremelés folytatásaként 2012 novemberétől az alapellátás finanszírozása (az alapdíj) 14%-kal emelkedett meg. A fogászati ellátás finanszírozása két elemből tevődik össze, a szolgáltató jogosult fix összegű díjazásra (alapdíjra), valamint az elvégzett teljesítmény után teljesítménydíjazásra. A fogászati ellátásban a fix összegű díjazás alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke korábban 34,4 Ft volt, amely a 14%-os emeléssel 39,2 Ft-ra emelkedett. A fogászati ügyelet fix összegű alapdíja is 14%-kal került megemelésre. Mindezek eredményeként az alapellátást nyújtó fogászati szolgálatok díjazása havonta átlagosan közel 30 ezer forinttal emelkedett. Alapdíjra a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező alapellátást nyújtó fogászati szolgálatok mellett a területi ellátási kötelezettség nélküli fogászati szolgálatok és szakrendelések is jogosultak. Ennek megfelelően minden fogászati ellátást nyújtó részesül a 14%-os alapdíj-emelésben.
A fentiek mellett az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók 2012. évi illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 138/2012. (VI. 29.) Korm. rendelet módosítása is folyamatban van jelenleg.
A módosítás keretében a módosítással bekerül a jogosulti körbe több, fogászati szakellátást végző intézmény, melynek bérfejlesztésre jogosult foglalkoztatottjai a 2012. decemberi bér (illetmény) kifizetésével egyidejűleg, 2013. január hónapban a 2012. évre visszamenőlegesen és egy összegben kapják meg a különbözetet.
Tájékoztatom, hogy az Alkotmánybíróság 60/1992. (XI. 17.) AB határozata értelmében a jogalkotásról szóló törvény garanciális szabályainak mellőzésével hozott minisztériumi és egyéb központi állami szervektől származó, jogi iránymutatást tartalmazó leiratok, körlevelek, útmutatók, iránymutatások, állásfoglalások és egyéb informális jogértelmezések kiadása és az ezekkel való irányítás gyakorlata alkotmányellenes, a jelen levelemben foglaltak ezért csupán tájékoztató jellegűek, ennek megfelelően azok bírósági vagy más hatósági eljárásban nem használhatók fel.
Kérem tájékoztatásom szíves megértését, elfogadását.

Budapest, 2012. december 10.

Üdvözlettel:

Dr. Szócska Miklós
Emberi Erőforrások Minisztériuma
Államtitkár



A fogfehérítés új uniós szabályozásáról 2. rész

A Magyar Fogorvos korábbi számában ismertettük a Council of European Dentists (CED) – minden fogorvosra vonatkozó – állásfoglalását. Magyarország – az uniós követelményeknek megfelelően – integrálta a 2011/84/EU Irányelvet a nemzeti jogi szabályozásba, és 2012 novembere óta a megváltozott tartalmú 40/2001-es Egészségügyi Minisztériumi Rendelet szabályozza a fogfehérítés hazai lehetőségeit.
Az alábbiakban ismertetjük azt a részletes iránymutatást, melyet a CED vezetősége bocsátott a tagállami fogorvosi képviseletek rendelkezésére a fent említett irányelv magyarázatául.

CED Iránymutatások

A fogfehérítő termékekről szóló 2011/84-es tanácsi irányelv értelmezéséről és végrehajtásáról

1. Bevezetés

E dokumentum útmutatást nyújt a 2011. szeptember 20-án született 2011/84/EU számú, 76/768/EGK kozmetikai termékekről szóló irányelv (továbbiakban Irányelv) módosításainak értelmezésében és végrehajtásában. Támogatja a CED tagokat és megfigyelőket abban, hogy kapcsolatot tartsanak fenn az Irányelvet a nemzeti jogba integráló minisztériumokkal, illetve a praktizáló szakemberekkel. Fontos annak biztosítása, hogy a CED tagok és megfigyelők meghallgattassanak az illetékes hatóságok által, az adaptációs eljárás elejétől kezdve.

E dokumentum azt a célt is szolgálja, hogy támogassa a CED tagokat és megfigyelőket saját országukban a fehérítő termékek szabályozásáról szóló információs munkájukban.

Az Európai Bizottság (Általános Egészségi és Fogyasztóügyi Igazgatósága) már ellenőrizte és kommentálta e dokumentumot.

Az irányelv 2011. november 18-án lépett hatályba, rendelkezéseit a tagállamoknak 2012. október 31-től kell alkalmazniuk.

2. Mi változott az irányelvben?

Az irányelv szabályozza a fogfehérítésre alkalmazott hidrogén-peroxid és mindazon anyagok használatát, amelyek bomlása során hidrogén-peroxid szabadul fel.

Mindeddig a 76/768/EGK szabályozás 3. mellékletének 12. szakasza értelmében a tagállami szabályozás szájhigiéniai termékként 0,1% hidrogén-peroxidot vagy legfeljebb ekkora koncentrációjú hidrogén-peroxidot felszabadító anyagot engedélyezett, kozmetikai termék minősítéssel a szájhigiéniai termékekben. Az e feletti koncentrációjú anyagok alkalmazása tilos volt. Sőt, az e koncentráció feletti termékek szabad kereskedelmi forgalmát is szabályozás tiltotta az EU tagállamaiban.

Jelen Irányelv új szabályozási keretet hoz létre:

- A 0,1 és 6% közötti hidrogén-peroxid tartalmú, illetve bomlás során azt felszabadító fogfehérítő anyagok önálló fogászati tevékenységre jogosult szakemberek számára értékesíthetőek.

- Azok első használata mindig rendelői körülmények között kell történjen általuk vagy az ő közvetlen felügyeletük mellett, ugyanolyan biztonsági körülmények jelenlétében, klinikai higiénikus által. A megmaradt anyag a páciens rendelkezésére bocsátható a szakember által ismertetett felhasználásra.
- A fent említett koncentrációjú anyagok 18 éves kor alatt nem használhatóak!

Az Irányelv célja, hogy – a Fogyasztói Biztonság Tudományos Tanácsának 2007. december 18-i szakvéleménye szerint – a korábbi, 1976-os irányelv szabályozását a technikai fejlődéshez igazítsa, a népegészség biztonságát szem előtt tartva.

3. Iránymutatások

a) Az „önálló fogorvosi tevékenységre jogosultak köré”-nek jelentése az irányelvben

A preambulum negyedik bekezdése kimondja, hogy a 0,1–6% töménységű hidrogén-peroxidot tartalmazó, illetve bomlása során azt felszabadító anyagok csak önálló fogorvosi tevékenységre jogosultaknak forgalmazhatók, és nevezett anyagok első applikációja is általuk, illetve közvetlen felügyeletük mellett fogászati higiénikusok által használhatóak.

A szakemberek körének részletes szabályozását nem jelen Irányelv, hanem egy korábbi (2005/36/EC) részletezi, jelen szabályozás csupán az abban leírtakra utal. A 2005-ös direktíva részleteiben kiterjed arra, hogy az önálló fogorvosi tevékenységre jogosult szakembereknek milyen képzési és szakmai követelményeknek kell megfelelni (Magyarországon ennek a kritériumnak csak a fogorvosok felelnek meg – szerz.).

Ennek megfelelően az Irányelv kimondja, hogy a korlátozott koncentrációjú termékek direkt elérése sem a páciensek, sem más foglalkozásúak részére nem megengedett.

Mindazonáltal az önálló fogorvosi tevékenységet végezni jogosult szakemberek közvetlen felügyelete mellett más fogászati szakember is végezhet fogfehérítési eljárást, amennyiben ugyanazok a biztonsági feltételek adottak. Vagyis az is magyarázatra szorul, hogy mik az azonos biztonsági feltételek. Nos, ez nem jelent mást, mint hogy a tagállamok nemzeti jogukban rögzítik az önálló fogorvosi tevékenység végzéséhez szükséges körülmények minimumfeltételeit (például, hogy a tevékenységet fogorvosi rendelőben kell végezni), és ezeket a feltételeket kell megtartani azokban az esetekben is, amikor a fogfehérítést felügyelet mellett más fogászati szakember végzi.

SZÍNES TÖMÉSEK A KIS PÁCIENSEK RÉSZÉRE

A Twinky Star Flow forgalomba hozásával a VOCO most egyedülállóként kínál folyékony és színes restaurációs anyagot csillogó fényeffektussal, kifejezetten tejfog-restaurációhoz. A kiváló minőségű kompomer új, folyékony változata rendelkezik a jól bevált tömöríthető Twinky Star összes tulajdonságával, de a folyékony változat különösen alkalmas olyan kavitások ellátására, amelyek nehezen hozzáférhetőek, vagy nagyon kicsik, amelyek különösen gyakoriak a kisgyermekeknél.

A Twinky Star Flow kiváló folyási tulajdonságainak köszönhetően az üreg alján és falain szétterül és bevonja, így garantálja a kiváló minőségű töméseket, még a klinikailag nehéz helyzetekben is. További előny az, hogy a kis kavitásokban a Twinky Star egyetlen rétegben alkalmazható, és azonnal polimerizálható. Amikor a fecskendőből applikáljuk, először nagyon folyós, de ha a nyomás megszűnik, az anyag stabilizálódik. Ez garantálja a tökéletes széli záródást, míg ezzel egyidejűleg megakadályozza, hogy az anyag kiáramoljon a kavitásból.

A fényre kötő, radiopak Twinky Star Flow más meggyőzően kitűnő fizikai tulajdonságokkal is rendelkezik, mint a magas töltőanyag-tartalom, az alacsony polimerizációs zsugorodás, valamint a kiváló adhézió és a széli záródás. A nagy nyomószilárdság, a kedvező hajlítószilárdság és az alacsony kopás biztosítják a tartós stabilitást. Különösen magas a biokompatibilitása, amely fluorid-leadó tulajdonságával kiegészülve aktívan hozzájárul a szekunder kárieszmegelőzéséhez. Stabilitása és színtartóssága azt jelenti, hogy a tömések tartósak, és egészen a fogváltásig biztonságosan a helyükön maradnak.



A Twinky Star Flow rózsaszín és kék színben áll rendelkezésre. Ezt a restaurációs anyagot kifejezetten gyermekek számára fejlesztették ki, a praktikus, el nem csepegő NDT® fecskendőben.

Gyártó: VOCO

Az irányelvnek továbbá célja az is, hogy növelje a páciensek biztonságát, valamint biztosítsa, hogy a páciensek csak megfelelő termékekhez jussanak hozzá és csak a megfelelő szakembertől. Ennek érdekében a harmadik bekezdés kimondja, hogy a termékeknek – a biztonságos használat érdekében – mely feltételeknek kell megfelelniük.

Kimondja, hogy klinikai (szakmai) vizsgálatnak kell igazolnia, hogy a termékek használatának nincs rizikója, és szájpathológiás elváltozásokat nem okoz az adott páciens esetében. Meg kell határozni továbbá a használat idejét és frekvenciáját is.

A klinikai vizsgálat tehát azt jelenti, hogy a szakemberek első ízben a rendelőben applikálják az anyagot, és monitorozzák annak hatásait. Meghatározzák a további használat idejét (hányszor és milyen hosszú ideig), és folyamatosan ellenőrzik a pácienseket.

b) A szabályozott anyagok

Az irányelv a hidrogén-peroxidot és mindazokat az anyagokat szabályozza, melyek bomlása során hidrogén-peroxid szabadul fel, ideértve a karbamid-peroxidot és a cink-peroxidot (a karbamid-peroxid aktív összetevője szintén hidrogén-peroxid, 6% H_2O_2 16,62%-os karbamid-peroxidból szabadul fel).

A nátrium-perborát és a bórsav szintén a hidrogén-peroxidra bomló anyagok közé soroltattak (Fogyasztói Biztonság Tudományos Tanácsa). Az Európai Bizottság jelen pillanatban is tárgyalásokat folytat a tagállamokkal e nevezett két anyag vonatkozásában. Lehetséges, hogy a jövőben ezek kikerülnek a kozmetikai termékek köréből.

c) Van-e különbség az in-office és az otthoni koncentrációk közt?

Az Irányelv a hidrogén-peroxidot és az azt bomlása során felszabadító anyagokat úgy szabályozza, hogy nem veszi tekintetbe annak felhasználási helyét.

- 0,1% alatti koncentráció: szájöblítő szerek, fogkrémek, fogfehérítő termékek. Biztonságosak, és továbbra is szabadon értékesíthetőek a piacon.
- 0,1–6% közötti koncentráció: fogfehérítő termékek, melyek csak önálló fogászati tevékenységre jogosult szakemberek számára értékesíthetők, első alkalommal mindig rendelőben kell applikálni. Ezután a fogorvos a maradék anyagot a páciens rendelkezésére bocsáthatja.
- 6% feletti koncentráció: szájhigiénés termékekben és fogfehérítő anyagokban továbbra is tilos. Az, hogy egyes tagállamokban e terméket mégis lehetett kapni 1976 és 2011. között, annak az az oka, hogy a nemzeti szabályozás a fogfehérítő termékeket az orvostechnikai eszközök közé sorolta, hivatkozva egy 1993-as EU irányelvre (93/42/EEC), és mint ilyen, azok viselték a CE jelzést. Az Európai Bizottság állásfoglalása szerint ez a megközelítés helytelen, a fogfehérítés és a fogfehérítő termékek kozmetikai termékek, és a jogi szabályozás ilyen formában vonatkozik rájuk (a CE jelzés nem jogszerű). Az Európai Bizottság szabálysértési eljárást kezdeményez azon tagállamok ellen, akik az Irányelv utasításait nem tartják be. A CED véleménye szerint az EB az Irányelv végrehajtásának tekintetében az eddigieknél szigorúbban jár el.

d) Címkézés

Az irányelv vonatkozó bekezdése szerint a terméken fel kell tüntetni a felhasználás feltételeit, amik a következők:

- Az adott koncentrációjú hidrogén-peroxid, vagy bomlása során azt felszabadító anyag pontos indikációja.
- Figyelmeztetés, hogy 18 éves kor alatt nem alkalmazható.
- Figyelmeztetés, hogy csak önálló fogorvosi tevékenységre jogosultak vásárolhatják, hogy minden felhasználási ciklus első alkalmával csak ők helyezhetik fel, és csak utána bocsátható a páciens rendelkezésére.

e) Mit tegyünk az illegális fogfehérítési praxisok ellen?

2011-ben a CED kérdőívben tudakolta meg a tagállamoktól, hogy létező probléma-e területükön a nem fogászati szakemberek által végzett fogfehérítés, és ha igen, akkor milyen lépéseket tesznek ellene. A kérdőív rátért a használatos anyagokra és az esetlegesen tapasztalt károsodásokra is, melyeket nem fogorvos által végzett fehérítés során tapasztaltak. 27 tagországból 11 jelezte, hogy problémák merültek fel az adott kérdésben, és két tagállam jelezte, hogy területén ugyan nincs ilyen jellegű gond, de feltehetően lesz majd.

Ezeknek az államoknak a következő javaslatokat tesszük:

- Vitassák meg az Irányelv szabályozási kereteit az illetékes nemzeti hatósággal, és jogilag szigorúbban szabályozzák a tevékenységre jogosultak körét.
- Deklarálják hivatalosan, hogy a fogfehérítés orvosi beavatkozás, melyet csak önálló fogorvosi tevékenységre jogosult végezhet.
- Kövessék nyomon az interneten azon társaságok működését, amelyek továbbra is fogfehérítő kurzusokat tartanak és tudatosan kampányolnak (szá-

3. számú melléklet a 40/2001. (XI. 23.) EüM rendelethez[114] 1. rész

Kozmetikai termékekben csak a megadott határértéken belül, az előírt feltételek betartása mellett felhasználható anyagok.

Referenciaszám	Hatóanyag neve	Korlátozások			Címkére írandó felhasználási feltételek és figyelmeztetések
		Alkalmazási terület	Maximális megengedett koncentráció a végtermékben	Egyéb korlátozások és követelmények	
12.	hidrogén-peroxid és egyéb olyan vegyületek vagy keverékek, melyekből hidrogén-peroxid szabadul fel, beleértve a karbamid-peroxidot és a cink-peroxidot.	e, Fogfehérítő termékek.	0,1% < és ≤ 6% H_2O_2, szabad vagy felszabadult.	Csak fogorvosok számára értékesíthető. Használata minden alkalmazási ciklusban első ízben fogorvos vagy fogszakorvos által, illetve fogorvos vagy fogszakorvos közvetlen felügyelete alatt és azonos biztonsági szint biztosítása mellett történhet. Ezután az alkalmazási ciklus hátralevő részére a fogyasztó rendelkezésére kell bocsátani. 18 éves kor alatt nem alkalmazható.	A szabad vagy felszabadult H_2O_2 százalékban kifejezett koncentrációja. 18 éves kor alatt nem alkalmazható. Csak fogorvos, fogszakorvos számára értékesíthető. Használata minden alkalmazási ciklusban első ízben fogorvos, fogszakorvos által, illetve annak közvetlen felügyelete alatt és azonos biztonsági szint biztosítása mellett történhet. Ezután az alkalmazási ciklus hátralevő részére a fogyasztó rendelkezésére kell bocsátani.

mos tagországban az illegális aktivitás oktatása már önmagában is illegális).

- Kövessék nyomon az internet segítségével a franchise rendszereket kínáló fogfehérítő cégek termékeit, kampányait és illegális aktivitását, illetve a nem szakemberek által végzett beavatkozásait.
- Kövessék nyomon a kereskedőket, akik fogfehérítő termékeket kínálnak vagy támogatnak.
- Ösztönözzék a kormányt, hogy kössön megállapodást a kereskedőkkel a szabályozás betartására, és arra, hogy nem értékesítenek fogfehérítő rendszereket például kozmetikusok vagy fodrászok számára.

Az Európai Unió rendelkezéseinek eleget téve a szabályozás bekerült a magyar jogrendszerbe. A fogfehérítéssel kapcsolatos rendelkezéseket az illetékes minisztérium rendeletben szabályozza, így a már élő 40/2001. (XI.23) EüM rendelet szövegét módosította.
A jogszabály, mely 2012. november 17-től hatályos, a fogfehérítésre vonatkozóan az alábbiakat tartalmazza:

1. § (2) E rendelet alkalmazásában kozmetikai termék minden olyan anyag vagy keverék, amely az emberi testtel (bőr, szőrzet, köröm, ajak, külső nemi szervek) külsőleg vagy a fogakkal és a szájüreg nyálkahártyájával érintkezésbe kerül elsődlegesen azzal a céllal, hogy azokat tisztítsa, illatosítsa, védje, ápolja, megjelenését megváltoztassa, illetve kiküszöbölje a kellemetlen testszagot.

Közreadták:

Prof. Dr. Hermann Péter
MOK Fogorvosi Tagozatának elnöke
Magyarország képviselője a CED-ben

Prof. Dr. Gera István
MFE elnök
Magyarország képviselője a CED-ben

Dr. Linninger Mercedes
egyetemi tanársegéd
SE Fogpótlástani Klinika

A praxisjog megújulása 2. rész

A praxisjog megszerzése elidegenítéssel

Barzó Tímea



Barzó Tímea

Ahhoz, hogy egy orvos az alapellátásban területi ellátási kötelezettségen alapuló orvosi tevékenységet tudjon végezni, az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (Öotv.) értelmében praxisjoggal kell rendelkeznie. A praxisjog megszerzésének az alábbi eseteit különböztethetjük meg:

a) a praxisjog *alanyi jogon* történő megszerzése,
b) az *újonnan létesített fogorvosi körzetre* – betöltés jogcímen – kiadott praxisjog, valamint
c) a betöltetlen, illetve *tartósan betöltetlen fogorvosi körzetek* esetén – szintén betöltés jogcímen – bekövetkező jogszerzés,
d) a praxisjog *átruházással* történő megszerzése (adásvétel, csere, ajándékozás) és
e) a praxisjog *folytatása*.

Praxisjogot megszerezni csakis azokon a módokon lehet, amelyeket az Öotv. és végrehajtási rendelete kifejezetten elismer és szabályoz. Más, újfajta szerzésmódot a felek akarata nem hozhat létre, vagyis a jogi szabályozás a szerzésmódok tekintetében *taxatív* és *kógens*. Ezzel szemben a jogcím megválasztásában a felek szabadok, az alapügylet tekintetében a szerződési szabadság és a diszpozitivitás elve érvényesül.
A korábbi számban a praxisjog alanyi jogon és betöltéssel történő megszerzésével ismerkedhetett meg az olvasó. Jelen cikk a praxisjog elidegenítésére vonatkozó legfontosabb tudnivalók összefoglalására tesz kísérletet.

1. A praxisjog megszerzése elidegenítéssel

Az orvosi, fogorvosi magánrendelők eladására, átadására a korábbi években is volt példa. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által finanszírozott és a települési önkormányzat tulajdonában lévő rendelőben dolgozó közalkalmazott, illetve (egyéni vagy társas) vállalkozó orvos azonban állásváltoztatáskor, nyugdíjazáskor nem kapott semmilyen anyagi ellenszolgáltatást. Ma már az OEP által finanszírozott, területi ellátási kötelezettséggel dolgozó orvosok praxisjogát is piacképes áruként lehet kezelni. Míg a magánrendelők esetében eszközt, anyagot, ingatlant vásárol a vevő, addig a funkcionálisan privatizált rendelők körében van olyan, hogy sem ingatlant, sem számottevő eszközt nem tud eladni az orvos, hiszen ezek esetleg nincsenek az ő, illetve az általa működtetett egészségügyi szolgáltató tulajdonában. Ilyenkor pusztán a praxisjogát bocsátja áruba az orvos.
Egy praxis értékesítésénél mindenképpen különbséget kell tenni a *rendelő*, mint ingatlan, illetve a benne megtalálható ingóságok (berendezések, orvosi eszközök stb.) értékesítése és az orvost megillető *praxisjog elidegenítése* között. Ez azért is feltétlenül szükséges, mert ingatlan és ingó átruházása esetén egészen más szempontok (birtokbaadás, ingatlan-nyilvántartásba való bejegyzés stb.) kerülnek előtérbe, illetve más lesz a szerződő jogalanyok köre is, mint a praxisjog esetén (a birtokbaadás sajátos megítélése, a megszerzés feltételei, hatósági jóváhagyás stb.).
Vélelmezve a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) tulajdonjogi rendelkezéseinek alkalmazhatóságát a vagyoni értékkel bíró jogok területén is, a praxisjog más személyre történő átruházásához is négy konjunktív feltételre van szükség:

- a praxisjog átadására, *birtokba adására,*
- az átruházásra irányuló *szerződésre* vagy *más jogcímre*,
- arra, hogy az átadás a „tulajdon” *átruházás szándékával* történjen és
- a praxisjog *korábbi jogosultjától* származzék.

A praxisjog megszerzésének további feltétele volt 2007. április hó 1. napjáig a Magyar Orvosi Kamara illetékes szervezetének, jelenleg pedig az ÁNTSZ-en belül az illetékes megyei kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szerv járási intézetének a hatósági *jóváhagyása*.

1.1. A praxisjog, mint vagyoni értékű jog birtokbaadása

Ha a birtoklás, birtokbaadás kérdését a praxisjog szempontjából vizsgáljuk, akkor legelőször különbséget kell tenni a jog birtoklása és a jog gyakorlásához szükséges ingatlan (rendelő) és ingóságok (berendezési és felszerelési tárgyak) birtoklása között.

A praxisjog átruházása tárgyában született szerződés megkötését követően akkor lép birtokba a vevő, amikor *az adott jog tartalmát kitevő jogosítványok gyakorlását saját jogon megkezdheti*.

A praxisátruházásban érdekelt felek és jogi képviselőik egyszerre több, egymással ellentétesnek látszó *követelményt* és rendelkezést kell, hogy szem előtt tartsanak a jogszerű eljárás érdekében.

a) Az egyik legfontosabb alapelv, hogy a praxisjogvásárlás nem befolyásolhatja hátrányosan a lakosság egészségügyi alapellátását, az adott fogorvosi körzetben *folyamatosan* kell rendelést biztosítani.

b) A praxisjog átruházását követően – praxisjog hiányában – az eladó fogorvos elvileg saját jogon *már* nem végezhetne önálló fogorvosi tevékenységet, hiszen a Vhr. 3.§ (1) bekezdése értelmében főszabály szerint önálló fogorvosi tevékenységet végezni csak praxisengedély birtokában lehet.

c) A vevő fogorvos pedig *még* nem kezdhet el a praxisjog jogosultjaként dolgozni mindaddig, amíg a jogszabályban előírt engedélyeket meg nem szerezte, illetve szerződéseket meg nem kötötte.

- *Közalkalmazotti jogviszonyban* dolgozó fogorvos esetén ez az idő rövidebb, mivel kizárólag praxisengedélyt kell beszerezni a praxisjoggal érintett egészségügyi szolgáltató működési engedélyének kiadására jogosult, járási népegészségügyi intézettől, majd ezt követően a kinevezési okiratban foglaltak alapján már gyakorolhatja is a vevő a praxisjogból eredő jogait és teljesítheti kötelezettségeit.
- Abban az esetben azonban, ha a fogorvos *egyéni* vagy *társas vállalkozás* formájában kívánja működtetni praxisát, akkor a praxisjog megszerzését és engedélyezését követően először a területi ellátásra szerződést kell kötnie a fogorvosi körzet szerint illetékes települési önkormányzattal, be kell szereznie az ÁNTSZ illetékes járási népegészségügyi intézetétől a szükséges szakhatósági engedélyt, és külön megállapodásban kell rögzítenie az OEP illetékes megyei kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervével a direkt finanszírozás feltételeit. Jogszerűen csak ettől az időponttól kezdheti meg a vállalkozó fogorvos saját jogon a praxisjog tartalmát kitevő jogok végleges gyakorlását, illetve kötelezettségei teljesítését. Ez azonban nem zárja ki azt, hogy már a szerződés megkötésétől, vagy az abban megjelölt időponttól kezdve a vevő orvos helyettesként végezzen önálló fogorvosi tevékenységet az adott körzetben.

Mindezek alapján a praxisjog, mint vagyoni értékű jog átadásának is különböző *variációi* lehetnek:

- A praxisjog „birtokbaadása” végbemehet oly módon is, mely kétségtelenné teszi, hogy a praxisjog az átruházó uralmából a jog megszerzőjének uralmába került. Ilyen az az eset, ha a praxisjog alapján végezhető önálló fogorvosi tevékenységet a vevő, mint helyettesítő fogorvos már az átruházást megelőző időponttól végzi (például mert az átruházó fogorvos betegsége miatt kénytelen eladni praxisjogát). Ebben az esetben az átadáshoz elég annak kijelentése, hogy a praxisjogot a vevő megszerezte, azaz a „tulajdonába” került.
- Az előbbi eset ellentéte, ha a korábbi praxisjog jogosult látja el a szerződéskötést követően is helyettesítő fogorvosként az alapellátásból eredő feladatokat (mert például a jogot szerző fogorvos még pár hónapig keresőképtelen beteg gyermeke ápolása miatt), s a felek megállapodnak abban, hogy ezt a tevékenységet egy meghatározott időponttól kezdve már nem saját jogon, hanem külön megbízás alapján végzi.
- Jellemző eset az is, amikor – tekintettel a folyamatos betegellátás biztosítására, mint alapelvi szintű követelményre – a korábbi praxisjogosult egy megjelölt időpontban felhagy az önálló fogorvosi tevékenység végzésével, és ezzel lehetővé teszi a másik számára a joggyakorlást. Ez a birtokbaadási módozat csak akkor alkalmazható, ha a jogot szerző fogorvos rögtön megkezdheti a munkát.
- A *birtokátutalás* esetén a szerződés tárgyát képező fogorvosi körzetben szintén helyettes fogorvos dolgozik például a praxisjog korábbi jogosultjának hosszan tartó betegsége miatt, de nem a helyettesítő fogorvos szerezte meg a jogot, hanem egy harmadik orvos. Ilyenkor a praxisjogát átruházó korábbi jogosult tájékoztatja a helyettesítő fogorvost, hogy a szerződésben meghatározott időponttól kezdve már nem ő,

hanem a praxisjog megszerzője lesz jogosult és köteles a praxisjog tartalmát kitevő jogok gyakorlására és kötelezettsége teljesítésére. Ilyenkor értelemszerűen a helyettesítésre korábban kötött megbízási szerződést meg kell szüntetni és a vevőnek a helyettesítést ellátó orvossal új megbízási szerződést kell kötnie.

1.2. Az átruházás egyéb feltételei

a) *Érvényes jogcím.* A jogcím rendszerint az átruházásra irányuló *szerződés* (adásvételi, csere-, ajándékozási, tartási, életjáradéki vagy kölcsönszerződés), de lehet *egyéb jogcím* is. (Például a jogalap nélküli gazdagodás esetén a vagyoni előny visszatérítése, vagy a szerződésen kívül okozott kár megtérítése.) Ez utóbbi jogcímek gyakorlati előfordulása a praxisjog átruházása körében igen csekély.

b) *A „tulajdon"-átruházás szándéka.* A praxisjog átadása csak akkor eredményezheti a jog átszállását a szerzőre, ha az a praxisjog átruházásának szándékával megy végbe. A szándék lehet *feltétlen*, amikor az átruházó szándéka szerint a tulajdon az átadás valamelyik módja által nyomban és minden más körülménytől függetlenül száll át a szerzőre. Lehetséges azonban az is, hogy a tulajdon-átruházás szándéka *nem feltétlen*. Ilyenkor az átruházó nem kívánja, hogy a tulajdon átszállása nyomban az átadáskor megtörténjen, hanem csak egy előre meghatározott időpontban vagy feltétel bekövetkezésével *(tulajdonjog-fenntartás)*.

A gyakorlatban többször is előfordul, hogy a praxisjog vételárát egy összegben kifizetni nem tudó vevővel szemben az eladó „tulajdonjogát" a vételár teljes kifizetéséig fenn kívánja tartani magának. Ez – az egyébként teljesen indokolt – szándék azonban igen nehéz helyzetbe hozhatja a vevőt a következők miatt. Mint ahogyan azt korábban is láttuk, a praxisjog megszerzése és az ehhez szükséges praxisengedély az első lépcső egy adott, vállalkozási formában működő fogorvosi szolgálat beindításához. Amennyiben „nem száll át a tulajdonjog", a vevő nem kezdheti el az ügyintézést (praxisjoga megszerzésének engedélyeztetését, önkormányzati szerződés megkötését, finanszírozási szerződés megkötését stb.) mindaddig, amíg a teljes vételárat meg nem fizeti.

c) *A praxisjog korábbi jogosultjától származzék.* Átruházással csak olyan orvostól lehet praxisjogot szerezni, aki maga is kétséget kizáróan rendelkezik azzal. Minden származékos jogszerzés, így az átruházás alapvető elve is az, hogy senki sem ruházhat át másra több jogot, mint amennyivel maga rendelkezik. Az eladó ezt a tényt az orvosi kamara által kiadott hatósági bizonyítvánnyal, illetve praxisengedéllyel tudja igazolni.

d) A praxisjog megszerzésének további feltétele a szerződés *hatósági jóváhagyása* [Ptk. 215.§]. Mindaddig, amíg az engedélyező szerv (2007. március 31. napjáig a Magyar Orvosi Kamara illetékes megyei szervezete, jelenleg pedig a praxisjoggal érintett egészségügyi szolgáltató működési engedélyének kiadására jogosult, járási népegészségügyi intézet) a praxisengedélyt ki nem adja, addig a felek joghatályos szerződési nyilatkozatukhoz kötve vannak, tehát azt egyoldalúan nem vonhatják vissza, de nem is módosíthatják. Ennél fogva *függő jogi helyzet* áll fenn, amely a hatósági engedély megadása esetén a szerződés létrejöttével, ennek megtagadása esetén pedig a szerződéskötés meghiúsulásával szűnik meg. Ha a szerződés létrejön, akkor hatálya azzal az időponttal kezdődik, amikor a felek egyező akaratukat kinyilvánították, vagyis a szerződést megkötötték.

Az átmeneti idő hosszú lehet, ami sértheti valamelyik fél – de különösen a betegek – érdekét. A törvény ezért feljogosítja a feleket, hogy szerződő partnerüknek a praxisengedély megszerzésére *megfelelő határidőt* szabjanak. *Megfelelő* az a határidő, amely alatt az általános tapasztalat szerint a hatósági engedély megszerezhető. A hatósági engedély megszerzése azonban nem kizárólag az ennek megszerzésére köteles félen múlik, ezért tőle csupán azt lehet elvárni, hogy a kérelmet a lehető legrövidebb időn belül nyújtsa be, és tegyen meg mindent annak megszerzése érdekében. Ha a szerződésben meghatározott, vagy a későbbi felhívásban megadott idő eredménytelenül telik el, a másik fél szabadulhat a szerződési kötelezettség alól, és így a szerződés meghiúsul. Erre azonban eredményesen nem hivatkozhat a hatósági engedély megszerzésére köteles fél.

Előfordulhat az is, hogy a felek már teljesítették a szerződésben vállalt kötelezettségeiket, azonban a szerződés ezt követően a praxisengedély vagy működési engedély hiányában mégis meghiúsul (például a kérelmező orvos időközben egészségileg alkalmatlanná vált). Miután nem jött létre a felek között szerződés, így érvénytelenségről nem lehet szó. A Ptk. úgy oldja meg ezt a helyzetet, hogy ilyenkor az érvénytelenség jogkövetkezményeit kell alkalmazni, és így – amennyiben erre van lehetőség – a teljesítés előtt fennállott helyzetet kell visszaállítani. Az engedély visszavonása azonban a szerződés hatályát már nem érinti.

1.3. A praxisjog átruházásánál felmerülő további szempontok

A szerződő feleket a Ptk. 205.§-ának (3) bekezdésében megfogalmazott *együttműködési kötelezettség* terheli,

OVER
OUTDOOR | KALAND | TÚRA | SPORT
ÉLETMÓD MAGAZIN

JÓ SZÍVVEL AJÁNLJUK A YOTER PUBLISHING ÚJ LAPJÁT, AZ OVER MAGAZINT!

20% kedvezmény most a Magyar Fogorvos olvasóinak!













Ismerje meg az Over Magazint! 2012. decemberi lapszámunk itt olvasható: http://3ddigitalispublikacio.hu/media/over/1212569/over.html

Előfizetési akció! Az Over Magazint 2013. március 31-ig megrendelők között az alábbi ajándékokat sorsoljuk ki!

Minden előfizetőnk kedvezményesen vehet részt útjainkon, és jelentős engedménnyel vásárolhat például túrabakancsot vagy sportszemüveget.
Részletek a honlapon: www.overmagazin.com

melynek keretében a praxisjogát átruházó fél is köteles a szükséges adatok, okiratok átadásával és egyéb lehetséges módon a szükséges szerződések megkötését, és engedélyek megszerzését előmozdítani, annak idejét megrövidíteni. Az a fél, aki ezt a kötelezettségét megszegi, a Ptk. 4.§ (4) bekezdése értelmében – a függő jogi helyzet elhúzódása vagy a késedelmes teljesítés miatt – jogot nem érvényesíthet. Fentiekre tekintettel célszerűnek látszik, hogy a vevő a szerződésben kösse ki, hogy az eladó közreműködik a praxisjog átruházása létrejöttében oly módon, hogy a vevőt az önkormányzat hatáskörrel rendelkező szervezeténél bemutatja, és minden információt megad a számára abból a célból, hogy a vevő személyét az önkormányzat elfogadja, és mielőbb megkösse a vevő által működtetett egészségügyi szolgáltatóval a feladat-ellátásra irányuló előszerződést.

A praxisjog átruházásánál felmerülő további lényeges kérdés, hogy a felek rendezzék az ügyintézés eltolódása miatti átmeneti időre kifizetett *finanszírozási összeg* sorsát. Az OEP illetékes megyei kormányhivatal egészségbiztosítási szakigazgatási szerve (Pénztár) a finanszírozási szerződést csak egy hónappal későbbi hatállyal köti meg. A fogorvosi praxisok esetében jellemzően a direkt finanszírozási szerződés hatályba lépésével már a szerződő egészségügyi szolgáltató kapja a teljes finanszírozást. A gyakorlatban az eladó vállalkozása az általa teljesített, összesített és lejelentett teljesítmény (pontok) ellenértékére azonban igényt tart.

Ezért szerződésben érdemes rendelkezni a direkt finanszírozási szerződés hatályosulását megelőzően az eladó, illetve vállalkozása által elvégzett és lejelentett, de a Vevő, illetve annak vállalkozása számlájára utalt finanszírozási összeg sorsáról. Mivel jelentős összegről van szó, ez a körülmény a felek között rendszeresen komoly vitát indukál, s érdemes az erre vonatkozó megállapodást szerződésben rögzíteni. Azért sem mellékes ennek a kérdésnek a rendezése, mert az adott hónap első napjától a fogorvosi szolgálat új működtetőjét terhelik a felmerülő rezsiköltségek, illetve bérjellegű kiadások.

A praxisjog átruházásához kapcsolódó járulékos kérdés még a fogorvosi szolgálatot korábban működtetővel *munkaviszonyban álló alkalmazottak jogviszonyának rendezése*.

Ez azért is fontos, mert *a gazdasági egység (anyagi vagy nem anyagi erőforrások szervezett csoportja) jogügyleten alapuló átvételének időpontjában fennálló munkaviszonyból származó jogok és kötelezettségek az átadóról az átvevő munkáltatóra szállnak át* [Mt. 36.§ (1) bekezdés]. A praxisjogot megvásárló új fogorvosnak – a gyakorlat is ezt igazolja – a legtöbbször érdekében áll a korábbi alkalmazottak (fogászati szakasszisztens, takarítónő) foglalkoztatása, hiszen a praxis átvételénél a kezdeti hónapokban igen nagy segítséget jelent a tapasztalatuk és helyismeretük. Nem mindegy azonban, hogy fenti személyek továbbfoglalkoztatására a fenti munkajogi szabályok szerint kerül-e sor vagy sem. Jogügyleten alapuló átvétel esetén ugyanis a munkaviszonyból származó jogok és kötelezettségek az „átadó" munkáltatóról az „átvevő" munkáltatóra szállnak át, ami a munkaviszony megszüntetésekor bír különös jelentőséggel, mivel a *felmondási idő* és a *végkielégítés* összegének megállapításánál a munkaviszonyban töltött időket *együtteseen* kell számításba venni. Igen méltánytalan helyzetet eredményezhet, ha a korábbi praxisjog jogosult (vagy az ő vállalkozása) által akár húsz évig folyamatosan alkalmazott dolgozót továbbfoglalkoztató új egészségügyi szolgáltató, a nála eltöltött esetleg egyéves munkaviszony megszüntetésekor huszonegy év munkaviszony alapján kellene, hogy elszámoljon a munkavállalóval. Indokolt tehát, hogy a praxisjog korábbi és új jogosultja az általuk működtetett (egyéni vagy társas) vállalkozás nevében eljárva külön is megállapodjanak dolgozók átvételének kérdéséről, illetve annak elkerüléséről és az ehhez szükséges intézkedések megtételéről.

A praxisjog átruházását követően a korábbi jogosult megteheti, hogy az eladott praxisjoghoz tartozó fogorvosi körzet melletti körzetben szerez újra praxisjogot, vagy területi ellátási kötelezettség nélkül alapít újra valamilyen formában fogorvosi szolgálatot. Ez a tevékenysége azonban súlyosan sértheti az új jogosult érdekeit, hiszen nagy valószínűséggel a betegek, szabad orvosválasztási jogukkal élve régi, megszokott fogorvosukhoz járnak majd vissza.

Ennek elkerülése érdekében érdemes beépíteni a szerződésbe egy *„konkurencia-záradékot"*, melynek értelmében az eladó kötelezettséget vállal arra, hogy az átruházást követő meghatározott időn belül (1-2 év) az átruházott praxisjog körzetén belül, vagy azzal határos körzet területén sem területi ellátási kötelezettséggel, sem pedig területi ellátási kötelezettség nélkül nem létesít, illetve működtet egészségügyi alapellátás nyújtása céljából praxist, s nem köt erre vonatkozó direkt finanszírozási szerződést.

(A következő számban a szerző a praxisjog elidegenítésével összefüggésben a praxisjog értékét meghatározó tényezőket boncolgatja, valamint a praxis átadásával az egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyes adatok védelme tárgyában felmerülő problémákat és megoldásokat ismerteti.)

Egyedi szakmai felelősségbiztosítás a fogorvosok számára

A MOK Komplex Kft. az MKB Biztosítóval együttműködve a Fogorvosi Tagozat elvárásainak megfelelően kidolgozott egy egyedi szakmai felelősségbiztosítást, mely kizárólag a Magyar Orvosi Kamara 100%-os tulajdonában álló Tanácsadó cégen keresztül érhető el. Ezúton szeretném tájékoztatni Tagjainkat, hogy az Art Brókerrel kötött együttműködésünket 2012 februárjában felmondtuk.

Dr. Hermann Péter

Fontos szempontnak tekintettük, hogy széles lehetőségét kínáljuk az igényelhető kártérítési összegeknek, figyelembe véve, hogy az elmúlt években nőttek az egyességi vagy bírósági eljárás után ténylegesen kifizetésre került kártérítések. Ebből a tapasztalatból kiindulva káreseményenként 5 millió alatt nem kínálunk fedezetet, hogy elkerüljük az alulbiztosítottságot, és megóvjuk az ügyfeleinket egy nehezen kezelhető kiadástól.

A piacon egyedülálló módon az MKB Biztosító rugalmas együttműködésének köszönhetően, a káronkénti és az éves limitet az ügyfél tetszőlegesen választhatja meg 5 és 50 millió között. Ezzel lehetőséget teremtünk arra, hogy a piacon olyannyira elterjedt sztenderd megoldásokkal ellentétben minden ajánlat egyedi legyen, alkalmazkodva az orvos lehetőségeihez és elvárásaihoz.

Eltérően más konstrukcióktól, a szakmai felelősségbiztosítást az általános és szolgáltatói felelősségbiztosítással együtt kötjük, ezzel megoldást nyújtva a tevékenysége kapcsán jellemzően felmerülő kockázatok kezelésére.

Amennyiben a vállalkozás rendelkezik alkalmazott orvossal, asszisztenciával és dentálhigénikussal, javasolt a kiegészítésként elérhető munkáltatói felelősségbiztosítási védelemmel is élni. Így egy konstrukcióba 4 felelősségbiztosítás is szerepet kaphat, amely az orvos-vállalkozások számára elérhető legmagasabb biztosítási védelmet nyújtja.

A biztosítás az ajánlat kérésének befogadásával lép életbe, de külön díj megfizetése nélkül egy év visszamenőleges fedezetet tartalmaz, ezzel kezelve azt a kárt, ahol a károkozó magatartás már megtörtént, a károsult azonban még nem élt kárigénnyel, tehát a kár még nem következett be. Ezzel megteremtődik a biztosítóváltás lehetősége.

A MOK Doktor szakmai felelősségbiztosítás jellemzői:

- széles palettájú káronkénti és éves limit: 5 és 50 millió között
- több kockázatviselési hely is megadható, nem ármódosító tényező
- létszámkedvezmény már 2 orvostól
- nincs kötelező önrész
- teljes körű felelősségbiztosítási tartalommal rendelkezik:
- orvos-szakmai felelősségbiztosítás
- általános felelősségbiztosítás
- munkáltatói felelősségbiztosítás
- egyedi Bonus-Malus: az első 3 év kármentesség után 20% kedvezmény
- további kedvezményt vehet igénybe az ügyfél:
- 3 éves felmondási jogról való lemondás
- éves díjfizetés esetén
- a szakszemélyzet és a dentálhigénikus is biztosítható
- külön díj megfizetése nélkül a szerződés alap esetben is tartalmaz 1 év retroaktív időszakot.

Pölöskei Katalin

MOK Komplex Kft. szolgáltatásai

MOK KOMPLEX
Pénzügyi Tanácsadó Kft.

Vállalkozó orvosoknak:

- szakmai felelősségbiztosítás
- rendelőbiztosítás
- költségelszámolás – hasznos költség teremtése a vállalkozásokba

Megfelelő biztosítási védelem

- teljes körű privát és vállalkozói vagyonbiztosítás
- széles körű kockázati-baleset és egészségbiztosítás
- utasbiztosítás

Megtakarítások, befektetések:

- privát nyugdíjprogram
- céges nyugdíjprogram
- egyéb megtakarítások, befektetések

Elérhetőség: mokkomplex@mok.hu vagy a 06-1/301-0804



Távoktatás

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

Fay Goldstep

Proaktív beavatkozások a fogászatban: A szájápolás korszerű modellje egy életre szólóan

Fordította: Dr. Zsigmond Ágnes

Magyar Fogorvos, XXI. évf. 2012/4. 161–167. oldal

Edward Gottesman

A parodontológia, a helyreállító fogászat és a fogpótlástan szakembereinek együttműködése: az interdiszciplináris siker alapja a részleges foghiányok kezelésében

Fordította: Dr. Zsigmond Ágnes

Magyar Fogorvos, XXI. évf. 2012/5. 215–226. oldal

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

Arcüreg felé áttörő, follikuláris cisztával körülvett bölcsességfogak

Fogorvosi Szemle, 105. évf. 2012/4. 141–146. oldal

Dr. Remport Boglárka

A maxilla transzverzális szűkületének kezelése hyrax készülékkel

Fogorvosi Szemle, 105. évf. 2012/3. 113. oldal

Továbbképző tanfolyam

A Magyar Fogorvosok Egyesületének Fogpótlástani Társasága ez év szeptember 27-28-án rendezi meg XX. jubileumi kongresszusát és továbbképző tanfolyamát **Képalkotó módszerek alkalmazásának a lehetőségei a hiányos fogazat helyreállításakor** címmel, melyre tisztelettel meghívjuk.

A rendezvény helyszíne: Debrecen
A tanfolyam címe:
A protetikai rehabilitáció korszerű elvei

A tanfolyam jellege: kötelező szinten tartó (minden fogászati szakterületnek megfelelő, 14 kreditpont), a konferencia 10 kreditpont.

A rendezvény első napján, pénteken délután, továbbképző előadásokat hallgathatnak a résztvevők, a második napon meghívott külföldi és hazai előadók ismertetnek korszerű diagnosztikus és terápiás lehetőségeket. Várjuk rövid tudományos előadások bejelentését. A legjobb három fiatal előadó díjazásban részesül.
A tudományos előadások beküldésének határideje: 2013. június 30.

Részvételi díjak:
Tanfolyam, szeptember 27.: 24 000 Ft
Konferencia, szeptember 28.: 24 000 Ft
Mindkét rendezvény együtt: 40 000 Ft
A Fogpótlástani Társaság tagjainak: 30 000 Ft (rendezett tagdíjfizetés esetén)
A két program együttes befizetése magában foglalja a szeptember 27-én este rendezendő bankett árát is.
Rezidensek számára mind a két program: 12 000 Ft (+ vacsora: 4000 Ft)
A rendezvény fogorvostan-hallgatók és azok számára, akik előadást jelentenek be, a bankett kivételével, térítésmentes.
Bővebb tájékoztató és jelentkezési lap a Társaság honlapján található: http://dental.med.unideb.hu/mft/fel.html

PROF. DR. HEGEDŰS CSABA, *MFT ELNÖK*

DEBRECENI FOGÁSZATI NAPOK

2013. ÁPRILIS 12-13.

A DEBRECENI EGYETEM FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR ALAPÍTÁSÁNAK

10.

ÉVFORDULÓJA









RENDEZVÉNYEK:

- XIV. Debreceni Fogászati Napok
- AZ MFE Gyermekfogászati és Fogszabályozási Társaság VI. Tóth Pál Vándorgyűlés és Továbbképző tanfolyam
- Szakmai kiállítás
- Öregdiák találkozó

Kongresszusi előadás címek és összefoglalók leadási határideje: 2013. február. 28.

Kongresszusi részletek: http://dental.deoec.hu

A csoporttalálkozóra helyiséget és / vagy a vacsoránál asztalt igény szerint biztosítani tudunk.

Szállás egyénileg intézendő!

Helyszín: Kölcsey Konferencia Központ
Debrecen, Hunyadi u. 1-3.

Jelentkezés: www. oftex.hu ◆ 52/255-515



A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kongresszusa

A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság 2012. november 22. és 24. között tartotta 16. Nemzeti Kongresszusát Visegrádon, a Thermál Hotelben. Hagyományainkhoz híven egy határterületi szakma, a szemészet jeles képviselőinek közreműködésével, külön szekciót szántunk az orbita sebészetnek. A Kongresszuson 230 regisztrált résztvevő, 6 országból 10 meghívott előadó, 66 hazai előadó és 4 poszter színesítette a magas színvonalú tudományos programot.

Külön megtiszteltetés, hogy egyetemünk Általános Orvostudományi Karának és Fogorvostudományi Karának dékánjai, Karádi István professzor és Fejérdy Pál professzor vállalták a védnöki posztot, emellett személyes jelenlétükkel és megnyitó beszédükkel is emelték a rendezvény színvonalát. A kongresszus főszervezője dr. Barabás József egyetemi tanár, házigazdája dr. Piffkó József egyetemi tanár a Társaság Elnöke volt. A megnyitó ünnepséget követően prof. dr. Rolf Ewers, a bécsi egyetemi társklinika leköszönő igazgatója tartott díszelőadást, navigációs orbita sebészet témakörben. Az első napon a SE Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti és Fogászati Klinika dentoalveoláris sebészeti ambulanciájának munkatársai tartottak pre-congress kurzust dr. Joób-Fancsaly Árpád docens úr vezetésével. A teltházas rendezvény magas szakmai színvonala jól bizonyította a választott téma (Endodonciai sebészet) aktualitását.

Délután a MAÁSZT vezetősége ülésezett, ezt követte a kongresszus ünnepélyes megnyitása, majd az esti fogadás. Másnap reggel kezdődött a két szekcióba szervezett tudományos program. Az előadásokat mindvégig nagy érdeklődés és aktív tudományos vita követte.

Rekordot döntött a résztvevők és a kiállítók magas száma. Mindkét részvétel nagyban hozzájárult a kongresszus átütő sikeréhez. A helyszín megválasztása és a kongresszusi szervező csapat felkérése jó döntésnek bizonyult. Külön kiemelendő a Kongresszusi Iroda, a CongressLine Kft. szakszerű és emberséges tevékenysége, melyért nagy köszönet jár. Ugyancsak külön köszönet illeti a Kongresszus kiemelt támogatóját a Schilli Implantology Circle-t.

A második nap délután került sor a MAÁSZT közgyűlésére, melyen a jelenlévők új vezetőséget választottak. Dr. Piffkó József leköszönő elnök részletesen beszámolt az elmúlt hároméves ciklus munkájáról, szakmapolitikai sikereiről.

A közgyűlés a következő kollégákat választotta a vezetőségbe: **Dr. Bandula Mihály, Dr. Barabás József, Dr. Bogdán Sándor, Dr. Huszák András, Dr. Joób-Fancsaly Árpád, ifj. Dr. Klenk Gusztáv, Dr. Nagy Katalin, Dr. Németh Zsolt, Dr. Oberna Ferenc, Dr. Olasz Lajos, Dr. Orosz Mihály, Dr. Piffkó József, Dr. Raskó Zoltán, Dr. Redl Pál, Dr. Seres László, Dr. Somlai Károly, Dr. Suri Csilla, Dr. Szentirmai Annamária, Dr. Szűcs Attila, Dr. Tóth Bagi Zoltán.**

Póttagok:
Dr. Csáki Gábor, Dr. Huszár Tamás Dr. Korchma Enikő, Dr. Szalma József, Dr. Ujpál Márta.

A Közgyűlést az új vezetőség első ülése követte, melyen megválasztották az elnökséget. A szavazás értelmében a Társaság vezető tisztségviselői a következő három évben:
Elnök: **Dr. Németh Zsolt**
Past President: **Dr. Piffkó József**
Maxillofaciális alelnök: **Dr. Oberna Ferenc**
Dentoalveoláris alelnök: **Dr. Orosz Mihály**
Főtitkár: **Dr. Joób-Fancsaly Árpád**
Pénztáros: **Dr. Raskó Zoltán**
Jegyző: **Dr. Seres László**

Este jó hangulatú bankett vacsora várta a résztvevőket, ahol a finom fogások mellett kellemes zene töltötte be a tágas, hangulatos termet. A zenét egy színvonalas, többségében orvoskollégákból álló zenekar szolgáltatta.

A másnapi tudományos program végén osztották ki a Dr. Béres Károly Alapítvány díjait, melyeket hagyományaink szerint a legjobb 35 éven aluli szerzők érdemelhetnek ki. Összesen 11 kolléga kapott elismerő oklevelet, illetve összességében több mint 300 000 forint pénzjutalmat. A szervezők köszönetet mondanak dr. Szabó György professzornak és az alapítványtevőnek, Polányi Józsefnénak, hogy évek óta támogatják a magas színvonalú tudományos munkát végző fiatal tehetségeket.

Elmondható tehát, hogy igen sikeres, nagyon sok pozitív visszajelzést eredményező kongresszuson vagyunk túl. Jövőre a találkozót Budapesten, a traumatológia képviselőinek közreműködésével dr. Szentirmai Annamária szervezi meg.

A szervezők nevében szeretnénk mindenkinek megköszönni azt, hogy jelenlétével, előadásával hozzájárult a kongresszus sikeréhez, társaságunk hagyományainak és hírnevének öregbítéséhez.

Prof. Dr. Barabás József	Prof. Dr. Orosz Mihály	Dr. Németh Zsolt
A KONGRESSZUS ELNÖKE	A TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG ELNÖKE	A MAÁSZT ELNÖKE

Megelőzve az időt

Ahead of Time Symposium
Mason, USA, 2012. november 26-27.

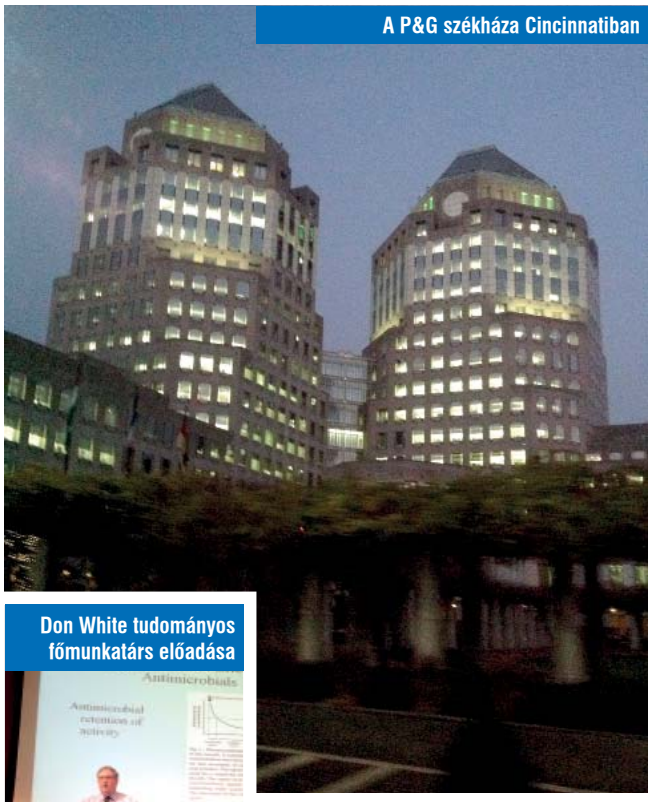
Cincinnati közelében Mason adott otthont a Procter and Gamble Oral Health rendezésében tartott kétnapos Ahead of Time Symposium-nak 2012 őszén.

A minden igénynek és kívánalomnak megfelelő modern helyszín, a kedves invitálás és gondos, meleg fogadtatás, de legfőképp az információban gazdag és színvonalas előadások nagyon hasznossá és emlékezetessé tették a rendezvényt. Európa és a Közel-Kelet mintegy 17 országának 38 képviselője ismerhette meg Wayne Randall alelnök úr bevezetője és köszöntője után a cég 175 évre visszanyúló történetét.

Az angol emigráns gyertyaöntő, William Procter és sógora, az ír szappanfőző James Gamble családi vállalkozása modern, innovatív szemlélete (dolgozói részvény, reklámtevékenység, piackutatás, fogyasztói feed-back), a folyamatos kutatómunka és fejlesztés eredményeként a P&G mára már több mint 300 márkát forgalmaz 160 ország több milliárdnyi fogyasztóját ellátva.

A szimpózium tudományos előadásai témájukban a kémiai plakk-kontroll-lal, a stabilizált ónfluoridot tartalmazó szájápoló szerekkel és az előállítás technológiájával foglalkoztak, majd a második napon a klinikai kutatások eredményeivel ismerkedhettünk meg. A szájüregi egészség elérésére és fenntartására számos hatékony termékük hozzáférhető. Ezek a stabilizált ónfluorid-tartalom miatt a friss lehelet biztosítása mellett hosszantartó antibakteriális hatással is rendelkeznek, gátolják a dentális plakk képződését, ezáltal az ínygyulladás és a szuvasodás kialakulását, és segítik a fognyaki érzékenység kezelését. A fogkrém nátrium-hexametafoszfát-tartalma akadályozza a fogkőképződést, megelőzi az elszíneződést, és fehérítő hatása is van.

Csoportfoglalkozások keretében véleménycserére is alkalom nyílt, és a különböző országok szájhigiénés szokásaiba is betekintést nyerhettünk.



A P&G székháza Cincinnatiban

Don White tudományos főmunkatárs előadása



Csoportkép résztvevőkkel és a szervezőkkel

Értékes része volt a programnak, hogy vezetéssel megismertük a gyártás néhány részletét és a laboratóriumban folyó kísérleti munka néhány momentumát. Imponáló látni a magas fokú szervezettséggel és igényességgel folyó napi rutint, a fejlődés érdekében tapasztalható nyitottságot.

A sűrű szakmai program kerete a kényelmes szállás, finom ételek és a Cincinnatiban tartott remek hangulatú búcsúvacsora volt. Örülök, hogy részt vehettem e színvonalas rendezvényen, köszönettel tartozom a szíves invitálásért.

Dr. Tóth Zsuzsanna

Főállásban *vagy* **részmunkaidőben**

fogorvost keresünk

Komárom-Esztergom-megyei kétszékes rendelőbe. Kezdő és nyugdíjas fogorvosok jelentkezését is várjuk!
Lakás megoldható!

E-mail: drszabozsuzsa@t-online.hu. Tel.: 06-30/280-5061, 06-30/607-3278

In memoriam

Dr. Károssy Anikó

Hirtelen, váratlanul, minden látható előzmény nélkül elhunyt dr. Károssy Anikó, a nagykanizsai fogorvosi rendelő szakorvosa. Halála kollégáit, betegeit, barátait, ismerőseit egyaránt lesújtotta.
A földön élő ember ismeri a tényt, ha manapság nehezen is veszi tudomásul, hogy halandók vagyunk, a természet törvényei ránk is vonatkoznak: minden nap bíbor színű hajnallal kezdődik, és az izzó napkorong lebukásával végződik a nyugati horizonton. Minden földszagú, friss zöld színű, a madárdalú tavasz az év végén hideg borongós téllel végződik. Az élet születéssel indul, és halállal végződik. A tény addig marad csupán megállapítás, míg általános, de más a csengése, ha közvetlenül érint bennünket, akkor kapja meg igazi jelentését. Féljük a halált, nemcsak azért mert az emberi tudat nehezen dolgozza fel, hanem legtöbbször hosszú betegség, szenvedés, fájdalom előzi meg. A Mindenható Isten a számára kedveseket megkíméli a gyötrődéstől.
Dr. Károssy Anikó orvoscsaládból származott. Mindkét testvérével együtt folytatta a családi hagyományt. A Szegedi Orvostudományi Egyetem Fogorvosi Szakán szerzett diplomát 1968-ban, 1970-ben szakorvos lett. 1974-ig Békéscsabán dolgozott, és 1975-ben került Nagykanizsára. Közvetlen családja nem volt. Visszahúzódóan, puritán egyszerűséggel élt, sztoikus bölcsességgel figyelte a körülötte zajló világot. Betegeit nagy empátiával kezelte. Jószívűsége, kollegialitása nem ismert határt, ezzel kivívta páciensei, munkatársai szeretetét, nagyrabecsülését. Szabadidejét olvasással, kirándulással, nagyrészt Balatongyörökön töltötte.
Családi temetőlátogatás után beszállt testvére autójába, s talán 4-5 perc utazás után megálltak a házuk előtt. A kocsiból már nem szállt ki, közben sem segélykérő mondat, sem sóhaj nem hagyta el ajkát. A gyors orvosi segítség nem tudta visszahozni az élők közé.

„Az Úr Illésként elviszi mind,
Kiket nagyon sújt és szeret
Tüzes, gyors szíveket ad nekik
Ezek a tüzes szekerek”

Mindenszentek napján hunyt el.
Emlékét kegyelettel, szeretettel megőrizzük.

Dr. Polgár József

In memoriam

Dr. Czukor József

1941–2012



Nagy veszteség érte ismét a Központi Stomatológiai Intézetet. A Gyermekfogászati Osztály nyugdíjas osztályvezető főorvosa, dr. Czukor József örökre eltávozott közülünk. 1965-ben diplomázott a SOTE Fogorvostudományi Karán. Fog- és szájbetegségek szakképesítését 1976-ban, gyermekfogászati szakképesítését 1979-ben szerezte.
Pályáját a Budapest XVI. kerületi Szakorvosi Rendelőintézetében kezdte, majd a SOTE Fogorvostudományi Kar Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinikáján dolgozott tanársegédként. 1971-ben került a Központi Stomatológiai Intézetbe, a Gyermekfogászati Osztály osztályvezető főorvosaként. Rendszeres előadója volt a továbbképző tanfolyamoknak. A SOTE Fogorvostudományi Kar V. éves hallgatói részére magyar és angol nyelvű előadásokat tartott több évtizeden keresztül. Rendszeresen végezte a fiatal fogorvosok szakvizsga előtti felkészítését. Éveken keresztül a Fog- és Szájbetegségek, valamint a Gyermekfogászat szakvizsga-bizottság, továbbá a SOTE Fogorvostudományi Kar államvizsga-bizottság tagja volt. A WHO fogászati epidemiológiai vizsgálataiban több alkalommal vett részt. Vezette a WHO 1985–1991 között végzett „National Pathfinder Surveys” szűrését. Az MFE Gyermekfogászati Társaság titkára, majd elnöke volt 2003-ig. Munkája elismeréseként 2005-ben Pro Sanitate kitüntetésben részesült.
Szakmai pályafutásának negyven esztendejét töltötte a Központi Stomatológiai Intézetben. Kedves személyisége, betegei iránt érzett szeretete, tisztelete, empátiája miatt nevezték a „gyerekei” „Cukordoktorbácsinak” Családok generációinak nyújtott fogászati fájdalmaikra és lelküknek is gyógyírt. Széleskörű érdeklődése nem csak a medicinára, hanem az élet sok egyéb területére is kiterjedt. Imádta a természetet, a képzőművészetet, a komolyzenét, a színházat. Rendszeresen teniszezett, a korosztályos bajnokságokon mindig az élmezőnyben végzett. Családi körben, barátai vagy a maga szórakoztatására gyönyörűen zongorázott. Tizenkét tündéri unoka boldog nagypapája volt.
Sokat gondolunk rá, és köszönjük, hogy együtt lehettünk vele. Hiányzik...

Dr. Vágó Péter

In memoriam

Dr. Nagy Ilona

1953–2012

2012. november 14-én elhunyt dr. Nagy Ilona. 1977-ben szerzett diplomát a Budapesti Orvostudományi Egyetem Fogorvostudományi Karán. Néhány év kivételével, míg a Honvédség főállású fogorvosa volt, végig Egerben a Fogászati szakrendelésen dolgozott. Kollégái, betegei mind elismerték az évtizedek alatt elvégzett magas színvonalú, lelkiismeretes, példamutató szakmai munkát.
Szerettük és tiszteltük, emlékét örökre megőrizzük.

Dr. Udvarhelyi Mária

Közlemény

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kara örömmel tájékoztatja az 50 éve végzett fogorvos hallgatóit, hogy részükre jubileumi díszoklevelet adományoz.

Tájékoztatjuk azokat a fogorvosokat, akik diplomájukat az Egyetem jogelődjénél, Budapesti Orvostudományi Egyetemen 1963-ban szerezték meg, és szakterületükön legalább harminc évig dolgoztak, az arany díszoklevél elnyerése érdekében 2013. május 20-ig a Fogorvostudományi Kar Dékáni Hivatalához (1085 Budapest, Üllői út 26.) nyújthatják be kérelmüket.

A kérelemben kérjük feltüntetni az oklevél keltét, a diplomában szereplő nevet, rövid szakmai életrajzot és értesítési címet.

A jubileumi díszoklevelek átadására előre láthatóan október közepén kerül sor, a pontos időpontról meghívó útján küldünk értesítést.

Jelentkezési lap
arany, díszoklevélhez

Benyújtási határidő: 2013. május 20.

Név: .....
(névváltoztatás feltüntetésével) .....
Születési idő: .....
Diploma kelte: .....
Lakcím: .....
Telefonszám: .....
Utolsó munkahely: .....
A megfelelő helyszín kiválasztása érdekében kérjük, jelezze kísérőinek várható létszámát:..... fő.

Rövid szakmai önéletrajz:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

_____
a kérelmező aláírása

Színházi esték

Georg Büchner: Woyzeck
Katona József Színház
A Woyzeck valós eseményen alapul: 1821-ben, Lipcsében, Johann Christian Woyzeck borbély több késszúrással megölte barátnőjét – a korabeli közvéleményt évekig lázban tartotta a latolgatás, beszámítható-e vajon Woyzeck.
Georg Büchner (1813-1837) mindössze három drámát írt élete 23 éve alatt. Ezek közül utolsó a Woyzeck, amelyen haláláig dolgozott, de már nem volt ideje véglegesíteni a dráma szerkezetét. A szöveget először 1879-ben adták ki, ám viszonylag csekély visszhangot váltott ki. A darab iránt komolyabb érdeklődés csak az első világháború idején, az annak hatására fellobbanó művészeti élénkülés hatására támadt; akkor méltányolták először eredetiségét, sajátos, félelmetes és teljesen egyedi nyelvi világát, szinte filmszerű jelenetezési technikáját, és a szereplők átütő, lemeztelenített ábrázolását. A különös, látomásos szöveg a modern dráma élvonalába emeli a Woyzecket.
Tom Waits: „A Woyzeckben minden együtt van, ami érdekes: őrület, gyerek, szenvedély, gyilkosság. Vad, szexi, izgalmas, megragadja a fantáziát, arra kényszerít, hogy töprengj azokon az embereken, akik benne szerepelnek, és ezáltal reflektálj a saját életedre. Úgyhogy szerintem minden benne van, amit egy történettől várni lehet, és érdekes lesz még ötszáz év múlva is."
2000-ben, a koppenhágai Betty Nansen Színházban volt Robert Wilson és Tom Waits közös alkotásának, saját Woyzeck-adaptációjuknak ősbemutatója. A Katona József Színház premierje a Woyzeck újra- és továbbgondolása.
Zene és dalszövegek: Tom Waits, Kathleen Brennan
Főbb szereplői: Keresztes Tamás, Jordán Adél, Bezerédi Zoltán, Fekete Ernő, Nagy Ervin, Kovács Lehel, Elek Ferenc, Kiss Eszter
Rendező: Ascher Tamás

Ljudmila Uliczkaja: Odaadó hívetek, Surik
Rózsavölgyi Szalon és Kávéház
Tehetünk-e mindenkinek a kedvére, mint Surik, a jóképű moszkvai fú, aki minden asszony dédelgetett álma? A csinos, biztonságot sugárzó férfi kitűnő szerető, önzetlen barát és kötelességtudó gyerek, akit a hölgyek bármikor megkereshetnek, felhívhatnak, gondolkodás nélkül segít rajtuk, minden elvárásuknak megfelel. Eközben azonban lassan elveszíti az arcát. Ljudmila Uliczkaja regényének szereplői elevenednek meg a Rózsavölgyi Szalon színpadán rendezésében.
Surik szerepében Mohai Tamás, partnerei Tordai Teri, Balog Judit, Sípos Vera és Tánczos Adrienn.
Rendező: Bagó Bertalan

László Miklós: Illatszertár
Centrál Színház
Karácsony közeledik, a békebeli illatszertár forgalma a csúcson. Az egyik segéd: Asztalos úr szerelmes, és örül, hogy az ünnepet még sohasem látott, csak levelezés útján megismert szerelmével töltheti. Azonban a bolt tulajdonosa, Hammerschmied úr furcsán kezd viselkedni vele. Munkahelyi viszály lenne az ok? És miért olyan ellenséges Balázs kisasszony? Úgy tűnik, Asztalos úr élete visszavonhatatlanul rosszra fordul, éppen Karácsony ünnepén. Vagy talán, a vígjáték törvényeihez hűen, mégsem?
Az először hetvenöt éve bemutatott darab főszereplői: Kern András, Pokorny Lia, Bereczki Zoltán és Simon Kornél.
Rendező: Puskás Tamás

Csehov: Sirály
Nemzeti Színház
Az Oroszország-szerte híres színésznő nyaralni érkezik bátyjához és fiához a vidéki birtokra. Magával hozza a híres és sikeres írót. A kellemesnek induló nyár felkavarja a szenvedélyeket. Az íróba beleszeret a helyi földbirtokos színésznőnek készülő lánya, Nyina, aki eddig a színésznő fiával képzelte el a jövőjét. A szerelemféltés és a meg nem értett vágyak, a „mindenki mást szeret" fájdalmas komédiája Csehov remekműve, melynek mélyén egy Hamlet-ihlette történet is húzódik. Vádirat is egyben a tehetetlenség, a középszerűség ellen. A fiatalok és az idősek közötti meg nem értés és félreértés keserű rajza is, ugyanakkor szól a színházról, a művészet szabadságáról és a művészlét önmagának való kiszolgáltatottságáról.
Főbb szereplői: Básti Juli, Szarvas József, Kulka János, Blaskó Péter, Tompos Kátya, Tenki Réka, Nagy Mari
Rendező: Alföldi Róbert

Slawomir Mrožek: Tangó
Örkény Színház
Lehet-e erőszakkal rég halott, muzeális értékeket újjáéleszteni? Az egyetemista Artúr, mint minden ifjú, lázad. Hogy megvívja saját harcát, a családján kísérletezik. Házi diktatúrát hoz létre, melyben szüleit, nagyszüleit bebörtönzi: megfordítja az idő kerekét. Előkotorja a nagyszülők hagyományait, szóhasználatát, értékeit, ruha- és kelléktárát. Hamlet-parafrázisában Mrožek szertelen, gyermeki humorral láttatja az európai polgári kultúra vergődését és kiúttalanságát.
Főbb szereplői: Pogány Judit, Mácsai Pál, Für Anikó, Csuja Imre
Rendező: Bagossy László

Összeállította: Soltész Katalin

Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága

PERSPEKTÍVÁK A PARO-IMPLANTOLÓGIÁBAN

A Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának Tudományos Továbbképző Konferenciája

Szeged, 2013. április 26 – 27.

Meghívott előadók:

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

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

www.symposiumszeged.com

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

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

A Konferencia elnöke:
Nagy Katalin
SZTE Fogorvostudományi Kar

A tudományos bizottság elnöke:
Urbán István
SZTE Fogorvostudományi Kar

Új dimenzió az implantációs sebészetben.



Előre programozott, implantációs rendszer specifikus fúrási értékek.

Exportálható paciens és műtéti adatok.

A piacon kapható legkönnyebb és legerősebb mikromotor.

Az első iPad segítségével működtetett sebészeti motor.

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

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

Nobel Biocare®

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