Magyar Fogorvos

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozatának lapja
XXIII. évfolyam 2014/6.



„A puha hóban, csillagokban,
Az ünnepi foszlós kalácson,
Láthatatlanul ott a jel,
Hogy itt van újra a karácsony.
Mint szomjazónak a pohár víz,
Úgy kell mindig e kis melegség,
Hisz arra született az ember,
Hogy szeressen és szeressék
S hogy ne a hóban, csillagokban,
Ne ünnepi foszlós kalácson,
Ne diszített fákon, hanem
A szívekben legyen karácsony."

A Magyar Fogorvos
olvasóinak
kellemes karácsonyi ünnepeket
és örömökben, sikerekben gazdag,
boldog új esztendőt kíván a VaLiD Kft.

VaLiD Kft. | H-1083 Budapest, Szigony u. 41.
Tel.: 06-1-210-0185 | Fax: 06-1-303-9460
e-mail: dental@valid.hu | www.valid.hu

Colgate®

ÚJ TECHNOLÓGIA BEVEZETÉSE A FOGSZUVASODÁS ELLENI VÉDELEMBEN












Cukor Sav Semlegesítő™

⊕

Fluorid

Akár 20 %-kal csökken az új fogszuvasodás kialakulásának lehetősége 2 év alatt†1,2

Fluorid



1. Kraivaphan P, Amornchat C, Triratana T, et al. Caries Res, 2013; doi: 10.1159/000353183.
2. Data on file. Colgate-Palmolive.
† 2 éves klinikai vizsgálat eredményei egy hagyományos fluoridos fogkrémmel szemben, mindkettő 1450ppm fluoridot tartalmazott.

COLGATE, ELKÖTELEZETT A FOGSZUVASODÁS-MENTES JÖVŐÉRT



Ünnepek és hétköznapok

Közeleg az év vége, és eljönnek az ünnepek is. Az adventi várakozás, a karácsonyi készülődés amolyan lelki hangolódás, átmenet a hétköznapok sűrűjéből a várva-várt békés családi ünnepbe.

Mi egy sajátos ünneplésre, a Kamara kettős jubileumára készülünk, a 25 éves egyesületi és a 20 éves köztestületi születésnapot szeretnénk hivatásrendszerünkhöz méltóan köszönteni. Tisztelettel köszönteni azokat, akik önzetlenül sokat dolgoznak a közösségért, akik nehéz időszakban is, a kezdetek óta őrzik a lángot, és személyes példamutatással, tántoríthatatlan hivatástudattal, esküjükhöz híven gyógyítanak.

Ezek a ritka ünnepek állomások egy hosszú úton, mérföldkövek, melyek mutatják egy megtett szakasz hosszát, és kijelölik a következőt. A hétköznapok jótékony hatásait sem szabad lebecsülni. Megadják nekünk a mindennapi alkotómunka lehetőségét, az értelmes feladatok elvégzésének örömét és a tanulságos kudarcok kijózanító példáit. Kamarai munkánk során az égiek és földi helytartóik jóvoltából mindig volt és maradt is sok, szép feladatunk.

A Fogorvosi Tagozat vezetése most éppen azért küzd, hogy az alapellátást deklaráltan javítani szándékozó kormányzati törekvés ne kerüljön el minket, a közszolgálati gyógyító tevékenységet ne sarcolja meg a méltatlan iparűzési adó, továbbá az iskolafogászatokat működtető kollégák praxisjogát ne vitassák el, és ismét elindulhasson a támogatott eszközbeszerzés. A Tagozat elnöke felvette a kapcsolatot az illetékes helyettes államtitkárral, és megkezdődtek az egyeztetések.

A fogadókészséget, a józan párbeszédre való törekvést nem érheti kritika, tényszerű, korrekt, jó hangulatú megbeszélésen vagyunk túl. Az érdemi döntéseket a politika, a parlament hozza meg, és az eredmény a most folyó költségvetési vita során realizálódhat. A kollégákban még mindig, 25 év sok átélt története és vihara után is élnek hamis illúziók. Kétségtelen, nehéz vágyainkat és a napi valóságot háborítatlan lélekkel összevetni. A realitásérzék azonban mindig jobb tanácsadó, mint a lázadó elme, még akkor is, ha háborgásunknak, morgolódásunknak vaskos, tényszerű alapjai vannak. A közszolgálati feladat ellátásának lehetőségei, a közfinanszírozás keretei mindig szűkösebbek maradnak, mint az elvárható és méltányos volna.

A kis lépésekben történő előrehaladás jogos türelmetlenséget, egyesekben ellenérzéseket válthat ki, de radikális, érdemi nagyságrendet jelentő változás nem remélhető. A döntéshozók legmagasabb szintjén még mindig nem látszanak az ellátórendszer feneketlen mélységei, a számunkra elfogadható eredményeket hozó megoldások pedig csak bennünk, a gyógyításban nap, mint nap részt vevők fejében fogalmazódnak meg. Hiszen benne élni más, mint rólunk gondolkozni, sőt, megfelelőképpen gondoskodni.

A rendszerváltás negyed százada remélhetőleg hozott már annyi tapasztalatot, hogy a racionális következtetések – önbecsapás, önámítás nélkül – levonhatók. Kell, hogy legyen erőnk szembenézni a valósággal, a számunkra többnyire kedvezőtlen társadalmi-politikai előítéletekkel, még akkor is, ha alapjaiban igazságtalanok.

Térjünk vissza azonban az ünnepekre! Úgy gondolom, két és fél évtizedes kamarai múltunkra, küzdelmeinkre emlékezve van okunk a méltó ünneplésre. Visszanézve láthatjuk, honnan indultunk, hová és meddig jutottunk, és látnunk kell eredményeinket, miközben pontosan tudjuk, hogy többet, jobbat, szebbet reméltünk.

A karácsony ünnepe, meghitt hangulata remélhetőleg „békévé oldja az emlékezést”.

Szép ünnepeket, boldog karácsonyt és további küzdelmes 25 évet kívánok!

Dr. Gerle János
főszerkesztő

A szék mellett

282 *Dr. Gera István:*
Autoimmun szájnyálkahártya-betegségek differenciáldiagnosztikája és terápiás lehetőségek

290 *Deborah M. Lyle:*
A rizikóanalízis fontossága a parodontális egészség megőrzésében és a betegség megelőzésében

Implantológia

298 *Bobby Butler:*
A buccalis csontlemez átépülésének elfedése kötőszöveti grafttal az esztétikai régióban: azonnali implantációs koncepciók és technikák

Továbbképzés

306 Távoktatás

MOK-figyelő

308 Az alapellátás részét képező fogorvosok finanszírozása
310 A gyermek, iskolai, ifjúsági fogorvosok működtetési, illetve praxisjoga
313 Tájékoztatás pályázati támogatás odaítéléséről
314 Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért pályázatot hirdet a költségtérítéses szakorvosképzés rendszerében történő részvétel támogatására
316 Munka és emlékünnep
317 A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság Vezetőségének állásfoglalása egyes szakképesítések illetéktelen névhasználatáról
318 Felhívás
318 Tájékoztatás

Interjú

319 Fogtechnikus képzés és Klinikai fogászati higiénikus képzés a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézetében
320 Interjú a MAFIT új elnökével, Joób-Fancsaly Árpáddal

Rendezvény

322 A Magyar Endodontiai Társaság és a Magyar Dento-Maxillo-Faciális Radiológiai Társaság kongresszusa
323 ITI Study Club Szegeden
324 Prevenciós Nap

A rovatokat gondozzák:

Preventív fogászat: Dr. Bartha Károly **A szék mellett:** Dr. Gerle János; **Esztétikai fogászat:** Dr. Borbély Judit, Dr. Dombi Csaba; **Implantológia:** Dr. Czinkóczky Béla; **Távoktatás:** Dr. Kispélyi 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
XXIII. évfolyam, 2014/6.

A MAGYAR ORVOSI KAMARA
FOGORVOSI TAGOZATÁNAK LAPJA
2014/6.

A kiadvány megjelenését gondozza:
LITERATURA MEDICA
Yoter Média Group Kft.
9022 Győr, Teleki L. utca 46.
Internet: www.yoter.hu
E-mail: magyarfogorvos@yoter.hu

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
Hirdetésfelvétel: a szerkesztőségben
Nyomdai kivitelezés: Grafit Pencil Nyomda Kft., Budapest
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
Szerkesztőségben: Yoter Média Group Kft.
Telefon: 316-4656
E-mail: terjesztes@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:
Telefon: 316-4656, ***E-mail:*** terjesztes@yoter.hu
A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.
ISSN: 1216-2213

»OBSERVER«
A MÉDIAFIGYELŐ

EURO MEDIC DENT

Az Ön partnere a komplett fogászati ellátásban

Köszönjük!



Szeretnénk megköszönni jelenlegi és jövőbeni fogorvos partnereinknek, hogy a DW2014 kiállításon látogatásukkal megtiszteltek minket. Reméljük, hogy jövőbeni együttműködésünk is annyira sikeres lesz mint az idén.

Ezúton kívánunk mindenkinek Kellemes Ünnepeket és Boldog Új Évet!

Dental World 2014, Euromedic Dent stand



Dr. Gerlóczy Pál előadása:

A mikroszkóp használata a fogászatban



Dr. Márton Krisztina előadása:

Dental Teacher, a jövő fogászati oktatója

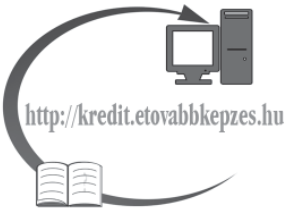


Dr. Plachtovics Márk előadása:

Digitális Volumentomográfia - Fogászati Cone Beam CT diagnosztika

Euromedic Dent
az Euromedic International csoport tagja

Cím 1051 Budapest, Dorottya u. 1.
Telefon +36 1 815-3188, +36 1 815-3192
Mobil +36 30 791-7476
E-mail euromedicdent@euromedic-hungary.com
www.euromedicdent.hu, **www**.euromedic-hungary.com



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.

Autoimmun szájnyálkahártya-betegségek differenciáldiagnosztikája és terápiás lehetőségek

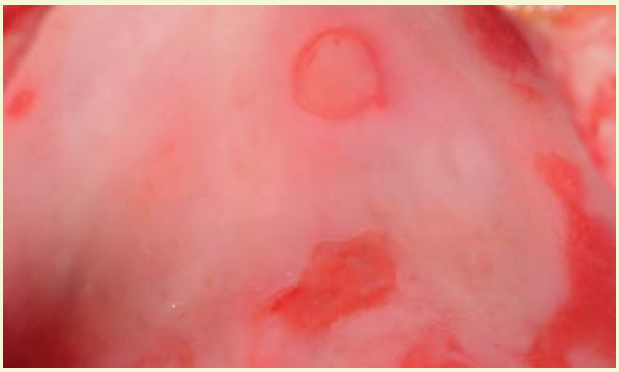
Dr. Gera István
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Parodontológiai Klinika

A maxillofacialis régióban több, különböző etiológiájú és patomechnizmust mutató autoimmun kórkép fordul elő, ezek közül nagyon sok a szájnyálkahártya hólyagos lézióival társul. Ezeknek a kórképeknek a többsége különböző szisztémás immunológiai bőrbetegségek részjelensége (pemphigus, a pemphigoid, valamint az erythema exudativum multiforme). Az ilyen kórképek az úgynevezett vesiculo-bullosus betegségek nagy családjába tartoznak.

A szájüregben nagyon sok egyéb vesiculo-bullosus betegség is előfordul, leggyakoribb a herpes oris, a bullosus lichen, valamint a genetikai hátterű epidermolysis bullosa. Ezek azonban nem immun- vagy autoimmun kórképek. A bullosus lichen esetében az irodalom bizonytalan a patomechnizmus tekintetében, és felmerül az esetleges genetikai háttér és bizonyos autoreaktív proteinek szerepe is. A bullosus autoimmun kórképek közös tulajdonsága, hogy az autoimmun válasz a hámsejteket szorosan összetartó subcellularis képletek, illetve a hámréteget a bazális membránhoz rögzítő struktúrák ellen irányul. A sejt–sejt és sejt–mátrix kapcsolatban nagyon bonyolult fehérjestruktúrák játszanak szerepet. Bármelyik fehérje szintézisének zavara, illetve ezek pusztulása súlyos következményekkel jár, amely általában a sejtrétegek elválásával és bullaképződéssel jár.[1] A pemphigusban, annak különböző klinikai formáiban, a nyálkahártyában a desmoglein III (Dsg3), a bőrben pedig a desmoglein I-gyel (Dsg1) szemben kialakult II/III. típusú cytotoxikus autoimmun reakció a felelős. A hámsejt-basalis membrán junctiót (hemidesmosoma) alkotó néhány fehérje, így a kollagén XVII (BP180) és PB230 ellen termelődött autoellenanyagok okozta pusztulás felelős a pemphigoid nevű betegségért. Ennek megfelelően beszélhetünk a *desmosomalis,*a *hemi-desmosomalis* és a *basalis membrán autoimmun* betegségeiről.

Pemphigus betegségcsoport

A pemphigus betegségcsoport életet veszélyeztető, mucocutan betegség, amelyben gyulladásos udvar nélküli intraepithelialis hólyagok jelennek meg a bőrön vagy a nyálkahártyán. Leggyakrabban a desmosoma



1. ábra: Felszínes nyálkahártya-erózió orális pemphigusban

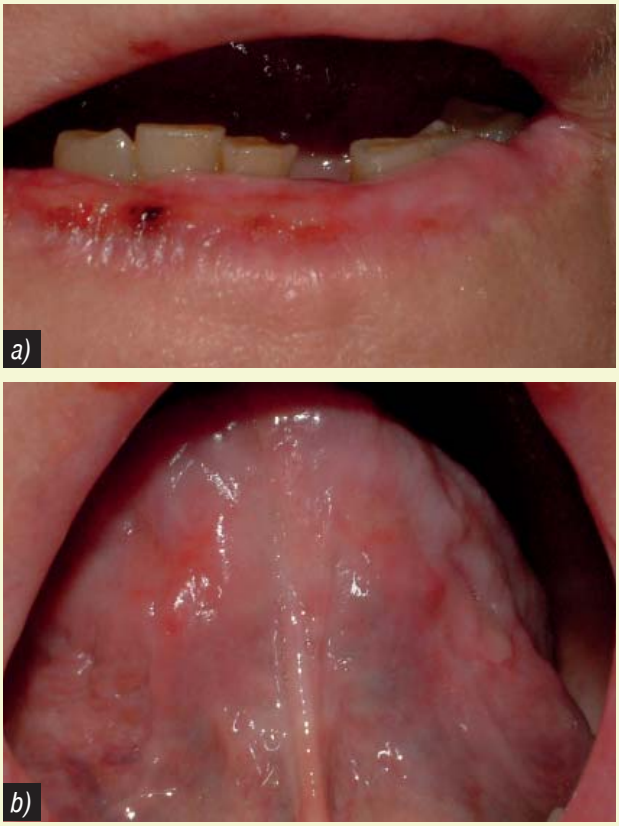


2. ábra: Felületes bőrléziók, amelyek pemphigus gyanúját kelthetik

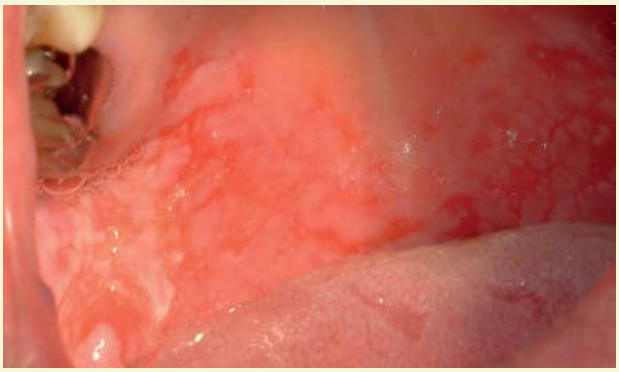
desmoglein molekulái ellen termelődik auto IgG. Attól függően, hogy a többrétegű hám mélyebb vagy felszínesebb sejtrétege érintett, alakul ki súlyosabb (pemphigus vulgaris) vagy kevésbé súlyos (*pemphigus pholiaceus)* lézió. Ugyancsak a pemphigus csoportba tartozik a *IgA pemphigus* és a *paraneoblasticus pemphigus* is[1].

Orális szempontból a legfontosabb és leggyakoribb a *p.vulgaris,* többnyire a 4-5. évtizedben alakul ki. Szerencsére hazánkban ritka betegség. A betegségnek biztos genetikai háttere is van, bizonyos etnikai csoportok jobban érintettek, elsősorban az askenázi zsidó populációban fordul elő szignifikánsan gyakrabban, mint másokban. Ugyancsak gyakoribb a mediterrán országok felnőtt lakosságában (olasz, görög, arab)[2]. Előfordulhat egyéb autoimmun betegséggel társulva is (rheumatoid arthritis, SLE, myasthenia gravis, illetve anaemia perniciosa). Az első tünetek nagyon gyakran a szájban jelennek meg. Előfordulhat, hogy évekig csak a szájnyálkahártya károsodik, de érintett lehet más nyálkahártya-régió is. Mivel a bőr hámrétege vastagabb, többször találkozhatunk intakt hólyagokkal. A szájnyálkahártya jóval vékonyabb és sérülékenyebb, ezért a felületes hólyagok borító hámrétege már enyhe sérülés után felszakad, és azonnal felszínes, gyulladásos, udvar nélküli eróziók alakulnak ki a nyálkahártyán *(1. ábra).* Bizonyos idő múlva a bőrhólyagok is felszakadnak, és kezdetben felületes hámfosztott eróziók, majd idővel a beszáradt plazma révén pörkök jelennek meg. *(2. ábra).*

A ***részletes anamnézis*** felvételekor a klinikus viszonylag könnyen elkülönítheti egyéb, akut orális hólyagos betegségektől, a stomatitis herpeticatól vagy az erythaeme exudativum multiformétől (EEM). Míg a herpes vagy EEM hirtelen kezdődik, jó gyógyulási hajlamot mutat, de gyakran egyesekben recidiválhat, addig a pemphigus alattomosan kezdődik, spontán soha nem gyógyul, és folyamatosan terjed, egyre nagyobb felszíneket érintve. P. vulgarisra kell gyanakodnunk, amennyiben valaki bizonytalan, felületes nyálkahártya-eróziókkal és felszínes bőrsérülésekkel jelentkezik fogorvosánál. Néha csak alig látható vöröses eróziók jelennek meg, a buccan, szájpadon, az ajkon vagy a nyelven *(3/a-b. ábra).* A fogorvos legtöbbször már csak a felrepedt bulla talaján kifejlődött erózióval találkozik. A gyulladásban a kötőszövet nem vesz részt, ezért sem ödéma, sem a hólyagok körül gyulladásos udvar nem észlelhető *(4. ábra).* Gyakran fordul elő a gingiván, desquamativ gingivitis formájában *(5. ábra).* A desquamativ gingivitisre jellemző, hogy a plakk okozta gingivitissel ellentétben a gyulladás nem az ínypapilla csúcsán és a sulcus gingivaeben zaj-



3. ábra: Az ajkon és nyelven megjelenő bizonytalan, gyulladásmentes eróziók esetében mindig gondolnunk kell pemphigus gyanújára



4. ábra: Jellemző, hogy pemphigusban a felszínes nyálkahártya-eróziónak nincs gyulladásos udvara



5. ábra: Bizonytalan desquamativ gingivitis nagyon felületes erózió is pemphigus gyanúját vetik fel



6. ábra: A desquamativ gingivitis leggyakrabban lichen oris talaján alakul ki

lik, hanem a feszes ínyt érinti. Desquamativ gingivitis különböző, ismert vagy ismeretlen etiológiájú betegségben fordul elő. A leggyakoribb a lichen oris talaján kialakuló ínylézió *(6. ábra)*. Azonban a legsúlyosabb, ismert okokra visszavezethető desquamativ gingivitis az *orális pemphigus vulgarissal* társuló ínylézió

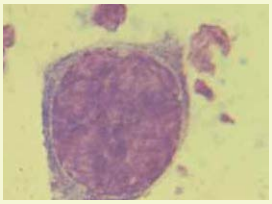
A bőrléziók néha csak hónapokkal később manifesztálódnak. Kezdetben kisebb bőrsebek jelzik a bajt, de súlyos esetben nagy felületen leválhat a bőr külső hámrétege, másodfokú égésre emlékeztető állapotot okozva *(7/a-b. ábra)*. A cutan pemphigus egyik diagnosztikus jele, hogy amennyiben az intakt hólyagra nyomást gyakorolunk, akkor a hólyag az épnek látszó bőr irányába elmozdítható. A másik klinikai diagnosztikus jel az úgynevezett Nikolsky-tünet. Pozitív Nikolsky-teszt esetén az épnek látszó bőrfelületet megdörzsölve néhány perc alatt bullaképződés váltható ki. Az autoimmun acantholysis ugyanis a teljes bőrszövetet és nyálkahártyát is érinti, csak a hámrétegek nem mindenütt válnak el egymástól *(7/c. ábra)*. A bőr megdörzsölésével az egymáshoz szorosan nem kötődő sejtrétegek elválnak, és a sejtrétegek között hamarosan megjelenik a transsudatum, manifeszt hólyagképződés kíséretében. Az orális léziók első, laboratóriumi diagnosztikai lépése lehet a Tzanck citológiai vizsgálat. Gimsa- vagy Papanicolau-festéssel megfestett kenetben, pozitív esetben individuális, lekerekített, sötéten festődő, nagy felfújt magvú sejtet látunk a kenetben *(8. ábra)*. A pozitív Tzanck-teszt azonban nem döntő bizonyíték, mert sokszor hasonló citológiai leletet kaphatunk más hólyagos betegségekben, elsősorban stomatitis herpeticaban. Biztos diagnózis csak biopsia vétele után, direkt vagy indirekt immunfluorescens hisztokémiai vizsgálattal állítható fel *(9. ábra)*.

Kezelése

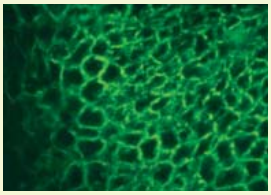
A PV megfelelő kezelés nélkül még ma is halálos betegség lenne, elsősorban a táplálkozási képtelenség,



7/a–c. ábra: A bőr pemphigus jellegzetes képe: ***a)*** intakt bulla, ***b)*** amely felrepedve felületes, pörkkel borított erózióba megy át, ***c)*** az achantholysis jellegzetes szöveti képe, melyben jól látható, hogy a hámrétegek elválnak egymástól



8. ábra: Tzank pozitív citológiai lelet



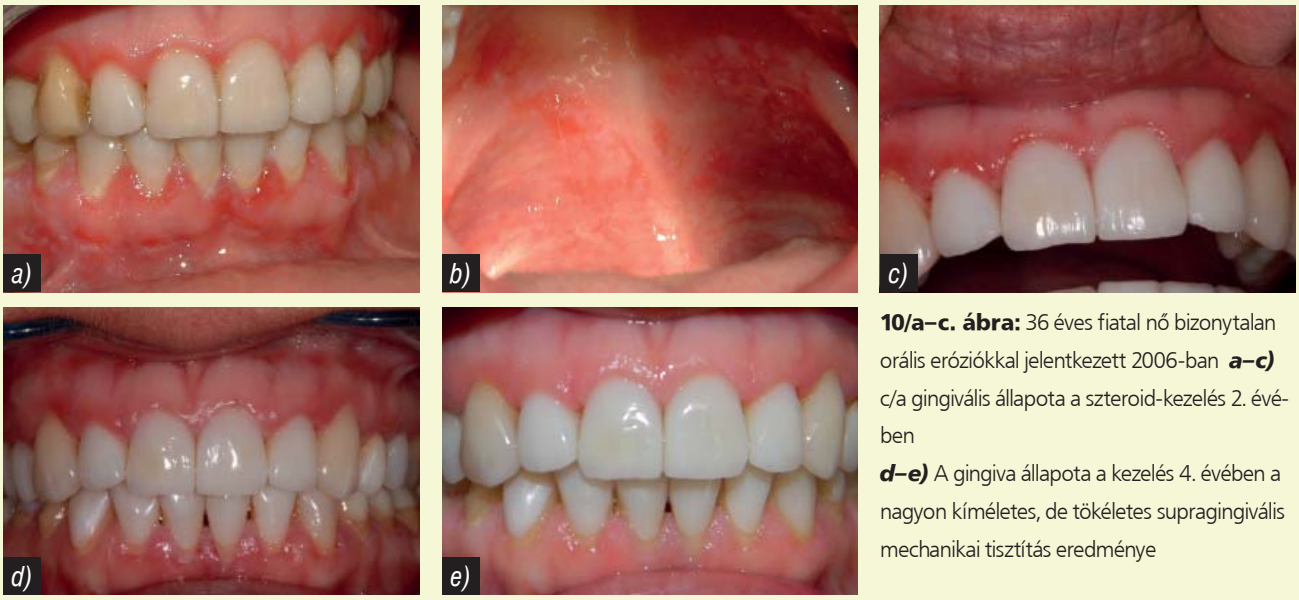
9. ábra: Immunfluorescens technikával kimutatható, hogy a sejtmembrán fehérjéihez auto IgG kötődik (autoimmun II-es típusú cytotoxicus reakció)

a fehérjeveszteség és bőrléziókon fellépő szuperinfekciók következtében. Sajnos oki kezelés nem alkalmazható, így a PV-ban szenvedő beteg hosszú évekig, sokszor élete végéig immunszupresszív kezelésre szorul. A pemphigusos beteg soha nem gyógyul meg, csak a fenntartó szteroid- és egyéb immunszupresszív kezeléssel tarható egyensúlyban. Tehát a beteg egy életen át ellenőrzésre szorul, és az orális PV-ban ennek a folyamatos ellenőrzésnek fontos része a gyakori professzionális szájhigiénés szupportív kezelés is. Amennyiben a betegnek bőrtünetei vannak, mindenképpen bőrgyógyásszal együtt kell kezelni, azonban orális PV esetén is konzultálnunk kell dermatológussal. A szisztémás kezelést kiegészítjük helyi kezeléssel, a szájüregben antiszeptikus szájöblítő szereket, lokális felületes érzéstelenítő oldatokat vagy krémeket, a bőrfelületen ugyancsak antiszeptikus ecsetelőket és hámosító krémeket alkalmazunk. Amennyiben viszonylag fiatal korban kezdődik a betegség, és a betegnek természetes fogazata van, különös gondot kell fordítani a rendszeres professzionális szájhigiéniára és az otthoni plakkkontrollra is. Sajnos a kémiai plakk ellenes szerek ilyen esetben irritatív hatásuk miatt tartósan nem alkalmazhatók, és soha nem helyettesíthetik a speciális mechanikai fogtisztítást.

Az aktív tünetek kezelése: magas, legalább 1mg/kg/nap kortikoszteroid dózissal kell indítani, amely egy felnőtt esetében megfelel 60–80 mg kortikoszteroidnak (Medrol), nehezen reagáló esetekben a gyógyszeres kezelés kiegészíthető adjuváns immunszupresszív szerekkel. Egyes esetekben jó eredményekről számoltak be cyclosporin-A (Sandimmun) alkalmazása után.

Fenntartó kezelés: A kezdeti magas szteroid dózist akkor kezdjük csökkenteni, amikor a meglévő eróziók





10/a–c. ábra: 36 éves fiatal nő bizonytalan orális eróziókkal jelentkezett 2006-ban ***a–c)*** c/a gingivális állapota a szteroid-kezelés 2. évében
d–e) A gingiva állapota a kezelés 4. évében a nagyon kíméletes, de tökéletes supragingivális mechanikai tisztítás eredménye

már hámosodásnak indulnak, illetve már újabb hólyagok nem jelennek meg. Addig csökkentjük a dózist, amíg a páciens még tünetmentesen tartható. Mivel nagyon gyakran fordul elő recidíva, ekkor újra emelni kell a dózist. Egyensúlyban tartásukhoz a betegek állandó megfigyelése szükséges. Mivel a szteroidoknak számos negatív mellékhatása van, amely az osteporozis rizikójának fokozódásától, a vércukorszint emelkedésén át keringési zavarokig vezethet, ügyelnünk kell arra, hogy belgyógyász is ellenőrizze betegünket. A jó szájhigiénia elősegíti a szájléziók gyógyulását, csökkentve az eróziós nyálkahártyafelszínek felülfertőződést (például candida), valamint a dentális plakk okozta ínygyulladás esélyét is.



11. ábra: Nehezen kooperáló 60 éves páciens gingivális állapota felvételkor a kezelés (a) 2. és 4. évében (b, c). A nem tökéletes szájhigiénia és a plakkretenciós tényezőknek köszönhetően parodontális állapota nehezen volt kontrollálható





12. ábra: Egy non-Hodgkin lyphoma talaján kialakuló, halálhoz vezető paraneoblasticus pemphigus, amely a bőr teljes leválásával járt

Dr. Nádházi Zoltán esete

Esetismertetés

A bemutatott esetben egy, az első jelentkezésekor 36 éves nő fordult bizonytalan panaszaival 2007-ben a SE Parodontológiai Klinikához. Felvételkor szájában a palatumon és a gingiván felületes eróziókat láttunk gyulladásos udvar nélkül, ekkor bőrtünetei még nem voltak *(10/a-b. ábra)*. Az elvégzett biopsziás vizsgálat megerősítette gyanúnkat, hogy betegünk pemphigusban szenved. Akkorra már bőrléziói is kifejlődtek. Kezelését a SE Bőrgyógyászati Klinikájával közösen végeztük (Prof. Kárpáti Sarolta). Az alkalmazott szteroid-kezelés hatására állapota lassan rendeződött, és olyan fenntartó szteroid dózist lehetett beállítani, amely már minimális mellékhatásokkal járt *(10/c. ábra)*. Az aktív kezelési szak után legnagyobb panasza már csak az volt, hogy nem tudott kellő hatékonysággal fogat mosni, mert ahogy a fogkefe sörtéje az ínyszélhez ért, azonnal felsértette azt, így ínye mindig kicsit gyulladt volt *(10/d. ábra)*. Az erősen motivált páciensünket rotációs elektromos fogkefével olyan atraumatikus fogmosási technikára tanítottuk meg, amely hatékony supragingivalis plakk-kontrollt biztosított anélkül, hogy az ínyszélt sértette volna. A rendszeres professzionális plakk-kontrollal kombinálva az íny állapota gyorsan javult, és jelenleg a fenntartó szteroid dózis mellett szájnyálkahártyája és bőre ép, és az ínye is plakk- és gyulladásmentes *(10/e. ábra)*.

A nem jól kollaboráló betegek esetében azonban lényegesen nehezebb stabilizálni az orális-parodontális állapotukat. Egy 60 éves férfi páciens olyan súlyos hisztológiailag is igazolt gingivalis pemphigussal jelentkezett, hogy a gingiva hámja már a fogak levegővel történő leszárítása hatására hártyaszerűen levált (achantolysis) *(11/a. 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 volt teljesen sikeres, bár négy éven keresztül némiképpen stabilizálni lehetett gingivális állapotát *(11/b-d. ábra)*.

Bizonyos malignus tumorokhoz, elsősorban lympoid tumorokhoz (non-Hodgkin lymphoma, lymphocyter leukemia) társuló, a bőrt és nyálkahártyát érintő bullosus betegség a *paraneoblasticus pemphigus* is. Az antigén nem csupán a desmosoma fehérjecsoport, hanem egyéb adhesios molekula is lehet. Előfordul bullosus és lichenoid változata. A *bullosus formára* jellemező a mély, vérzékeny bullaképződés, amely érintheti a bőrt, a szájnyálkahártyát, a conjunctivát, a corneát, de még a légutak nyálkahártyáját is *(12/a-b. ábra)*.

Pemphigoid csoport

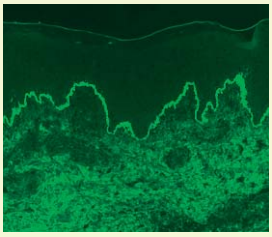
Erre a csoportra jellemző, hogy a kötőszövet–hám határon a résképződés a basalis membrán különböző junctionalis fehérjéi ellen irányuló autoimmun reakciók következménye. A Tzanck-sejt vizsgálat negatív, és nincs pozitív Nikolsky-tünet sem. Lényegében a basalis membrán válik el az alatta lévő kötőszövettől. Ebbe a csoportba nagyon különböző lefolyású és tüneteket okozó mucocutan betegségek tartoznak: *bullosus pemphigoid, benignus nyálkahártya pemphigoid, cicatricus pemphigoid és epidermolysis bullosa aquisita.*[1]

Bullosus pemphigoid

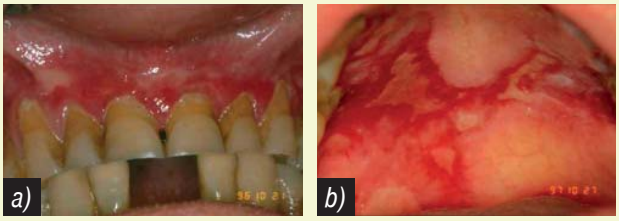
Ritka kórkép, bár az autoimmun hólyagos dermatológiai betegségek között a leggyakoribb. Inkább a 60 évnél



13. ábra: A bullosus pemphigoid jellegzetes bőrtünete



14. ábra: Immunfluoresens hisztokémiai vizsgálat mutatja, hogy ebben a betegségben a basalis membrán érintett



15/a–b. ábra: Egy 75 éves, II. típusú diabetesben és hypertoniában szenvedő páciens orális benigmus mucosus pemphigoidja, melyet az általános állápota miatt szisztémás kortiko-szteroiddal nem kezelhettük



16. ábra: A benignus mucosus pemphigoid egyik komoly veszélye a conjunctiva érintettsége, amely súlyos esetben vaksághoz vezethet

idősebb populációban fordul elő, de előfordulhat fiatal gyermekekben is. A bullosus pemphigoid antigén 230 (BPAG230) és a BPAG 180 antigének ellen termelt autoantitestek mediálják. Előfordulhat a paraneoplasztikus szindrómaként is, különböző malignus tumorokhoz társulva. Provokálhatják bizonyos gyógyszerek (diureticumok, antihypertensiv szerek) és az UV-sugarak. A basalis membránhoz kötött autoantitestek aktiválják a komplement rendszert, amely chemotaxist és leukocyta degranulációt okoz. A leukocytákból proteolyticus enzimek szabadulnak fel, amelyek a basalis membrán károsodását, valamint dermo-epidermalis szeparálódást okoznak. Így alakul ki a subepithelialis (subbasalis) hólyag.

Klinikai diagnosztika

A bőrön nagy, lágy hólyagok jelennek meg *(13. ábra),* a szájnyálkahártya csak ritkábban, egyes adatok szerint az esetek 24%-ában érintett. Előfordulhat desquamativ gingivitis is. A hólyagok 1–7 cm átmérőjűek, faluk vastagabb, mint pemphigusban, jobban strukturált és gyorsabban gyógyul. A pemphigussal ellentétben a szájtünetek általában csak a bőrtünetek manifesztációja után jelennek meg. A nedves környezet és a nyál proteolyticus enzimjei miatt a hólyagok hamar felszakadnak, és nagy kollabált bullákat láthatunk a szájban.

Laboratóriumi diagnosztika

A bullosus pemphigoid kimutatásában a hisztológiai képen két fontos jel észlelhető: hasadékképződés a kötőszövet és a hámréteg között, és subepithelialis jelentős, főleg eosinophil és neutrophil sejtekből álló beszűrődés van jelen. A szövettani diagnózisban a direkt immunfluorescens technika a mértékadó, ahol a basalis membrán ellen termelt IgG, IgM és IgA ellenanyagok, illetve C3 mutathatók ki, és a szövettani metszeten a basalis membrán fluoreszkál *(14. ábra).* Emelkedett perifériás eosinophil szám mutatható ki, és a szérum IgE szint is emelkedett. Remissio idején a szérum IgE szint és a BPAG180 elleni autoantitest titer csökken.

A terápia nagyban megegyezik a pemphigus kezelési elveivel, a kezelés gerincét itt is a kortikoszteroidok képezik, azonban általában már alacsonyabb dózisok is egyensúlyban tarthatják a beteget. Orálisan intrafocalis szteroid infiltráció alkalmazható. Orális léziók esetén hasonlóan fontos a szájhigiénia rendszeres, professzionális fenntartása, és a páciensnek olyan kímélő, de hatékony fogmosási technikákat kell ajánlani, amelyekkel tisztán tudja tartani a száját. Indokolt esetben adhatunk felszíni érzéstelenítő zseléket (suspensio anaethetica) és antiszeptikus szájöblítő szereket.

Benignus nyálkahártya pemphigoid (cicatrizáló pemphigoid)

Nem gyakori, az 50 év feletti korcsoport betegsége. Nőkben gyakoribb, a férfi–nő arány 2-1. Jellemzője a különböző nyálkahártyákon (szem, szájüreg, genitáliák, oesophagus, larynx) kialakuló subepithelialis bullaképződés, amely heggel gyógyul. Oka ismeretlen, de tény, hogy az autoantitest-termelődés olyan keratinocyta összetevők ellen irányul, amelyek a sejteket a basalis membránhoz kötik. Különböző autoantigen fehérjéket mutattak ki.[1]

Klinikai diagnosztika

A leggyakoribb az orális léziókkal társuló *benignus nyálkahártya pemphigoid*. Jellemző, hogy a szájnyálkahártyán nagy, vastag falú hólyagok képződnek, amelyek idővel felszakadnak, és nagy fehéres hámréteggel fedett kollabált bullát hagynak maguk után, amelyből csak idővel alakul ki mély erózió. A több hónapig fennálló erózió lassan gyógyul, jelentős hegesedés kíséretében *(15/a-b. ábra)*. A szájnyálkahártya-lézió azonban nem a legveszélyesebb. A legmagasabb rizikócsoportba a szemet érintő és a trachea és oesophagus nyálkahártyáján eróziókat okozó forma sorolható, mivel az előbbi végül vaksággal *(16. ábra)*, az utóbbiak a betegség későbbi stádiumában a hegesedés okán súlyos légzési és táplálkozási képtelenséggel járhatnak. Bőrlézió csak az esetek kisebb hányadában (25%) fordul elő, és ez nem jár súlyos hegképződéssel. Leggyakrabban az arcon, a nyakon és a hajas fejbőrön alakulnak ki hólyagok, amelyek felszakadnak, és atrófiás heggel gyógyulnak.

Laboratóriumi diagnosztika

Fontos a szövettani diagnózis. A biopsziás anyagban subepithelialis hasadék látható, enyhe gyulladással. Direkt immunofluorescens technikával a basalis membránhoz kötődő ellenanyagok mutathatók ki.
Differenciáldiagnosztikai szempontból szóba jönnek az erythema multiforme különböző súlyosságú formái, és egyéb autoimmun bullosus betegségek (pemphigus, bullosus pemphigoid).

Terápia

A kezelési elvek megegyeznek a korábbi kórképeknél tárgyalt terápiás protokollal. A kezelés a betegség súlyosságától és lokalizációjától függ. A szem, oesophagus, larynx és genitális elváltozások agresszív kezelést igényelnek, adekvát dózisú szisztémás szteroid adásával. Az oralis pemphigoid, bár fájdalmas, nagyon kellemetlen betegség, nem jelent sem életveszélyt, sem komolyabb vitális komplikációt, ezért először megkísérelhető helyi szteroid alkalmazása, intrafokális szteroid infiltráció, a fájdalom csökkentésére felületi lidocain spray vagy suspensio anaesthetica. Súlyos esetben szisztémásan napi 50–60 mg prednisolon adható (Medrol), ez általában elegendő a tünetek megszüntetésére. Mivel ezt krónikusan, kúraként kell alkalmaznunk, mindig mérlegelni kell a tartós szteroid-kezelés negatív mellékhatásait, ezért, amennyiben bármilyen egyéb kezeléssel célt érünk el, nem szabad a szisztémás szteroid-kezeléshez folyamodnunk. Egyes esetekben avlosulfon (Dapson) vagy Doxycyclin kezeléssel is jó eredményekről számoltak be.

Autoimmun bőrgyógyászati betegségek nagyon gyakran kezdődnek szájnyálkahártya-lézióval, emiatt a páciens először fogorvoshoz fordul, mert a fájdalmas szájnyálkahártya-eróziók, felületes fekélyek miatt nem tud táplálkozni, beszélni, egyáltalán létezni. Fontos, hogy a fogorvos felismerje és elkülönítse a banális aphthatól vagy a herpeses stomatitistől, és a pácienst idejében megfelelő szakorvoshoz küldje, ahol adekvát, bár sajnos a betegségek természetéből fakadóan legtöbbször nem oki, csak szupportív kezelést kaphat.

Irodalom

1. Bőrgyógyászat és venerológia Szerk.: Kárpáti Sarolta. Medicina 2013 Autoimmun hólyagos betegségek (Preisz Klára és Kárpáti Sarolta) 25. fejezet 463-487.
2. Burkit's Oral Medicine 9. kiadás Szerk.: Lynch MA, Brightman VJ Greenberg MS. Lippincott-Raven - Ulcerative, vesicular and bullous lesions 11-51. oldal.
3. Szájbetegségek: Szerk. Sallay Kornélia, Medicina 1984. Rácz István: Hólyagos Bőrbetegségek fejezet
4. Sonkodi István: Orális és maxillofaciális medicina. Semmelweis Kiadó, 2006.
5. George Laskaris: Color Atlas of Oral Diseases Thieme 1994.
6. George Laskaris & Crispian Scully: Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases Springer 2002.





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 rizikóanalízis fontossága a parodontális egészség megőrzésében és a betegség megelőzésében

Deborah M. Lyle
Director of Professional and Clinic Affairs
Water Pik Inc., Fort Collins, Colorado

A fogágy-gyulladás megelőzése komplex és összetett folyamat, mely magában foglalja a rizikóanalízist, a részletes általános és fogászati anamnézist, az egyéni szokásokat, valamint a páciens értékeinek és prognózisának elemzését. Az analízisből és eredményekből levont következtetések támpontot adnak egy individuális és átfogó kezelési tervhez, mellyel csökkenthető a parodontális betegség rizikója, és elősegíthető a jobb szájhigiéne. Ezeken alapszik a parodontális kezelés eredménye és prognózisa, ahogyan a módosítható rizikófaktorokon való változtatás és a prevenciós életmód betartása is. Ez a cikk a rizikóanalízis fontosságát és a rizikótényezők – például a 2-es típusú diabetes mellitus és a dohányzás – szerepét tárgyalja a parodontium egészségében; továbbá módszeres áttekintést ad az egyéni szájhigiénéről.

Célkitűzések

- *Ismertetni a parodontális terápia rizikóanalízisének fontosságát, és felismerni a módosítható és nem módosítható rizikótényezőket.*
- *Megvitatni, hogyan befolyásolják a szisztémás rizikótényezők a szájhigiénét és a kezelés eredményét.*
- *Kialakítani egy kezelési tervet a rizikófaktorok csökkentésére és a szájápolás javítására.*

A fogágybetegség bakteriális infekció, melyet számos faktor elősegít, ezek közé tartozik a dohányzás, a cukorbetegség, az életkor, a rassz, a gyógyszer-mellékhatások, a genetika, a szociogazdasági státusz és a szájhigiéne. Az Egyesült Államokban széles körben elterjedt, a 30 éves vagy annál idősebb populáció 47%-ában, melyből 8,7% enyhe, 30% közepesen súlyos és 8,5% súlyos fogágy-gyulladás.[1] A magasabb kor összefüggésbe hoz-

ható a súlyosság mértékével. A 65 évnél idősebb felnőttek esetében a betegség többnyire közepes és súlyos fokú. Ez a figyelemreméltó téma, miszerint az ínybetegség és szisztémás megbetegedés kapcsolatban áll, a médián és a tömegtájékoztatáson keresztül keltette fel a nyilvánosság figyelmét.

A paradigmák, melyek ma a fogágybetegség patogenezisét célzottak megérteni, az évtizedek során megváltoztak, a nem specifikus plakk-hipotézistől (plakk eltávolítása) a specifikus plakk-hipotézisen át (azonosított mikrobiológiai patogének) a mai jelenlegi felfogásig, mely szerint a fogágybetegség progressziója és kezelése multifaktoriális. Ez a gondolkodásmódbeli változás jelentősen befolyásolta a fogorvosok szemléletét a fogágybetegségek kiértékelésében és kezelésében.

Parodontális rizikóanalízis

A fogágybetegség megelőzése és kezelése függ a klinikai és kórtörténeti adatok átfogó dokumentációjától és a páciens hozzáállásától. A rizikóanalízis azon kvalitatív és kvantitatív információk kiértékeléséből áll, melyeket az általános, fogászati és személyes kórtörténeti, valamint parodontális adatokból, továbbá követéses folyamatokból nyernek. A páciensközpontú kezelési terv alapja a kockázati tényezők és a várható eredmények teljes ismeretén alapuló rizikóanalízis, amely segíti a betegeket a megfelelő döntés meghozatalában.[2,3] A parodontális rizikótényezők lehetnek módosíthatók, ezek a megváltoztatható magatartásformák, vagy nem módosíthatók, amelyeken nem lehet változtatni *(1. táblázat)*. Etiológiájuk szerint következőképpen csoportosíthatók: szisztémás, genetikai, környezettel kapcsolatos vagy viselkedésbeli tényezők.

Szisztémás rizikófaktorok

2-es típusú diabetes mellitus

2-es típusú DM az Egyesült Államokban kb. 25,8 millió embert érint, ez a lakosság 8,3%-a. Körülbelül 7 milliónak nincs tudomása róla, vagyis nincs diagnosztizálva.[4] A 2-es típus gyakoribb a 65 év feletti korosztályban. Előfordulása – az elhízás növekvő tendenciájának köszönhetően – a fiatalabbak körében növekszik.[5] A cukorbetegség fontos rizikótényezője a parodontitisnek, hiszen jól megalapozott tény, hogy a diabetes és a fogágybetegség kétirányú kapcsolatban van. A cukorbetegség növeli a parodontitis rizikóját, és a szisztémás gyulladásos megterhelés fogágy-gyulladással társulva negatív hatással van a glükóz értékére.[6] A cukorbetegségben szenvedőknél kétszer nagyobb az esély parodontitis kialakulására, és 2,9-szer nagyobbra nőhet, ha nincs megfelelő glükózkontroll. A dohányzást ehhez hozzáadva a súlyos fogágybetegség rizikója 4,6-szorosára emel-



kedik.[7] Minden betegség magasabb szintű szisztémás gyulladást okoz, elősegítve az inzulinrezisztenciát, a nem megfelelő glükózszintet, és a még agresszívebb fogágybetegséget.[8] Az előrehaladott fogágybetegséghez súlyos cukorbetegséghez köthető szövődmények társíthatók, melyek növelik a mortalitás rizikóját. A súlyos fogágybetegség 2-es típusú diabetesszel együtt komoly előjele az ischaemiás szívbetegség, a nephropathia és a végstádiumú vesebetegségből eredő mortalitásnak.[9,10] Veszélyben vannak a cukorbetegségben szenvedő gyermekek is a 6–11 éves korosztályban, ahol a megegyező mennyiségű biofilm 2-szer olyan mértékű gyulladást és tapadásveszteséget okoz, mint az egészségesekben.[6,11] Serdülőkorban ez tovább romolhat. Amikor megvizsgálták a parodontális terápia jótékony hatását a glikémiás értékre, az A1 szint 0,4-ről 0,7-re való növekedése statisztikailag javuló százalékot mutatott. Annak ellenére, hogy ezek a kutatások ígéretesek, hosszú távú tanulmányokra is szükség van. Jelenleg a szisztémás gyulladás csökkentése a legfontosabb.

Obesitas és metabolikus szindróma

A Centers for Disease Controll and Prevention elnevezésű szervezet szerint 2011-12-ben a felnőttek több mint harmada volt túlsúlyos. Az érték kicsivel magasabb a középkorú felnőttek körében, a fiatalabb (30,3%) és az idősebb (35,4%) emberekhez viszonyítva. Az elhízás előfordulása magasabb a nem hispán feketékben és hispánokban (42,5%), a nem hispán fehérekhez (32,4%) képest. Az elmúlt 30 évben a gyermekkori elhízások száma több mint duplájára, míg az ifjúkori triplájára nőtt, 7%-ról 18%-ra 6-11 éveseknél, 5%-ról 18%-ra a 12-19 éves korosztályban. 2010-ben a gyermekek és ifjúkorúak több mint egyharmada túlsúlyos vagy elhízott volt.[13] Az elhízást gyulladásos állapotnak tartják, ami jelentős rizikótényező 2-es típusú diabetesre, és kapcsolatban áll több krónikus megbetegedéssel. Az elhízás növeli a kardiovaszkuláris betegségek, az ortopédiai komplikációk és a rák rizikóját, valamint szociális és pszichés problémákat okoz. Az elhízás fontos előjele a fogágybetegségnek, és úgy tűnik, az inzulinrezisztencia elősegíti ezt. Kutatók szerint a zsírszövet adipocytái felerősítik a porc gyulladásos mediátorait, melyek hatására gyulladás alakul ki, ami növelheti a fogágybetegség és inzulinrezisztencia rizikóját.[14] A metabolikus szindróma a rizikófaktorok csoportja, amely néhány egyénben előfordulhat *(2. táblázat)*. A metabolikus szindróma kialakulása szoros összefüggést mutat az elhízással és a fizikai aktivitás hiányával. Ezeket a rizikótényezőket figyelembe kell venni a túlsúlyos vagy elhízott fogászati betegek megfigyelésénél és kiértékelésénél.[15]

Osteoporosis és osteopenia

A WHO (World Health Organization) az osteoporosist fiatal egészséges nőknél a Bone Mineral Density (BMD) -2,5 (T-score) vagy annál kisebb értékével jellemzi. Osteopenia esetén a T-score -1,0 és -2,5 érték között van.[16] A National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) adata szerint 4–6 millió nőnek osteoporosisa, míg 13–17 milliónak osteopeniája van, férfiakban ez 1–2, illetve 8–13 millió.[17] A legfőbb rizikótényező nőknél az osteoporosis, a menopausa, melynek során – az ösztrogénszint változásának köszönhetően – növekszik a csontreszorpció. Adatok mutatják, hogy az osteoporosis a fogvesztés és a mandibula osteoporosisának rizikófaktora.[18,19] Egy kutatás rávilágított arra, hogy minden 1%-nyi teljes test BMD értékcsökkenés évente és a fogvesztés rizikója menopausán átesett hölgyeknél megnégyszereződött. Néhány kutatás szerint korreláció van a BMD csökkenése, a klinikai tapadásveszteség növekedése, az állcsont csontreszorpciója, de leginkább a fogvesztés között. Osteoporosis és osteopenia terápiája lehet kalciumpótlás, D-vitamin szedése, hormonpótló kezelés, antireszorpciós szerek és olyan anyagok bevitele, melyek stimulálják a csontképződést. Ezen hatóanyagok parodontális terápiában

(x)



Gut gehende Zahnarztpraxis

(143 m²) aus altersgründen im nördlichen Brandenburg abzugen.
2 Behandlungsräume und Rezeption.
Kein Anfangskapitol notwendig, keine Kreditaufnahme – faire vereinbarung.
Kontakt: +49152 52498848, Praxis-Spitzkat@gmx.de

Jól menő fogorvospraxis

(143 m²-en) korosodás miatt átadandó.
Két kezelőhelyiség és recepció.
Kezdőtőke nem szükséges, kölcsönfelvétel nélkül – korrekt megegyezés.
Kapcsolat: +49152 52498848, Praxis-Spitzkat@gmx.de

való alkalmazása túlmutat ennek a cikknek a célkitűzésein.

Genetika

A génállomány feltérképezésével kiderültek a genetikai rizikótényezők a szívkoszorúér-megbetegedésben, 2-es típusú diabetesben és más betegségekben. A közelmúltban értékelték a fogágybetegség genetikáját is. Egy kutatásban, melynek során 1020 felnőttet vizsgáltak egészségestől súlyosig terjedő fogágybetegséggel, kutatók 13 helyről találtak elfogadható bizonyítékot, ami összefüggésbe hozható a parodontopathogén kolonizációval. Statisztikailag szignifikáns eredményt a fogágybetegség állapotával nem sikerült kimutatni.[20] A minta ugyan kicsi volt, a dohányzás és az elhízás fontosabb szerepet tölt be a rizikótényezők között, mint a genetikai faktor.[21] A genetikai jelző felelős az IL-1 termelés akár 3-szorosára való növekedéséért és a súlyos fogágybetegség megnövekedett rizikójáért, mely magában foglalja az interleukin-1béta gén (IL-1 genotípus) polimorfizmusait. Ez nem jellemző az egész populációra, hiszen jórészt fehérekben és nem hispán egyénekben találtak, és nincs bizonyosság a többi rasszt és etnikai csoportot illetően. Az IL-1 genotípus nem okoz fogágybetegséget, de ahogyan más rizikófaktorok is, szerepet játszik a fogágy-gyulladás kialakulásában, súlyosságának mértékében, valamint a kezelés kimenetelében. Ez a szervezet válaszához köthető, melyet a bakteriális fertőzésre ad gyulladásos mediátorok túltermelésével.[21,22] Mivel sok fogágybetegségben szenvedő ember dohányzik, fontos volt elkülöníteni a dohányzás hatását a betegség progressziójára és súlyosságára, az IL-1 genotípus hatásától. Kornman és munkatársai súlyos fogágybetegséget fedeztek fel nem dohányzó és gén-pozitív egyénekben. Dohányzókban a súlyos parodontitis nem korrelált a genotípussal. Ebben a vizsgálatban a betegek 86%-ában vagy a dohányzás, vagy a genotípus volt felelős a súlyos fogágy-gyulladásért. Ez a felfedezés magyarázatot ad azoknak a pácienseknek, akiknél a nyilvánvaló rizikófaktorok hiányoznak, mégis szervezetük fokozott választ ad a biofilmre. Náluk indokolatlan fogágy-gyulladás alakult ki.[21]

Környezeti rizikófaktorok

A dohányzás egy jól megalapozott rizikófaktora a szájüregi betegségeknek és a ráknak. Minden beteget, beleértve a gyerekeket és a serdülőkorban lévőket, szűrni kellene. Minden nap 4000 18 éves kor alatti próbálja ki az első cigarettáját, és több mint 950 válik rendszeres fogyasztóvá. A dohányzó kamaszok több látható plakkal, mélyebb tasakokkal (>4 mm) és ínyalatti fogkővel rendelkeznek. Gyakrabban fordul elő, és súlyo-



Parodontális betegségek rizikófaktorai
MÓDOSÍTHATÓK
dohányzás
szájüregi egészségi állapot
biofilm, szájflóra
plakkretenciós tényezők: nem megfelelő restaurátumok, fogszabályozó készülék, kivehető fogsor
diabetes mellitus
osteoporosis
xerostomia: gyógyszer vagy szisztémás betegség okozta
immunszuppresszió: szervtranszplantáció, autoimmun betegség, kemoterápia, HIV és AIDS
NEM MÓDOSÍTHATÓK
életkor: prevalencia nagyobb idősebb korban
nem: férfiak esetében gyakrabban alakul ki súlyos fogágybetegség
genetika

1. táblázat

Metabolikus szindróma
Elhízás (hasi típus), derékkörfogat: férfiak: 102 cm, illetve nagyobb, nők: 88 cm, illetve nagyobb.
A szérum emelkedett trigliceridszintje: 1,69 mmol/l, illetve nagyobb.
Csökkent HDL-koleszterinszint: férfiak: 1,04 mmol/l értéknél kisebb, nők: 1,29 mmol/l értéknél kisebb.
Vérnyomás: 130/85 Hgmm, illetve nagyobb.
Éhgyomri vércukor: 6,1 mmol/l, illetve nagyobb.

2. táblázat

sabb fogágybetegség jellemző náluk, mint a nem dohányzóknál.[24,25] Azok a fiatalok, akik életük során legalább 100 szálat elszívtak, szeretnének leszokni, de ezt nehéznek találják.[23] Az aktív dohányosok rizikója a fogágybetegségre 20-szoros a dohányzással felhagyók és a soha nem dohányzókhoz képest.[26] A dohányosok hajlamosak nagyobb csontpusztulásra, recesszióra, mélyebb tasakokra, megnövekedett furcatio lézióra és fogvesztésre.[26,27] Tájékoztatni kell őket a dohányzás szájüregi hatásairól és a fogágykezelés kevésbé kedvező eredményéről[30], továbbá arról, hogy a dohányzással felhagyó pácienseknél a fogágykezelés során jobb eredményt lehet elérni. A dohányzásról való leszokás fontos szerepet játszik a szájüregi állapot megőrzésében és a páciens általános egészségében. A legtöbb általános anamnézis formulában rákérdeznek a dohányzásra. Az első lépés az adatgyűjtés, melyben szerepel a gyakoriság és a dózis. A fogorvos eldöntheti, hogy tanácsot ad, vagy rehabilitációs kezelésre utalja be a pácienst *(3. táblázat)*.

Rehabilitációs programok és források
Centers for Disease Control and Prevention
http://www.cdc.gov/Tobacco/quit_smoking/cessation/index.htm
American Lung Association
http://www.lung.org/stop-smoking/how-to-quit/getting -help/
National Cancer Institute
http://smokefree.gov/

3. táblázat

Magatartási tényezők

Stressz

Kimutatták, hogy a stressz, a szorongás és a depresszió hatással van a szájüreg állapotára, növeli a fogágybetegség rizikóját. Friss kutatások során megvizsgálták a krónikus fogágybetegséggel való kapcsolatot, és kiderült, hogy a krónikus stresszben élő pácienseknél gyakoribb a krónikus fogágybetegség. Az is kiderült, hogy a stresszt jobban elviselőknél kevésbé súlyos fogágy-gyulladás alakult ki, mint akik a stresszt rosszabbul tűrik.[31] Az összefüggésnek két oka van: viselkedésbeli és élettani. Stresszben szenvedő egyének kevesebb figyelmet fordítanak az étrendre és a szájhigiénéra, valamint a dohányzás és az alkohol fogyasztása is fokozódhat. Azok az emberek, akik folyamatosan nagy stressznek vannak kitéve, nagyobb mennyiségű kortizolhormont választanak ki, ami negatív hatással van a szervezet gyulladást szabályozó képességére.[31]

Rossz szájhigiéne

A fogyágybetegség rizikófaktorai közül a szájhigiéne a legkönnyebben módosítható tényező. Az adatok alapján mégis úgy tűnik, sok beteg nem jártas a szájápo-

Új, prémium minőségű termékek

Realtrade

Realfill LC Nanostar

Alacsony zsugorodású és kopású, fényre kötő nano kompozit tömőanyag
light cure nano-composite

4g fecskendő/syringe

Realfill LC Nanoflow

Fényre kötő, alacsony zsugorodású, nano kompozit folyékony tömőanyag
light cure nano-composite flowable

2ml fecskendő/syringe

Realprovi KB 4:1

Önkötő, ideiglenes korona és híd anyag
automix temporary crown & bridge material

50ml automix patron/automix cartrige
10 keverőcsőr/mixing cannulas

Realbond LC desensitizer

Fényre kötő egykomponensű
ragasztó-rendszer
érzékenységcsökkentő anyaggal
light curing one bottle
desensitizing &
adhesive agent

Realbase CH Line

Kalcium hidroxid alábélelő - calcium hydroxide liner

4g fecskendő/syringe

Realfill LC Provi

Ideiglenes fényre kötő tömőanyag
light cure temporary filling material

4g fecskendő/syringe

Telefon: +36 1 261 6630
info@realtrade.hu www.realtrade.hu

lás terén.[32] A legtöbben nem tisztítják a fogközöket, a fogápolás nem megfelelő technikával történik, gyakran egyes területek kimaradnak. A páciens feladata a naponta elvégzett plakk-kontroll. Azok a betegek, akik implantátummal, fogszabályozó készülékkel, koronákkal, hidakkal rendelkeznek, cukorbetegségben szenvednek, és akik parodontológiai kezelés alatt állnak, jellemzően nehezen alakítják ki a jó plakk-kontrollt. A szájhigiénés instruálás hagyományosan a fogmosásra és a fogselymezésre korlátozódik. A gyakorlatban az eredmények azonban mást mutatnak. Egy módszeres összegzés[33] klinikai vizsgálatokat mutatott be, amelyben a fogmosás és a fogselymezés együttes használatát vetették össze a fogmosással önmagában. Az adatokat 2007 decemberéig összehasonlítva a kutatók csak 11 olyan vizsgálatot találtak, melyek megfeleltek a kritériumoknak. A legtöbb nem mutatott különbséget sem a plakk-eltávolításban, sem az ínyvérzés és gingivitis mértékének csökkenésében. A meta-analízis elkészülte után a szerzők nem találtak eltérést a kiindulási és végső plakk és gingivalis indexek között. Végezetül tudományos bizonyítékot sem találtak a fogközök fogselyemmel való tisztításának hagyományos ajánlására. Úgy gondolták, azoknak a pácienseknek szánják a használatát, akik jó technikával rendelkeznek. Egy újabb áttekintés 2011 októberéig hasonlította össze az adatokat.[34] Ennek a kutatásnak a tárgya összevetni a fogkefével és fogselyemmel, illetve csak a fogkefével való szájápolás sikerességét felnőtteknél, fogágybetegség és fogszuvasodás esetén.[35] A kutatás tizenkét kísérletből állt. A szerzők kevés és nem megbízható bizonyítékot találtak arra nézve, hogy a fogkefe és fogselyem együttes használata összefüggésbe hozható a plakk mennyiségének kismértékű csökkenésével, rövid idő alatt. Ez egy korábbi vizsgálatot támaszt alá, melyben nem szerepelt adat arra vonatkozóan, hogy az interproximális caries csökkenthető fogselyem és fogkefe használatával. Összehasonlították a szájzuhanyt a fogselyem használatával, és a kutatás során kiderült, hogy a szájzuhanynak jobb plakk-eltávolító[36], gingivitis[37] és ínyvérzés[38] mértékét csökkentő hatása lehet, mint a fogselyemnek. Ezek az adatok a szakembereknek egy hatásosabb alternatí-

Irodalom

1. Eke PI, Dye BA, Wei L, et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res. 2012;91(10):914-920.
2. Nunn ME. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. Periodontol 2000. 2003;32:11-23.
3. Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. Periodontol 2000. 2001;25:37-58.
4. National diabetes statistics, 2011. National Diabetes Information Clearinghouse Web site. http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/#fast. Accessed February 13, 2014.
5. Prevalence of obesity among adults: United States, 2011-2012. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db131.htm. Accessed February 13, 2014.
6. Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. J Periodontol. 2006;77(8):1289-1303.
7. National Diabetes Fact Sheet, 2011. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheet11.htm. Accessed February 17, 2014.
8. Genco RJ. Oral health and diabetes. In: Glick M, ed. The Oral-Systemic Health Connection: A Guide to Patient Care. Hanover Park, IL: Quintessence Publishing; 2014:121-138.
9. Saremi A, Nelson RG, Tulloch-Reid M, et al. Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2005;28(1):27-32.
10. Shultis WA, Weil EJ, Looker HC, et al. Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007;30(2):306-311.
11. Lalla E, Cheng B, Lal S, et al. Periodontal changes in children and adolescents with diabetes: a case-control study. Diabetes Care. 2006;29(2):295-299.
12. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, et al. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(5):CD004714.
13. FactStats: obesity and overweight. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/nchs/fastats/overwt.htm. Accessed February 18, 2014.
14. Genco RJ, Grossi SG, Ho A, et al. A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections. J Periodontol. 2005;76(11 suppl):2075-2084.
15. What is metabolic syndrome? National Heart, Lung, and Blood Institute Web site. http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/ms/. Accessed February 13, 2014.
16. WHO Scientific Group on the Assessment of Osteoporosis at Primary Health Care Level. Summary meeting report. Brussels, Belgium, 5-7 May 2004. www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf. Accessed April 17, 2014.
17. National Health and Nutrition Examination Survey. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm. Accessed February 13, 2014.
18. Krall EA, Garcia RI, Dawson-Hughes B. Increased risk for tooth loss is related to bone loss at the whole body, hip, and spine. Calcif Tissue Int. 1996;59(6):433-437.
19. Krall EA, Dawson-Hughes B, Papas A, Garcia RI. Tooth loss and skeletal bone density in healthy postmenopausal women. Osteoporos Int. 1994;4(2):104-109.
20. Divaris K, Monda KL, North KE, et al. Genome-wide association study of periodontal pathogen colonization. J Dent Res. 2012;91(suppl 1):21S-26S.
21. Kornman KS, Crane A, Wang HY, et al. The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. J Clin Periodontol. 1997;24(1):72-77.
22. Kornman KS, di Giovine FS. Genetic variations in cytokine expression: a risk factor for severity of adult periodontitis. Ann Periodontol. 1998;3(1):327-338.
23. Children and teens. American Lung Association Web site. http://www.lung.org/stop-smoking/about-smoking/facts-figures/children-teens-and-tobacco.html. Accessed February 11, 2014.

vát nyújthatnak. A szájzuhanyról kimutatták továbbá, hogy azoknál a betegeknél, akik cukorbetegségben[40] szenvednek, implantátum[39] vagy fogszabályozó készülékük[41] van, illetve fogágykezelés alatt állnak, hatásosabb lehet, mint a hagyományos szájhigiéniai módszerek.[42] Szájzuhannyal a gyulladásos mediátorok számát csökkenteni lehet a sulcusváladékban és a vérszérumban,[40,43] ami a szájüregi infekciók megelőzésére és a szájüreg megfelelő egészségi állapotának kialakítására jótékony hatással van.

Konklúzió

A fogászati és dentálhigiénés gyakorlat alapja a prevenció és az egészség promóciója. A páciens általános és fogászati anamnézisének részletes és átfogó kiértékelése alapvető információkat ad a minden részletre kiterjedő kezelési terv elkészítéséhez. Egy széleskörű kezelési terv kialakítása több résztvevő együttműködését és kommunikációját igényli. Szükséges lehet megvitatni a kezelés aspektusait a páciens elsődleges kezelőorvosával vagy specialistájával, aki lehet endokrinológus vagy kardiológus. A kezelés adott esetben elhalasztható, hogy a beteg megkezdhesse például a dohányzásról leszoktató programját, és ha az sikeres, akkor bizonyos kezelések elhagyhatók, illetve javulhat a helyreállító kezelések prognózisa. Ez egy csapatmunka, ahol a közösen megvitatott előírások nyomán a folyamat lépésenként, gördülékenyen halad. Az első és legfőbb feladat megállapítani a fogágy állapotát. A folyamatot a fogágybetegség stabilizálása előtt helytelen és nem etikus helyreállító kezeléssel kezdeni. Szükséges lehet újragondolni a kezelési tervet, és a gondozás folyamatának kimenetelétől függően változtatni rajta. A fogágybetegség káros hatásainak csökkentéséhez egy egyszerű „tisztítás" nem elegendő. A rizikófaktorok megértése nélkül a kezelés egyszerűen felületes.

Forrás: Compendium of Continuing Education in Dentistry 2014. június

Fordította: Dr. Zavaros Ádám

24. Heasman L, Stacey F, Preshaw PM, et al. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. J Clin Periodontol. 2006;33(4):241-253.
25. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. J Periodontol. 2004;75(2):196-209.
26. Bergström J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. Odontology. 2004;92(1):1-8.
27. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. J Periodontol. 1994;65(3):260-267.
28. Position paper: tobacco use and the periodontal patient. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. J Periodontol. 1999;70(11):1419-1427.
29. Mavropoulus A, Aars H, Brodin P. Hyperaemic response to cigarette smoking in healthy gingiva. J Clin Periodontol. 2003;30(3):214-221.
30. Grossi SG, Zambon J, Machtei EE, et al. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. J Am Dent Assoc. 1997;128(5):599-607.
31. Peruzzo DC, Benatti BB, Ambrosano GM, et al. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. J Periodontol. 2007;78(8):1491-1504.
32. van der Weijden F, Slot DE. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. Periodontol 2000. 2011;55(1):104-123.
33. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. Int J Dent Hyg. 2008;6(4):265-279.
34. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7(12):CD008829.
35. Hujoel PP, Cunha-Cruz J, Banting DW, Loesche WJ. Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. J Dent Res. 2006;85(4):298-305.
36. Goyal CR, Lyle DM, Qaqish JG, Schuller R. Evaluation of the plaque removal efficacy of a water flosser compared to string floss in adults after a single use. J Clin Dent. 2013;24(2):37-42.
37. Barnes CM, Russell CM, Reinhardt RA, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis, and supragingival plaque. J Clin Dent. 2005;16(3):71-77.
38. Rosema NA, Hennequin-Hoenderdos NL, Berchier, CE, et al. The effect of different interdental cleaning devices on gingival bleeding. J Int Acad Periodontol. 2011;13(1):2-10.
39. Magnuson B, Harsono M, Stark PC, et al. Comparison of the effect of two interdental cleaning devices around implants on the reduction of bleeding: a 30-day randomized clinical trial. Compend Contin Educ Dent. 2013;34(spec iss 8):2-7.
40. Al-Mubarak S, Ciancio S, Aljada A, et al. Comparative evaluation of adjunctive oral irrigation in diabetics. J Clin Periodontol. 2002;29(4):295-300.
41. Sharma NC, Lyle DM, Qaqish JG, et al. Effect of a dental water jet with orthodontic tip on plaque and bleeding in adolescent patients with fixed orthodontic appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008;133(4):565-571.
42. Newman MG, Cattabriga M, Etienne D, et al. Effectiveness of adjunctive irrigation in early periodontitis: multi-center evaluation. J Periodontol. 1994;65(3):224-229.
43. Cutler CW, Stanford TW, Abraham C, et al. Clinical benefits of oral irrigation for periodontitis are related to reduction of pro-inflammatory cytokine levels and plaque. J Clin Periodontol. 2000;27(2):134-143.

See more at: http://cced.cdeworld.com/courses/4770-Risk_Assessment_a_Key_to_Periodontal_Health_Promotion_and_Disease_Prevention#sthash.qlSy6hV7.dpuf



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 buccalis csontlemez átépülésének elfedése kötőszöveti grafttal az esztétikai régióban: azonnali implantációs koncepciók és technikák

Bobby Butler
Affiliate Faculty, University of Washington, Seattle, Washington

Az azonnali implantáció tervezésekor számos tényezőt kell figyelembe venni a maxilla frontális régiójában, különös tekintettel a buccalis csontlemez átépülésének biológiai sajátosságaira. Számos különböző technikát írtak le, hogy minimalizálják az alveolaris és gingivalis reszorpciót azonnali implantátum behelyezése után, köztük olyan eljárásokat, melyekben szemcsés csontpótlókat és kötőszöveti graftokat alkalmaztak. Teljes vastag lebenyek, félvastag lebenyek és koronálisan behelyezetett kis subepithelialis kötőszöveti lebenyek (SCTG subepithelial connective tissue graft) alkalmazása hatással lehet a buccalis csont átépülésére. Az alábbi esetsorozat autogén SCTG alkalmazásának technikáit mutatja be azonnali implantátum behelyezésekor.

Az azonnali és késleltetett implantációnak különböző indikációi vannak, de mindkettőnél egyformán sikeres az implantátum osszeointegrációja. Az esztétikai régióban végzett azonnali implantáció ma már rutineljárásnak számít, és a kozmetikai eredmények is sikeresnek mondhatók.[1-3] Számos tényezőt kell figyelembe venni azonnali implantáció tervezésekor a maxilla frontális régiójában, különös tekintettel a buccalis csontlemez átépülésének biológiai sajátosságaira.[4] Az egyedi klinikai vizsgálatok és radiológiai mérések határozzák meg, hogy alveolus prezerválót és késleltetett implantációt, vagy azonnali implantációt tervezünk, azonnali ideiglenes készítéssel vagy anélkül. A késleltetett implantáció előtt végzett alveolus prezerváció mellett is felszívódik a buccalis lemez egy része, ezzel csak csökkenteni tudjuk a reszorpció mértékét.[5]

A műtéti technika megválasztása az anatómiai és klinikai vizsgálatok alapján történik.[6] Az azonnali implantátum-

behelyezés akkor javasolt, ha a megfelelő esztétikai tulajdonságú lágy- és keményszövet fenntartható.[2,3] Az azonnali implantációval elért sikerarány kiváló, és hasonló a késleltetett vagy késői implantáció sikerességéhez.[3] A kérdés az, hogy az azonnali implantáció segítségével menynyire sikerül megőrizni a megfelelő esztétikai tulajdonságú periimplantáris kemény- és lágyszöveti viszonyokat. Covani vizsgálataiban átlagosan 4 mm orofaciális csontlebomlást tapasztalt a maxilla frontális régiójában azonnali implantáció után.[7] Néhány esetben ettől szignifikánsan nagyobb csontlebomlás volt. Bizonyított, hogy az azonnali implantáció nem állítja le és nem csökkenti a buccalis csont átépülését.[4,7] Az azonnali implantáció és ideiglenes készítés kiszámítható eredményt biztosít a papilla-prezervációban, de nem annyira kiszámítható a faciális ínykontúr (vertikális dimenzió) vagy a horizontális kresztális csontlebomlás mértékének tekintetében.[8]

Számos technika létezik az alveolaris csont és a gingiva reszorpciójának minimalizálására azonnali implantációnál. A hézagkitöltésre több szerző szemcsés csontpótló és/vagy kötőszöveti graft alkalmazását javasolta.[8-10] A mineralizált allograftok vagy xenograftok csökkentik a buccalis csontlemez felszívódását a középső gyökérzónában, de marginálisan kevésbé hatékonyak.[9] Ezek az anyagok akkor sem bizonyultak elég hatékonynak, ha a buccalis csontlemez túlságosan vékony. Az autogén kötőszöveti graftok azonnali implantációban való alkalmazását számos szerző leírta.[10-17] Grunder 24 páciensen végzett implantációt a maxilla frontális régiójában kötőszöveti graft (SCTG) alkalmazásával vagy anélkül. Azt tapasztalta, hogy kötőszöveti graft nélkül az átlagos faciális recesszió 1,063 mm. Az esetek 33%-ában a faciális reszorpció 1 és 1,5 mm között, és 16,6%-ában 1,5 és 2 mm között volt. Az SCTG csoportban a faciális horizontális nyereség átlagosan 0,34 mm volt. Az SCTG nélküli csoportban gyakran fordult elő az implantátum szürkés áttűnése a vékony gingiva biotípus és az elégtelen buccalis csontmennyiség miatt.[15] Kan publikált a legtöbbet ebben a témában. Egy frissen bemutatott azonnali implantációs vizsgálatában azt tapasztalta, hogy az SCTG nélküli esetekné nagyobb valószínűséggel fordult elő gingivális aszimmetria és recesszió az implantátum behelyezése után.[17]

Az autogén SCTG egyik hátránya lehet, hogy a buccalis perioszteum felemelésével csökkenhet a buccalis csontlemez vérellátása, ami további csontreszorpciót okozhat. Ennek a vékony csontlemeznek a vérellátása a perioszteumból és a buccalis parodontális rostokból származik, amit teljes vastagságú lebenyképzés és azonnali implantátum-behelyezés esetén elvágunk. A teljes vastagságú lebenyképzés vagy félvastag tunnelképzés, illetve a kisméretű SCTG alkalmazása szuprakresztális pozícióban azok a technikák, amelyek hatással lehetnek a buccalis csontlemez felszívódására. A kérdés csupán az, vajon képes-e az SCTG alkalmazása esztétikailag túlkompenzálni a buccalis csontlemez reszorpcióját és a vérellátás csökkenését. Az alábbi esetsorozat célja, hogy számba vegye a lehetséges technikákat az autogén SCTG alkalmazására azonnali implantációkor.

Azonnali implantáció SCTG nélkül

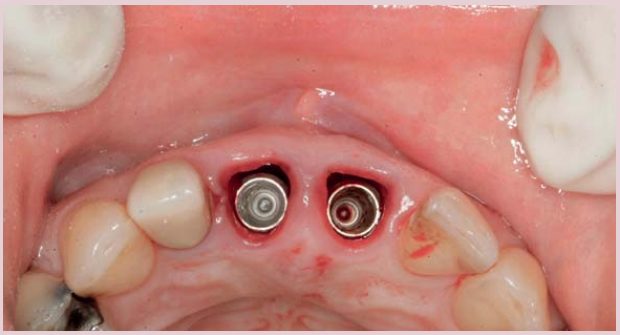
Az első két esetben olyan példákat mutatunk be, ahol nem alkalmaztunk SCTG-t. Ezekben az esetekben ínyzsugorodás figyelhető meg az azonnali implantációt követően. A biotípus mindig fontos kérdés. Kan vékony biotípusnál nagyobb eltéréseket tapasztalt az ínyzsugorodás mértékében.[16,17]

1. eset

Az első esetben *(1-4. ábra)* a biotípus vastag volt, és a fogak szögletes alakúak *(1. ábra)*. A nagymetszőket eltávolítottuk, és az implantátumokat az alveolus palatinális falába helyeztük *(2. ábra)*. Mint minden bemutatott esetben, a 1,5–2 mm széles faciális horizontális hézagot mineralizált, fagyasztott, szárított allografttal (FDBA) töltöttük ki. Két hónap múlva a marginális ínynívó még mindig a kismetszők ínynívójától koronálisabban helyezkedett el, és a buccalis gingiva még mindig elég vastag volt, minimális változással *(3. ábra)*. A *4. ábrán* a végleges pótlás látható két évvel az implantátumok behelyezése után. Megfigyelhető a gingiva vertikális és horizontális zsugorodása.



1. ábra: A kiindulási klinikai képen látható szögletes fogforma és a vastag biotípus. A nagymetszők marginális ínyszintje a kismetszőkétől koronálisabban helyezkedik el



2. ábra: A behelyezett implantátumok incizális nézetből



3. ábra: A marginális ínynívó két hónappal az azonnali implantáció és ideiglenes pótlás készítése után



4. ábra: A végleges pótlás elkészülése után két évvel

(Protetikai ellátás: Greggory Kinzer DDS, Seattle, Washington)

Az esztétikai eredmény meglehetősen pozitív lett. A buccalis csontlemez és a lágyszövetek átépülése még javította is az esztétikumot. Erre számítottunk, és ezért nem alkalmaztunk kötőszöveti graftot ebben az esetben. Érdemes megfigyelni, hogy még vastag biotípusnál, lebenyképzés nélkül, mineralizált csontpótló és azonnali ideiglenes pótlás alkalmazása mellett is szignifikáns vertikális és horizontális reszorpcióval kell számolni azonnali implantáció esetén.

2. eset

A második esetben *(5–7. ábra)* a páciens bal felső egyese mellett normál-vastag biotípus volt megfigyelhető.



5. ábra: A bal felső egyes azonnali implantátum behelyezése utáni klinikai kép incizális nézetből. Az implantátumra még aznap ideiglenes korona került



6. ábra: Három hónappal a műtét után a két egyes marginális ínyszintje majdnem egyforma

Az implantátum behelyezése SCTG alkalmazása nélkül történt *(5. ábra)*. Az azonnali implantációt követő két évben az ideiglenes, majd a végleges pótlás mellett folyamatos recesszió alakult ki. Ez jól megfigyelhető, ha összehasonlítjuk a műtét utáni három hónapos kontrollfelvételt, amikor az ínyszint körülbelül egyforma a két nagymetszőnél, a végleges pótlás utáni kétéves kontrollal, amikor körülbelül 2 mm eltérés van az ínynívók között. A páciens folyamatosan észlelte a recesszió növekedését és az implantátum szürkés átsejlésének fokozódását *(7. ábra)*.

Teljes vastagságú lebeny és SCTG

3. eset

A 3. esetben *(8–15. ábra)* a páciensnél a két felső egyesnél gingivális aszimmetria, a bal felső egyes gyökerén vertikális törés volt tapasztalható *(8. ábra)*. A kezelési tervben szerepelt a bal felső egyes eltávolítása és azonnali implantáció SCTG alkalmazása mellett. A fogeltávolítás és a csont rekontúrálása előtt teljes vastag lebenyt képeztünk *(9. ábra)*, hogy biztosítsuk a jobb felső egyeshez való hozzáférést koronahosszabbítás céljából. Az implantátum mellett a rést itt is FDBA-val töltöttük ki. Kiindulásnál 3mm gingivális aszimmetria és vastag biotípus volt megfigyelhető. Az implantátum behelyezése után *(10–11. ábra)* 1,5 mm vastagságú SCTG-t vettünk ki a



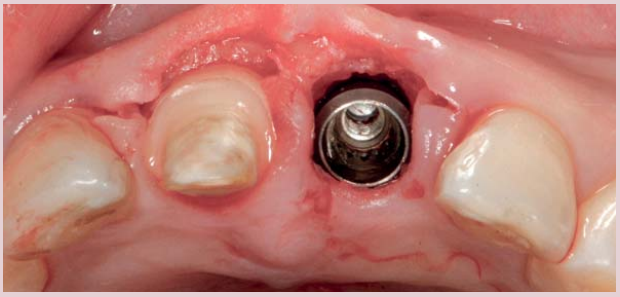
7. ábra: Két évvel a műtét után 2 mm eltérés figyelhető meg a marginális ínyszintben, és az implantátum szürkésen áttűnik az ínyen



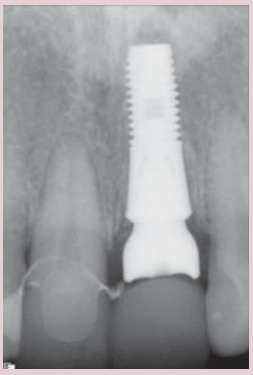
8. ábra: A kiindulási klinikai képen látható az ínyszél aszimmetriája. A bal felső egyes gyökerén vertikális fraktúra volt



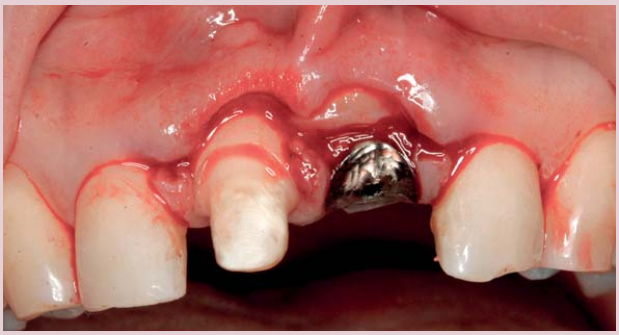
9. ábra: A bal felső egyes fogeltávolítás és a jobb felső egyes fog koronahosszabítása céljából végzett csont kontúrálása előtt teljes vastag lebenyt képeztünk



10. ábra: A behelyezett implantátum klinikai képe



11. ábra: A behelyezett implantátum röntgenképe



12. ábra: SCTG behelyezése



13. ábra: Az ideiglenes pótlás buccalis irányból. A sebzárás 7:0-s vicryllel történt



14. ábra: Végleges cirkon felépítmény



15. ábra: A végleges koronák (Protetikai ellátás: Greggory Kinzer DDS, Seattle, Washington)

palatumból, és helyeztük az implantátum faciális oldalára *(12.* ábra). Az ideiglenes pótlás a jobb egyesre ragasztott szabad végű híd volt *(13. ábra).* A végleges korona a fogra és az implantátumra 12 hónappal az implantátum behelyezése után készült el *(14–15. ábra).*

A végeredményben szimmetrikus ínynívót tudtunk kialakítani *(15. ábra).* Az SCTG segítségével meg tudtuk őrizni a megfelelő faciális vertikális és horizontális ínykontúrt. A teljes vastag lebenyképzés, amire a koronahosszabbítás miatt volt szükség, talán fokozta a



16. ábra: Kiindulási klinikai kép



17. ábra: A bal felső egyes fog eltávolítása után, a félvastag tunnel lebenypreparálás

buccalis csont reszorpcióját, de az SCTG segítségével kompenzálni tudtuk ezt a térfogatcsökkenést.

Félvastag tunnel és SCTG

4. eset

A tunnelképzés és a lebeny nélküli azonnali implantáció SCTG alkalmazása mellett csökkenti az alvaolus reszorpcióját és a csontátépülést. A 4. esetben *(16–23. ábra)* a páciensnek extrém hosszú klinikai koronái voltak (13 mm), és a szomszédos egyes fogon ínyrecesszió volt megfigyelhető *(16. ábra)*. A bal felső egyes menthetetlen volt, ezért eltávolítása után azonnali implantációt és ideiglenes pótlást készítését terveztük. A biotípus vékony volt, ezért mindkét egyesnél SCTG alkalmazása mellett döntöttünk. Célunk az volt, hogy vastagítsuk a feszes ínyt, és hogy rövidítsük a klinikai koronák hosszát, ezzel javítva az esztétikumot. Ez később az implantátumváll mélységét, illetve az interproximális és faciális szondázási mélységet is csökkentette az implantátum körül *(17. ábra)*. Ezt követően bepróbáltuk a csavar rögzítésű ideiglenes pótlást, valamint behelyeztük és varrattal rögzítettük a SCTG-t *(18–20. ábra)*.

Az SCTG segítségével el tudtuk fedni a buccalis csont felszívódását, és koronális irányba tudtuk mozdítani a marginális ínynívót. A jobb felső egyes ínyrecesszió fedése és az implantátum két év után is stabil *(21–23. ábra)*.

Szuprakresztális SCTG

5. eset

Az azonnali implantációkor SCTG alkalmazására bemutatott utolsó technikáról keveset ír az irodalom. Ez a technika minimális recipiens preparációval jár, lebenyképzés nélküli, és a buccalis feszes ínyt nem emeli fel a buccalis vagy a kresztális csontról. Ahogy azt a többi esetnél is,



18. ábra: A csavar rögzítésű ideiglenes pótlás bepróbálása



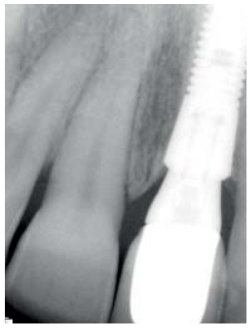
19. ábra: A SCTG rögzítése varratokkal



20. ábra: Azonnali implantátum a csavar rögzítésű azonnali ideiglenessel. Röntgenkép



21. ábra: A végleges pótlás klinikai képe két évvel később



22. ábra: Kétéves kontrollröntgen



23. ábra: Az incizálisan készített kétéves klinikai képen látható a stabil vastag keratinizált íny buccalisan

Új!

CRANEX® 3Dx CBCT

5 FOV + REAL PAN

BEVEZETŐ ÁR: 3 FOV+PAN szenzor 18 800 000 Ft btto
4 FOV+PAN szenzor 20 500 000 Ft btto
5 FOV+PAN szenzor 22 500 000 Ft btto

ÚJDONSÁG!

Gyors 3D képek, expozíciós idő 1,7 sec (5×5, 6×8, 8×8)
Mini dózis program minden FOV mérethez



Széles felhasználói terület

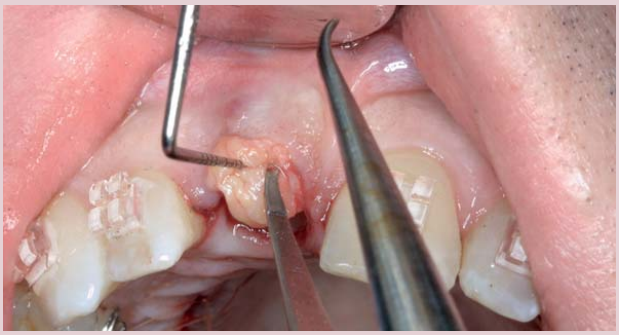
- **3+2 FOV + Real PAN**
- **Mini dózis 4 µSv**
- **Automata expozíciós érték** a páciens fejméretéhez PAN, CEPH-nél, **világelsőként 3D-ben is!**
- **ENDO, implant, ENT**
- **ROI** részletnagyítás
- **7" kontrol panel** + előkép mini dózissal
- 5×5 FOV effektív dózisa **1/5-e** a panoráma felvételnek



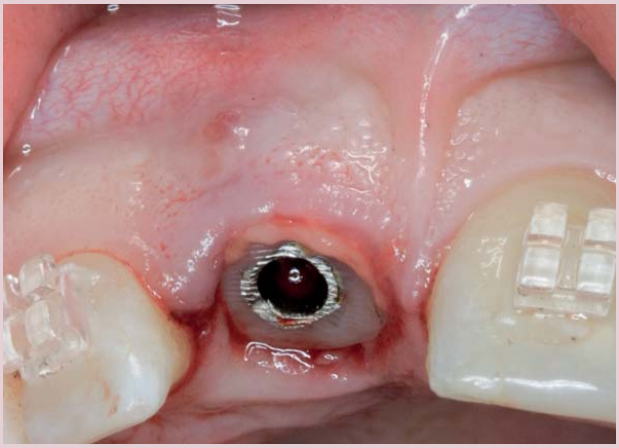
5×5 kicsi	6×8 midi	8×8 közepes	8×15 nagy	13×15 extra nagy
Mini dózis: 4 µSv	8 µSv	16 µSv	24 µSv	32 µSv

BARDECO KFT.

1122 Budapest, Ráth György u. 60.
Tel./fax: 201-8086, mobil: (30) 948-1255
E-mail: info@bardecokft.hu, www.bardecokft.hu



24. ábra: Kisméretű SCTG behelyezése szuprakresztálisan az implantátum buccalis oldalára



25. ábra: Az egyéni ínyformázó mellett buccalisan látható az autogén SCTG



26. ábra: Végleges klinikai kép nyolc évvel a kezelés után. Az ínyszint és vastagság stabilnak bizonyult

az implantátumot a palatinális csontba helyeztük, és a buccalis 1,5–2 mm hézagot mineralizált allografttal töltöttük ki. Az implantátumot 0,5–1 mm-rel a kresztális csontszint alá helyeztük be. Ettől koronálisan nagyjából 1,5 mm vastag 3 mm széles és 4 mm magas SCTG-t helyeztünk. A graftot gyakran csak az egyedi ínyformázó vagy azonnali ideiglenes tarja a helyén, de előfordul, hogy horizontális matracöltéssel rögzítjük.

A bemutatott esetben *(24–26. ábra)* az SCTG-t „betömtük" a faciális részre, hogy megakadályozzuk a marginális íny apicalis elmozdulását. Ez a technika szintén alkalmas lehet a buccalis horizontális reszorpció elfedésére. A nyolcéves kontrollfelvételen *(26. ábra)* megfigyelhető, hogy az SCTG alkalmazásával hatékonyan javíthatjuk a periimplantáris lágyszövetek esztétikai stabilitását.

Megbeszélés

Számos protokollt írtak le, amivel az implantátumokkal elérhető esztétikai eredmény javítható. A mineralizált allograft csontpótlók és subepithelialis kötőszöveti lebenyek alkalmazásával csökkenthetjük a buccalis csontlemez lebomlásából fakadó esztétikai hátrányokat. Az autogén SCTG segítségével jobb esztétikai eredményt érhetünk el, és a biotípust is pozitívan megváltoztathatjuk.[16] A bemutatott esetekből is látszik, hogy nincs olyan SCTG technika, amely minden azonnali implantációnál alkalmazható. Az elérendő célok és esztétikai igények, valamint a páciens anatómiájának ismerete elengedhetetlen a megfelelő technika kiválasztásához.

Ebben a cikkben bemutatjuk a teljes vastag lebenyképzést, a félvastag tunnel technikát és a lebeny nélküli szuprakresztális SCTG technikát. Mindegyik lehet előnyös, de a szerző a legkisebb traumával járó technikát javasolja, amivel a kívánt eredményt el tudjuk érni. A minimális lebenyképzés mindig előnyös, hiszen ezzel minimalizálhatjuk a buccalis csont felszívódását. Kimutatták, hogy a lebeny nélküli technikák segítségével csökkenteni lehet a buccalis csontlemez reszorpcióját azonnali implantátum behelyezésekor.[18] A buccalis csontlemez vérellátására figyelni kell, de ez nem jelenti, hogy soha nincs szükség a buccalis lebeny leválasztására. Jó példa erre a 3. eset, amelynél a szomszédos fog koronahosszabbítására volt szükség. Ebben az esetben vastagabb SCTG segítségével el lehetett fedni a buccalis csont átépülését. Az SCTG alkalmazása vékony biotípusnál még kritikusabb. Ugyan a biotípus megítélése szubjektív, mégis minden alkalommal el kell végezni. Kan vastagságmérőt vagy parodontális szondát javasol a mérés elvégzésére.[19,20]

Mineralizált csontpótló, mint például anorganikus marha eredetű kollagén segítségével csökkenteni lehet a buccalis csontreszorpciót. Ez a technika meglehetősen hatékony az implantátum apicalis és középső részén. A kresztális csont azonban mineralizált marha eredetű xenograft alkalmazása mellett is átépül és felszívódik. Degidi és mtsai megállapították, hogy az anorganikus marha eredetű kollagén hatékonynak bizonyult azonnali implantációnál a faciálisan kialakuló rés kitöltésére.[9] Azonban még anorganikus marha kollagén alkalmazása mellett is vertikálisan 25,6%, horizontálisan pedig 29,3% átlagos csontvesztést figyeltek meg.[9]

Néhányan acelluláris dermális graft alkalmazását javasolták autogén kötőszöveti graft helyett. Az irodalomban azonban nincs elég adat az azonnali implantációban való felhasználásról. Egy vizsgálatban acelluláris grafttal több keratinizált ínyt tudtak képezni, de a moláris régióban és keratinizált kötőszöveti lebenynyel hasonlították össze.[21] Jelen szerző szintén próbálkozott acelluláris dermális graft alkalmazásával azonnali implantációnál. Számos esetben a graft felszívódott, és bekövetkezett a marginális íny reszorpciója. Az acelluláris dermális graftok alkalmazása zárt környezetben hatékony lehet, de ha a graftot egy azonnali implantátum mellé helyezzük be félig fedve, akkor az eredmény kevésbé kiszámítható. Az autogén subepithelialis kötőszöveti graftokkal azonnali implantátumok mellett számos vizsgálatban jó eredményt értek el.[10-15,17]

Konklúzió

A fent bemutatott esetek alapján a cikk szerzője az autogén SCTG alkalmazását támogatja a legtöbb esetben, amikor azonnali implantátumot helyezünk be az esztétikai régióban. Ha a buccalis csontlemez extrém vastag (akár 2,5–3 mm), vagy a megfelelő esztétika elérése érdekében ínyrecesszióra van szükség, akkor nem szükséges SCTG-t használni. Esettől függően a legkevésbé invazív SCTG technika mellett döntsünk. Ideális anatómiai körülmények mellett a szuprakresztálisan behelyezett SCTG technika optimális választás lehet, amivel a buccalis csontlemez vérellátása leginkább megtartható.

Forrás: Compendium of Continuing Education of Dentistry 2014. július-augusztus

Fordította: Dr. Szatmári Péter

Irodalom

1. Wöhrle PS. Single-tooth replacement in the aesthetic zone with immediate provisionalization: fourteen consecutive case reports. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1998;10(9):1107-1114.
2. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada J. Immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: 1-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2003;18(1):31-39.
3. Grunder U, Polizzi G, Goené R, et al. A 3-year prospective multicenter follow-up report on the immediate and delayed-immediate placement of implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1999;14(2):210-216.
4. Sanz M, Cecchinato D, Ferrus J, et al. A prospective, randomized-controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla. *Clin Oral Implants Res*. 2010;21(1):13-21.
5. Ten Heggeler JG, Slot DE, Van der Weijden GA. Effect of socket preservation therapies following tooth extraction in non-molar regions in humans: a systematic review. *Clin Oral Implants Res*. 2011;22(8):779-788.
6. Kois JC, Kan JY. Predictable peri-implant gingival aesthetics: surgical and prosthodontic rationales. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2001;13(9):691-698.
7. Covani U, Cornelini R, Barone A. Bucco-lingual bone remodeling around implants placed into immediate extraction sockets: a case series. *J Periodontol*. 2003;74(2):268-273.
8. De Rouck T, Collys K, Cosyn J. Single-tooth replacement in the anterior maxilla by means of immediate implantation and provisionalization: a review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2008;23(5):897-904.
9. Degidi M, Daprile G, Nardi D, Piattelli A. Buccal bone plate in immediately placed and restored implant with Bio-Oss(®) collagen graft: a 1-year follow-up study [published online ahead of print August 13, 2012]. Clin Oral Implants Res. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02561.x.
10. Kan JY, Rungcharassaeng K, Morimoto T, Lozada J. Facial gingival tissue stability after connective tissue graft with single immediate tooth replacement in the esthetic zone: consecutive case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67(11 suppl):40-48.
11. Chung S, Rungcharassaeng K, Kan JY, et al. Immediate single tooth replacement with subepithelial connective tissue graft using platform switching implants: a case series. *J Oral Implantol*. 2011;37(5):559-569.
12. Cornelini R, Barone A, Covani U. Connective tissue grafts in postextraction implants with immediate restoration: a prospective controlled clinical study. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2008;20(6):337-343.
13. Bianchi AE, Sanfilippo F. Single-tooth replacement by immediate implant and connective tissue graft: a 1-9-year clinical evaluation. *Clin Oral Implants Res*. 2004;15(3):269-277.
14. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc*. 2005;33(11):865-871.
15. Grunder U. Crestal ridge width changes when placing implants at the time of tooth extraction with and without soft tissue augmentation after a healing period of 6 months: report of 24 consecutive cases. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011;31(1):9-17.
16. Rungcharassaeng K, Kan JY, Yoshino S, et al. Immediate implant placement and provisionalization with and without a connective tissue graft: an analysis of facial gingival thickness. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2012;32(6):657-663.
17. Yoshino S, Kan JY, Rungcharassaeng K, et al. Effects of connective tissue grafting on the facial gingival level following single immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone: a 1-year randomized controlled prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29(2):432-440.
18. Blanco J, Nuñez V, Aracil L, et al. Ridge alterations following immediate implant placement in the dog: flap versus flapless surgery. *J Clin Periodontol*. 2008;35(7):640-648.
19. Kan JY, Morimoto T, Rungcharassaeng K, et al. Gingival biotype assessment in the esthetic zone: visual versus direct measurement. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010;30(3):237-243.
20. Kan JY, Rungcharassaeng K, Umezu K, Kois JC. Dimensions of peri-implant mucosa: an evaluation of maxillary anterior single implants in humans. *J Periodontol*. 2003;74(4):557-562.
21. Park JB. Increasing the width of keratinized mucosa around endosseous implant using acellular dermal matrix allograft. *Implant Dent*. 2006;15(3):275-281.

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.

Dr. Török Judit, Dr. Mauks Levente, Márton Sándor, Dr. Hegedűs Csaba

A fogszín-meghatározást befolyásoló egyes tényezők összehasonlító vizsgálata

Fogorvosi Szemle, 107. évf. 2014/3. 79.

Dr. Schmidt Péter, Dr. Jász Máté, Dr. Hermann Péter

Prevenciós szempontok érvényesítése állkapocs-ízületi (CMD) megbetegedések esetén

Magyar Fogorvos, XXIII. évf. 2014/5. 222–226.

Dr. Tóth Zsuzsanna Olga, Dr. Udvar Orsolya, Dr. Angyal János

Kormeghatározás panoráma röntgenfelvételek alapján

Fogorvosi Szemle, 107. évf. 2014/3. 93.

Dr. Gera István

Autoimmun szájnyálkahártya-betegségek differenciáldiagnosztikája és terápiás lehetőségek

Magyar Fogorvos, XXIII. évf. 2014/6. 282–289.



PERSPEKTÍVÁK A PARO-IMPLANTOLÓGIÁBAN ÉS A KOMPREHENZÍV FOGÁSZATBAN

A Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának Tudományos Továbbképző Konferenciája

Szeged, 2015. május 8 – 9.



Meghívott előadók:

Henry Salama, Maurice Salama (USA)
Nitzan Bichacho, Mirela Feraru,
Rafi Romano (Izrael)
Stavros Pelekanos (Görögország)
Francesco Mangani (Olaszország)
Frank Schwarz (Németország)
Ashok Sethi (Egyesült Királyság)

A kétnapos továbbképzés 25 szabadon választható pontra akkreditált.
A szakdolgozói akkreditáció folyamatban van.

A Konferencia elnöke:

Nagy Katalin
SZTE Fogorvostudományi Kar

A Konferencia társelnökei:

Urbán István
c. egyetemi tanár, hon. professor Szeged, Budapest

Sofia Aroca
c. egyetemi tanár, hon. professor Szeged, Párizs

Gerlóczy Pál
c. egyetemi docens, hon. assoc. professor Szeged, Budapest

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

Helyszín:

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

Hungarian Academy of Esthetic Dentistry

www.symposiumszeged.com

Az alapellátás részét képező fogorvosok finanszírozása

Címzett: Dr. Zombor Gábor
egészségügyért felelős államtitkár
Emberi Erőforrások Minisztériuma
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Tisztelt Államtitkár Úr!

Ezúton engedje meg, hogy a médiában tett, a háziorvosok jövedelmi rendszerének átalakítására vonatkozó nyilatkozatok kapcsán ezúton is felhívjuk a figyelemét az alapellátás részét képező fogorvosok helyzetére.

2002. év óta folyamatosan jelezzük a döntéshozók felé, hogy az alapellátás részét képező fogorvosok a háziorvosokhoz képest jóval alacsonyabb mértékben részesültek finanszírozás-bővítésben, sőt, több évben a fogászati finanszírozás az előző évhez képest csökkent. Az ellátórendszerben dolgozó kollégákban újra és újra felvetődik a kérdés, miért éri rendre negatív megkülönböztetés az alapellátás fogorvosait a háziorvosokkal szemben, hiszen mára jelentősen alacsonyabb OEP-bevételből kell gazdálkodniuk annak ellenére, hogy a fogorvosi praxis anyag- és eszközigénye messze nagyobb.

Természetesen tudjuk, hogy az egészségügy összes ágazata érdekelt a működőképességét biztosító forrásbővítésében, de engedje meg Államtitkár Úr, hogy a teljesség igénye nélkül felhívjuk figyelmét a fogorvosi ellátórendszer legégetőbb finanszírozási problémáira:

- 2002-től 2014 végéig a háziorvosi kassza 113,5%-kal, míg a fogászati kassza 60,2%-kal nőtt. Ebben az időszakban az infláció 63% volt, azaz a fogászati finanszírozás reálértéke csökkent, ráadásul úgy, hogy időközben rendkívül jelentős feladatbővítés történt. Magyarországon a 18 és 62 év közötti populációnak orvosi térítési díjat (a fogpótlások kivételével) immár semmilyen kezelésért nem kell fizetnie. A páciens által jogszabály szerinti térítéses bevétel ugyan valóban emeli a praxisok bevételét, de mivel ez a fizetőképes kereslet függvénye, érdemi bevétel-gyarapodást nem eredményez.
  2002. évben a költségvetésben biztosított éves háziorvosi előirányzat 2,8-szerese volt a fogászati előirányzatnak, 2014. évben ez a különbség már 3,74-szeres.
- A 6. kasszából finanszírozott fogorvosi szolgálatoknak átlagosan havi 641 000 forintból kell gazdálkodniuk (vö.: háziorvosi felnőtt és gyermek praxis átlagosan 1 219 000 Ft), ebből kell fizetniük az orvos és az asszisztensnő bérét, annak járulékait, a rezsit, az anyagokat és az eszközöket stb. Hangsúlyozzuk, hogy a fogorvosi ellátás kiemelten magas anyag-, ill. eszközigényes. A költségek fedezete, európai összehasonlításban a jelenlegi finanszírozási összeg többszöröséből biztosítható, az önkormányzatok – Államtitkár úr által is többször említett – aktív bevonásával.
- A fogorvosi alap- és szakellátás finanszírozásának kb. kétharmad része (a fix bázis a fennmaradó egyharmad rész, ami kb. 210 000 Ft) teljesítményalapú, ami még minimum idő korláttal is terhelt. Ebből következik, hogy a nagyon alacsony bázisfinanszírozás miatt a szabadságok ideje alatt még az egyébként is alacsony bérek és járulékaik összegét sem lehet kigazdálkodni.
- A fogorvosi szakellátások (fogszabályozás, fogászati röntgen, szájsebészet, parodontológia) mind a béremelésből, mind az eszköztámogatásból kimaradtak, miközben finanszírozásuk a közös fogászati kasszából történik. Finanszírozásukat az alapellátásra vonatkozó rendeletek szabályozzák, beavatkozásaikat pedig más szakmai kritériumok szerint kell végezni. Ebből következően a szükséges beavatkozások töredékét tudják csak biztosítani az elégtelen finanszírozás és a teljesítmény korlát miatt.
- A közalkalmazottként dolgozó fogorvosok közül sajnálatosan nem mindenki részesedett az elmúlt évek béremeléseiből.
- A praxisalapból, a letelepedési támogatásból a fogorvosi praxisok szintén nem részesültek.
- Az adatok alapján az orvosok migrációjában leginkább a fogorvosok érintettek, a fiatal- és középgeneráció egy része elhagyta/elhagyja az országot, és külföldön vállal munkát. Tudomásunk szerint jelenleg is 218 betöltetlen fogorvosi alapellátási praxis van az országban, van olyan megye, ahol a praxisok 20 százaléka betöltetlen. A friss diplomás fogorvosok kb. csak 6–7%-a kerül be az államilag finanszírozott szakorvosképzésbe, továbbá a fogorvos rezidensek minden rezidenseket érintő kedvezményből, ösztöndíj lehetőségből kimaradtak. A praxisok finanszírozása nem jelent számukra egzisztenciális biztonságot, vonzó életpálya modellt.

Őszintén reméljük, hogy a sajtóban megemlített iparűzési adó kötelezettségének megszüntetése minden

alapellátóra, így a fogorvosi ellátókra is érvényes lesz. A területi ellátási kötelezettséggel dolgozó, az önkormányzat feladatát átvállaló, közfinanszírozott, közfeladatot ellátó fogorvosi szolgálatokat ugyanaz az elbírálás illeti meg, mint az alapellátó háziorvos kollégáikat.

Szeretnénk jelezni, hogy ismételten jelentkezik az igény az eszköztámogatások újraindítására. Az alapellátó fogorvosok esetében a 216/2011. (X. 19.) Korm. rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról rendelkezett 30 hónapos havi 50 000 Ft-os (összesen 1,5 millió forint) eszköztámogatásról. 2014 végére ez a támogatás véget ér. Összességében elmondható, hogy ez komoly segítséget jelentett a fogászati praxisoknak, javította a fogászati ellátás színvonalát.

Korábban, 2002 és 2007 között szintén létezett eszköztámogatás – 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet – ez lényegében 35 000 Ft/hó támogatást jelentett folyamatosan, időkorlát nélkül. A fogászati praxisokban lévő fogászati gépek (egységkészülékek) jelentős részét ekkor vásárolták meg, tehát az átlagéletkor 8–12 év, így lassan esedékes lesz a cseréjük. Egy fogászati egységkészülék ára 4–5 millió forint. Ezt egy fogászati praxis az OEP finanszírozásból nem tudja kigazdálkodni, az önkormányzatok az esetek nagy többségében a minimum feltételek biztosításának vonatkozásában (is) elzárkóznak az együttműködéstől. Azért, hogy a fogászati ellátás folyamatossága és színvonala továbbra is biztosítva legyen, szükség lenne az eszköztámogatás újraindítására és a fenntartó önkormányzatok részvételére a rendelő működtetésének finanszírozásában.

Mindezeket figyelembe véve kérjük Államtitkár Urat, hogy a fogorvosi ellátórendszerben dolgozó fogorvosokat is részesítsék a háziorvosokhoz mérten megfelelő támogatásban, hiszen a még itthon maradt és hadra fogható (veszélyes „korfa” összetétel) kollégáinknak kell hivatásukhoz méltóan ellátni a teljes magyar populációt.

Budapest, 2014. november 6.

Tisztelettel üdvözli

Prof. Dr. Hermann Péter
elnök



A gyermek, iskolai, ifjúsági fogorvosok működtetési, illetve praxisjoga

Címzett: Dr. Zombor Gábor
egészségügyért felelős államtitkár
Emberi Erőforrások Minisztériuma
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Tisztelt Államtitkár Úr!

A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosi Tagozata lassan egy éve tárgyalásokat folytat az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal és az Országos Alapellátó Intézettel a gyermek, iskolai, ifjúsági fogorvosok működtetési, ill. praxisjogáról.

I. A jogszabályi háttér

A 2000. évi II. tv az önálló orvosi tevékenységről alapján a Magyar Orvosi Kamara működtetési jogot adott a területi ellátási kötelezettséggel bíró iskolafogorvosoknak is. (Hatályos: 2000. február 26-tól 2011. december 31-ig.) Végrehajtási rendelet a 18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet – 2012. január 1-jén hatályon kívül helyezve a 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet által.

A működtetési jog eredeti célja:

- önállóság, praxisért való felelősség növelése a privatizációval összhangban (a törvény indoklása szerint: „*orvos ne csupán a gyógyító- ellátó hálózat egy eleme legyen*")
- nyugdíjba vonuló orvosok egzisztenciális helyzetének javítása
- „személyhez kapcsolódó"
- vagyoni értékkel bíró, értékét az állami finanszírozás is meghatározza
- tevékenységre irányuló jog
- abszolút jellegű (tehát mindenki más köteles tiszteletben tartani, tulajdonjoghoz hasonló védelmet élvez)
- közjogi elemek (pl. alapellátáshoz, mint kötelező önkormányzati feladathoz kötődik; hatóság által kiadott engedély jogosít az önálló orvosi tevékenységre), magánjogi elemek (elidegeníthető pl. adásvételi, ajándékozási szerződéssel; jogról való lemondás; folytathatóság) 2012. január 1-ig személyhez kötődő működtetési jog, onnantól területhez kötődő praxisjog.

2011. évi CLXXVI. Törvény 2012. január 1-i hatállyal módosította az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényt (Öotv, illetve innentől Praxistörvény), melynek 3§. (5) szerint a 2012. január 1-jén meglévő területi ellátási kötelezettséggel járó „*működtetési jogok*" automatikusan „*praxisjoggá*" alakulnak (azoknál az orvosoknál is, akik 2012. január 1-én munkavégzésükben akadályozottak.) A praxisjog már nemcsak személyhez, hanem körzethez is kötődik.

1. § (1) E törvény hatálya a Magyarország területén egészségügyi szolgáltatás keretében nyújtott önálló orvosi tevékenységre és az e tevékenységet nyújtó orvosokra terjed ki.

(2) E törvény alkalmazásában
a) önálló orvosi tevékenység: a területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a háziorvos, a házi gyermekorvos, a fogorvos (a továbbiakban együtt: háziorvos) által nyújtott egészségügyi ellátás;
b) orvos: a külön jogszabály szerint vezetett alap- és működési nyilvántartásban szereplő orvosi, fogorvosi szakképesítéssel rendelkező személy;
c) praxisjog: az egészségügyi államigazgatási szerv által az *a)* pont szerinti orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető.
A Praxistörvény meghatározza a feladat-ellátási szerződés minimális tartalmi elemeit. A meglévő szerződések felülvizsgálatára a törvény 2013. január 1-ig biztosított határidőt. Ezek:

- a felek megnevezése, a személyes ellátásra kötelezett orvos megnevezésével;
- érintett körzet meghatározása;
- felek kötelezettségeinek meghatározása, ideértve az önkormányzatnak a fenntartáshoz történő hozzájárulására vonatkozó szabályokat;
- kártérítésre, kártalanításra vonatkozó rendelkezések (kivonat a törvényből).

313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról

2. § (1) E rendelet alkalmazásában
a) háziorvosi körzet: a területi ellátási kötelezettség alapján a feladattal érintett települési önkormányzat (a továbbiakban: önkormányzat) által az Öotv. 2. § (2) bekezdése szerint rendeletben - jogszabályban meghatározottak figyelembevételével - meghatározott település, települések, illetve településrész, településrészek. A praxisjog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység – törvényben meg-

határozott kivétellel – csak a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziorvosi körzetben folytatható.

- 2007. április 1-vel - törvényváltozás folytán - a működtetési jog engedélyezése (2000-2007-ig Magyar Orvosi Kamara) az ÁNTSZ feladata lett. (hatósági eljárás, engedélyek kiadása)
- 2007-ig, valamint 2012. január 1-ig, sőt napjainkig is a személyhez kapcsolódó vagyoni értékű működtetési jogot akár ellenérték fejében elidegenítették, a praxisokban beruházásokat eszközöltek, ezen túlmenően pedig az elhunyt jogosult után az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényben foglaltak alapján az arra jogosultak folytatták a jogelőd működtetési, illetve praxisjogát. Akár több millió forintos ellenérték fejében szereztek jóhiszeműen működtetési jogot (praxisjogot) gyermek, ifjúsági, illetve iskolafogászatot működtető kollégák hatósági engedélyekkel is megerősített formában. A hatósági engedélyezési eljárás során tehát éveken keresztül semmiféle ellenvetés, kifogás nem történt. A működtetési, ill. 2012-től esetenként a praxis engedélyeket is megkapták a kollégák a Megyei Kormányhivatal Járási Hivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező Járási Népegészségügyi Intézetétől.

II. A jogbizonytalanságot okozó értelmezési kérdés

14 éve, az érintett gyermek, ifjúsági, iskolafogászatot ellátó kollégák abban a hitben vannak, hogy a praxis az övék, eladható, haláluk esetén folytatható. Ebben a tudatban a jogalkotók szándékával egyezően anyagi és eszmei érdekeltséggel egyre nagyobb felelősséggel gondozzák a körzetükben lévő kis betegeket, fejlesztenek, vásárolnak, építenek, ill. korszerűsítenek. A nevezett kollégák a jóhiszeműen és gyakran ellenérték fejében megszerzett, vagyoni értékkel bíró működtetési, ill. praxisjogra egzisztenciákat alapítottak. A 14 év alatt számtalan praxis adásvétel is történt, még 2012. január 1. napján hatályba lépett jogszabályváltozás után is a Megyei Kormányhivatal Járási Hivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező Járási Népegészségügyi Intézetétől kiadott praxisjog alapján.

Az iskolafogászatokat ellátó kollégák körében megütközést keltett az Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2013. decemberében kiadott tájékoztatója, amelyet nem tudnak elfogadni. Eszerint őket nem illeti meg a praxisjog. Az indoklás egy formális, a gyakorlati szemléletet nélkülöző, bürokratikus – de sokkal inkább technikai ok –, nevezetesen a praxiskezelő Országos Alapellátási Intézet (továbbiakban: OALI) nem tudja értelmezni és nyilvántartásba venni az iskola- fogorvosok körzetét, és ezért a praxisjog nyilvántartásba vétele elől elzárkózik.

Miután a területi ellátási kötelezettséggel terhelt önkormányzatok rendeletükben az adott esetben az iskolafogászati körzeteket oktatási intézményekhez rendelték, ezt így az ANTSZ és az OALI nem fogadja el. Érvelésükben a *313/2011.(XII.23.) Korm. rendelet* fent megjelölt szakaszára hivatkoznak, mely a „háziorvosi körzet"-et az „önkormányzat által meghatározott település, települések, illetve településrész, településrészek"-ként nevezi meg. E definíció miatt az OALI nem tudja regisztrálni a területi ellátási kötelezettséggel, alapellátó feladatokat ellátó gyermek, ifjúsági és iskolafogorvosok praxisjogát. Nem ismeri el az önkormányzatok rendeletei által tartalmazott körzet meghatározást, mely az iskolafogászat esetében az ellátandó intézmények felsorolásából áll.

Annak ellenére sem, hogy az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályairól *43/1999. (III.3.) Korm. rendelet* egyértelműen kimondja, hogy a gyermek, iskolai, ifjúsági fogászat az alapellátó fogászat része, területi ellátási kötelezettséggel dolgozik és a finanszírozás alapja a nevelési, oktatási intézményben ellátandók létszáma.

Jelenleg rendkívül nagy a bizonytalanság, elkeseredettség, praxis adás-vételi tárgyalások álltak le, beruházni nem mernek a kollégák. Nem tudják, mit vásárolnak, mit adnak el, övéké-e a praxisjog vagy sem. Ráadásul megyénként más és más az ÁNTSZ és az önkormányzatok gyakorlata. Ezt a merev hozzáállást azért sem értjük, mert rendkívül kis létszámú, kb. 380 kollégát érintő ügyről van szó.

III. A gyermek, iskolai, ifjúsági fogorvosok praxisjogának engedélyezése

A MOK Fogorvosi Tagozata az érintett kollégák kezdeményezését követően a fent részletezett, kialakult méltánytalan és jogszerűtlen joggyakorlatból eredő kérdés mielőbbi jogszerű megoldása érdekében, a vitás pontokat megtárgyalva az alábbi álláspontot alakította ki.

- 2012. január 1-ig a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, alapellátást nyújtó gyermek, ifjúsági és iskolafogászati ellátásokat végző kollégák ugyanolyan jogállással rendelkeztek, mint a többi alapellátó fogorvos, tehát működtetési jog birtokában voltak.
- 2012. január 1-től szintén mindenben megfelelnek a jogszabályi előírásoknak, hogy jogosultak legyenek a praxisjogra, egyedül a 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet szerinti „körzet" fogalom meghatározása nem teljesen pontos.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152. § (1) és (2) bekezdése értelmében a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik:

a) a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
b) a fogorvosi alapellátásról,
c) az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról,
d) a védőnői ellátásról,
e) az iskola-egészségügyi ellátásról.

A települési önkormányzat képviselő-testülete – a kormányrendelet szerinti praxiskezelő által megadott szempontokat figyelembe véve – megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit.

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (Öotv.) 2.§ (1)-(2) bekezdése is kimondja, hogy a háziorvos önálló orvosi tevékenységet – akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve – csak személyesen folytathat az önkormányzat által meghatározott háziorvosi körzetben, a praxisjogot – határozat jogerőre emelkedésétől. A praxisjog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység – törvényben meghatározott kivétellel – csak a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziorvosi körzetben folytatható.

Magyarország Alaptörvényének T) cikk (1) bekezdése értelmében általánosan *kötelező magatartási szabályt* az Alaptörvény és az Alaptörvényben megjelölt, jogalkotó hatáskörrel rendelkező szerv által megalkotott, a hivatalos lapban kihirdetett jogszabály állapíthat meg. Magyarország Alaptörvényének T) cikk (2) bekezdése szerint jogszabály a törvény, a kormányrendelet, a miniszterelnöki rendelet, a miniszteri rendelet, a Magyar Nemzeti Bank elnökének rendelete, az önálló szabályozó szerv vezetőjének rendelete és az önkormányzati rendelet. Az Alaptörvény T) cikk (3) bekezdése értelmében jogszabály nem lehet ellentétes az Alaptörvénnyel.

A települési önkormányzatok minden iskola-fogászati ellátó (fogorvosi) körzetet – a fenti jogszabályi kötelezettség teljesítése érdekében – jogszabálynak minősülő önkormányzati rendeletben határozott meg, ami Magyarország Alkotmánya értelmében kötelező magatartási szabály. Ennélfogva az abban foglaltakat mindenkinek, így az OALI-nak is el kell fogadnia. Az Országos Alapellátó Intézet jelezheti az adott önkormányzat felé aggályait az alapellátó körzetek létrehozásával kapcsolatban, azonban ez nem jelenti azt, hogy a rendeletben foglaltak nem lennének kötelező erejűek az OALI-ra nézve is.

Gyakorlatilag mind az OALI-nak, mind pedig az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalának az a véleménye, miszerint az „iskolafogászati tevékenység – amely a nevelési-oktatási intézmények gyermekei, tanulói részére végez szűrővizsgálatot és ahhoz közvetlenül kapcsolódó kezelést – az alapellátás része, azonban praxisjoghoz kötött tevékenység körébe nem tartozik", azon a szintén jogszabályi rendelkezésen alapszik, miszerint háziorvosi körzet a területi ellátási kötelezettség alapján a feladattal érintett települési önkormányzat által az Öotv. 2. § (2) bekezdése szerint rendeletben - jogszabályban meghatározottak figyelembevételével – meghatározott település, települések, illetve településrész, településrészek. *(Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdés)* Az oktatási intézmény pedig – a vélemény szerint - nem értelmezhető településnek, vagy településrésznek.

Ez a vélemény azonban több szempontból is támadható.

a) Egyrészt azért, mert minden oktatási intézmény egy település meghatározott részén helyezkedik el, így tágabb értelemben igenis lehet településrésznek tekinteni.

b) Másrészt az iskolafogászati ellátást nyújtó fogorvoshoz „rendelt" közoktatási intézményeknek, mint „körzeti iskoláknak" van konkrét településrészhez kapcsolható területi ellátási kötelezettsége. Az óvoda, általános iskola köteles felvenni azt a tanköteles tanulót, akinek lakóhelye, ennek hiányában tartózkodási helye a körzetében található (kötelező felvételt biztosító iskola). Ezt a rendelkezést a tagintézményként működő iskolák tekintetében is alkalmazni kell. A körzetesítés lényege, hogy minden szülő és minden óvodás gyermek, tanuló tudja, van olyan óvoda és iskola, amelyik nem tagadhatja meg a gyermek felvételét. Ha a körzeti iskola igazgatója elutasítja a jogos felvételt, akkor azonnal fordulhatnak a tankerületi igazgatóhoz jogorvoslati kérelemmel. *(A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 49.§ (3) bekezdés, 50. § (6) bekezdés stb.)* Az adott iskolában iskolafogászati tevékenységet ellátó orvosának tehát konkrét földrajzi területről, településrészről származó gyermekek tekintetében van ellátási kötelezettsége. Ezen az sem változtat, hogy az iskolába más földrajzi területről származó gyerekek is járhatnak, hiszen a háziorvosnak is számtalan esetben van területen kívüli betege. Így az adott települési önkormányzat teljesen jogszerűen jár el olyankor, amikor kötelező normatív tartalmat hordozó rendeletében konkrét iskolához rendeli az iskolafogászati ellátást nyújtó fogorvost, illetve praxisát.

c) Harmadrészt évtizedek alatt nemcsak a gyakorlat, hanem a jogszabályok és a hatóságok által is elismert, sok esetben komoly vagyoni értékkel bíró jogosultságról van szó, melytől több száz orvost nem foszthat meg az OALI vagy az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatala egy kötelező magatartási szabályt nem jelentő, jogszabálynak nem minősülő véleménnyel.

d) Végül, de nem utolsósorban a vagyoni értékkel bíró jogosultsággal rendelkező orvosok jogfosztása nagyon

komoly alkotmányos aggályokat is felvet. Magyarország Alaptörvényének XIII. cikk (1) bekezdése szerint mindenkinek joga van a tulajdonhoz és az örökléshez. A tulajdon társadalmi felelősséggel jár. Az Alkotmánybíróság több döntésében is kihangsúlyozta, hogy alkotmányjogi *tulajdonfogalom kiterjed minden vagyoni jog biztosítására, így következésképpen a praxisjogra is, mint vagyoni értékkel bíró szerzett alanyi jogosultságra is.*[1] Mind a hazai, mind pedig a külföldi alkotmánybírósági gyakorlat a vagyoni jogosultságokat az alkotmányos tulajdonvédelem körébe vonja. Magyarország Alaptörvényének XIII. cikk (2) bekezdése értelmében azonban tulajdont (szerzett vagyoni értékkel bíró jogosultságot) kisajátítani (elvonni) csak kivételesen és közérdekből, törvényben meghatározott esetekben és módon, teljes, feltétlen és azonnali kártalanítás mellett lehet. Az OALI és az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalának véleménye, illetve a nevezett szervek által kikényszerített joggyakorlat az iskola-fogorvosok komoly vagyoni értékkel bíró, ingyenesen vagy ellenérték fejében, jóhiszeműen szerzett alanyi jogosultságát jelentő praxisjogát vonja el az Alaptörvény fent idézett rendelkezésébe ütköző módon. Ez a fajta joggyakorlat sérti a jogbiztonság és a jogállamiság alkotmányos követelményét is.

Mindezek alapján a MOK Fogorvosi Tagozat elnökeként az a tisztelteljes kérésem, hogy a fent részletezett sorozatos jogsértések, illetve a helytelen jogértelmezésből eredő jog és alkotmánysértő joggyakorlat mielőbbi felszámolása érdekében Tisztelt Államtitkár Úr tegye meg a szükséges jogi lépéseket és intézkedéseket. Amennyiben az egészségügyi vezetés szükségesnek látja, akkor a további jogviták elkerülése érdekében javasoljuk esetleg a háziorvosi körzet fogalmának kiegészítését arra vonatkozóan, hogy az minden kétséget kizáróan az iskolafogászatot működtető, praxisjoggal rendelkező fogorvosok tekintetében is egyértelmű legyen.
Úgy gondoljuk, hogy semmiképpen sem szabad hagyni, hogy az évtizedek óta jól működő iskolafogászati rendszer egy apró bürokratikus kitétel miatt ellehetetlenüljön, tönkremenjen.

Budapest, 2014. október 10.

Tisztelettel üdvözli:

Prof. Dr. Hermann Péter
elnök

[1] Lásd részletesebben a 64/1993. (XII. 22.) AB határozatban vagy a 17/1992. (III.30.) AB határozatban stb.

Tájékoztatás pályázati támogatás odaítéléséről

A Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért 2013. évben pályázatot hirdetett a költségtérítéses szakorvosképzés rendszerében résztvevő II. éves fogorvosok részére.
A beérkezett pályázatokat a Kuratórium 2014. október 10-én elbírálta, mely alapján az alábbi fogorvosok (18 fő) részesültek támogatásban.
A pályázók az elbírálás eredményéről írásban tájékoztatást kaptak, és a támogatási összegek az érintettek részére 2014. október 13-án átutalásra kerültek.

Név	Orvosi bélyegző szám	Kuratórium által jóváhagyott támogatási összeg
Dr. Albeck Péter	74979	100 000
Dr. Ben-Redouane Nadjim	74981	100 000
Dr. Birtalan Zsófia Sára	75068	100 000
Dr. Gál Csilla	74886	100 000
Dr. Hamatilas Georgios	74016	44 400
Dr. Kovács Lilla	75106	100 000
Dr. Láda Erika	74899	100 000
Dr. Markó Krisztina	72943	100 000
Dr. Matsangos Kalliopi Lili	75116	100 000
Dr. Németh Bertalan Tamás	71624	100 000
Dr. Németh Cintia	75002	100 000
Dr. Németh Gabriella	73197	50 200
Dr. Sáfrány Zsuzsanna	75137	100 000
Dr. Szakál Adorján	75149	100 000
Dr. Sznopek Alida	75152	100 000
Dr. Varajti Artúr Lajos	75161	88 800
Dr. Váry Melinda	69538	100 000
Dr. Virágh Lilla Tamara	75169	100 000
Összesen:		1 683 400

Dr. Gerle János
a kuratórium elnöke

Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért pályázatot hirdet a költségtérítéses szakorvosképzés rendszerében történő részvétel támogatására

A pályázat célja
Az Alapítvány azzal támogatja a költségtérítéses szakképzésben való részvételt (lásd: az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI.12.) Kormányrendelet), hogy hozzájárul a szakorvosjelöltek szakképzési díjához.

A támogatásra fordítható keretösszeg: 5 000 000 Ft.
Elnyerhető támogatási összeg pályázónként: max. 100 000 Ft/fő.

A pályázat fő célkitűzése
A szakorvosjelölt fogorvosok képzésén belül a szakmai tudásanyag bővítése, új eljárások megismerése, szakorvosi képesítés (szakvizsga) megszerzése.

A támogatás felhasználása
A pályázók a támogatást kizárólag az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Kormányrendelet által előírt szakképzési díj támogatására használhatják fel.

Általános pályázati feltételek
Pályázatot nyújthat be a nem államilag finanszírozott (költségtérítéses) szakképzési rendszerben résztvevők közül aki
- 2015. január 1. – 2015. május 31-i időszakban II. éves szakorvosjelölt
- jelenleg szakvizsgával nem rendelkezik (első szakvizsgás)
- szakorvosjelöltként teljesíti a 122/2009. (VI.12.) Kormányrendelet által a törzsképzési idő előírt programját és a részvizsgákat, illetve a jogszabály által előírt szakgyakorlatokat
- a Magyar Orvosi Kamara tagja és tagdíja rendezett

Egy pályázó csak egy pályázatot nyújthat be.

A pályázatnak az alábbiakat kell tartalmaznia
- Pályázati adatlap
- Nyilatkozat
- A felsőoktatási intézmény által a pályázó saját nevére és lakcímére kiállított számla eredeti példánya(i), az adható támogatási összeg mértékéig, a 2015. január 1– 2015. május 31-i időszakra vonatkozóan.
- A számla(k) kiegyenlítését igazoló bankszámlakivonat, pénztári befizetési bizonylat, postai feladási csekk bizonylat másolat(ok), vagy a bank által az átutalás teljesítéséről kiállított eredeti igazolás.

A banki on-line rendszeren küldött, még nem teljesített átutalási bizonylatok igazolásként nem csatolhatóak.

A támogatási díj kifizetésének feltételei: A pályázaton elnyert támogatási díj átutalása – hiánytalanul kitöltött pályázat esetén, a magyar forintban vezetett bankszámlára – a benyújtott elszámolás alapján utólag történik.

A pályázat formai követelményei
A pályázati adatlapot kizárólag magyar nyelven lehet benyújtani.
A hiánytalanul és jól olvashatóan kitöltött adatlapot egy eredeti példányban és mellékleteinek csatolásával kell benyújtani.

A pályázat benyújtásának határideje
Benyújtási határidő: 2015. július 30.

A pályázat benyújtásának módja
A pályázatokat postai úton, tértivevényes küldeményként vagy személyesen az alábbi címre kell eljuttatni:
Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért
Levelezési cím: 1068 Budapest, Szondi u. 100. III/32.
A határidő után benyújtott pályázatok elbírálására nincs lehetőség. A határidő vonatkozásában a postabélyegző dátuma az irányadó. A pályázati határidő módosítására, hiánypótlásra nincs lehetőség.
A benyújtott pályázatot aláírással és orvosi bélyegzőjének lenyomatával kell ellátni.
A pályázati adatlap és nyilatkozat a www.ftamf.hu honlapról letölthető.

A pályázat elbírálása
A pályázatokat 2015. december 31-ig az Alapítvány Kuratóriuma bírálja el, és dönt a pályázati támogatás odaítéléséről.
A Kuratórium a pályázókat az elbírálás eredményéről írásban értesíti.
A Kuratórium döntése ellen fellebbezésnek helye nincs.
A pályázati támogatás átutalása a Kuratórium döntését követő 30 napon belül történik.
A támogatásban részesített pályázók neve az Alapítvány 1068 Budapest, Szondi u. 100. III/32. címén megtekinthető, ill. a Magyar Fogorvos c. lapban és a www.ftamf.hu honlapon is közlésre kerül.

A pályázat kiírása
A pályázati kiírás a www.ftamf.hu honlapon, az Alapítvány székhelyén (7400 Kaposvár, Pázmány Péter u. 15.), levelezési címén (1068 Budapest, Szondi u. 100. III/32.), valamint a Magyar Fogorvos c. lapban is megtekinthető.
A pályázat kiírója: Fogorvosi Tagozat Alapítványa a Magyar Fogorvosokért
A pályázati kiírás felelőse: az Alapítvány Kuratóriumának elnöke
A pályázattal kapcsolatban érdeklődni lehet: Hrágyel Ágnes Hétfőn: 8.30-tól 12 óráig a 06-1-354-04-69-as telefonszámon.

Budapest, 2014. október 10.

Dr. Gerle János
a kuratórium elnöke

ÚJ!

KLINIKAILAG BIZONYÍTOTT:

3X HATÉKONYABB TISZTÍTÁS
A LEPEDÉKKÉPZŐDÉS CSÖKKENTÉSÉVEL*

HATÉKONYABB VÉDELEM
A FOGZOMÁNC-ERÓZIÓ ÉS A FOGÉRZÉKENYSÉG ELLEN*





* A BLEND-A-MED ANTI CAVITY FOGKRÉMMEL ÖSSZEHASONLÍTVA.

Folytatjuk a gondoskodást, mely a fogorvosi székben kezdődik.

blend-a-med KUTATÁSI KÖZPONT Oral-B

Munka és emlékünnep



November 28-29-én tartotta a MOK küldöttközgyűlését. Az első nap a szokásos közgyűlési munkáról szólt, előkészített napirend szerint tárgyaltak, vitatkoztak, szavaztak és beszámolókat fogadtak el a küldöttek. Az esti program egy szép koncerttel indult, a több évtizedes múlttal rendelkező, kitűnő Szent István Gimnázium zenekara játszott, és meglepetésünkre egyik kollégánk karmesterként működött közre. Utána, már az emlékünnepre hangolódva közös vacsora zárta a napot, ahol az asztaltársaságok felelevenítették kamarai emlékeiket, amolyan igazi nosztalgiautazásban vehettek részt.

A szombat már teljes egészében a jubileum jegyében telt. Ünnepi köszöntőkkel kezdődött, melyek sorában elsőként a külföldön tartózkodó miniszter levelét olvasták fel, majd a MOK elnöke és dr. Zombor Gábor államtitkár következett. A miniszter alkalomhoz illő köszöntése és az államtitkár beszéde üzenetértékű volt. A küldöttek „zeneértő füle" az elmúlt évek során más „szólamokhoz" szokott. Tisztelet és megbecsülés érződött ki szavaikból a gyógyítók munkájának elismeréseként és a hivatásrendi kamara közszolgálati tevékenysége iránt is. Újra deklarálták, hogy együttműködő partnernek, az ellátórendszer átalakításában felelős, kitüntetett szereplőnek tekintik a köztestületet, és velünk együtt kívánják megvalósítani az egészségügyi kormányprogramot.

A rendezvény legszebb, legemelkedettebb része az volt, amikor elismerő okleveleket, kitüntetéseket, Hippokratész-emlékplakettet adtak át először az alapító tagoknak, majd a kamarai munkában kiemelkedő kollégáknak, és azoknak is, akik nem orvosként sokat tettek a kamaráért, segítették, támogatták működését (a kitüntetettek névsorát és méltatásukat következő számunkban tesszük közzé).

A kitűnő hangulatot rendkívül színvonalas műsorszámok emelték, melyhez művészi vénájú kollégáink igényes produkcióikkal nagymértékben hozzájárultak. Jó érzéssel állapíthattuk meg, hogy ilyen önfeledt, igazi örömünnepre már nagy szüksége volt köztestületünknek, melynek az elmúlt évek során inkább viharos sarki szelekkel, gyakorta nemtelen támadásokkal szembeni küzdelem jutott osztályrészül.

Talán az első 25 év lezártával egy új korszak veszi kezdetét…

Dr. Gerle János



Dr. Margitay-Becht András átveszi a Hippokratész-emlékplakettet



Dr. Zombor Gábor államtitkár



A küldöttgyűlés résztvevői



Semmelweis Vonósnégyes

A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság Vezetőségének állásfoglalása egyes szakképesítések illetéktelen névhasználatáról

Sajnos az utóbbi években egyre több olyan fogorvosi rendelő hirdetésével találkozunk (tábla, internet, egyéb hirdetési felületek), ahol az ott dolgozó kollégák – bár megfelelő szakvizsgával nem rendelkeznek – „szájsebésznek" „parodontológusnak", „implantológusnak" tüntetik fel magukat. Ezzel a cselekedetükkel illetéktelen címhasználatot, ezáltal etikai vétséget, tisztességtelen piaci magatartást követnek el, mert önmagukról valótlant állítanak, és a pácienseket félrevezetik.

Szájsebész szakorvosnak az a fogorvosi és/vagy általános orvosi diplomával rendelkező kolléga nevezheti magát, aki ilyen elnevezésű szakvizsgát tett, szakvizsga-bizonyítványán a „Szájsebészet" megnevezés szerepel. Ilyen szakvizsgát a „Dento-alveoláris sebészet" szakvizsga bevezetése előtt lehetett szerezni, ma már nem lehetséges (de a korábban megszerzett „Szájsebészet" szakvizsga nem vesztette hatályát). Az „Arc- állcsont-szájsebészet szakorvosa" megnevezést pedig olyan kollégák használhatják, akik általános orvosi diplomával és ilyen szakvizsga-bizonyítvánnyal rendelkeznek.

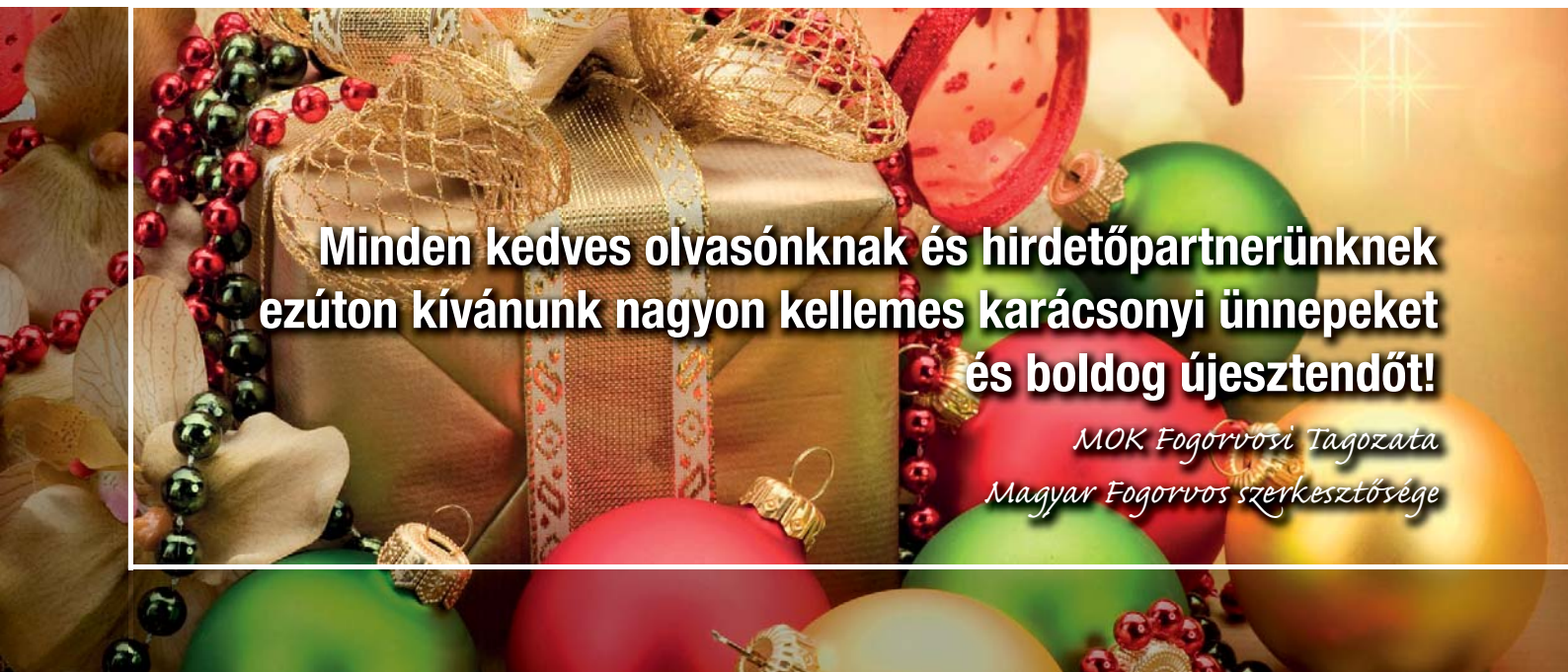
Hasonló a helyzet parodontológia vagy fogszabályozás esetén, „Parodontológus, illetve Fogszabályozás szakorvosa" kizárólag az a fogorvos lehet, aki ilyen irányú szakvizsgát tett. Az „implantológus" kifejezés helytelen, értelmezhetetlen és nem etikus, ilyen szakképesítés egész Európában nem létezik.

Természetesen egy fogorvosi, szájsebészeti, parodontológiai profilú rendelő használhatja tevékenységi felsorolásánál, a rendelő által nyújtott szolgáltatások hirdetésénél például a „szájsebészeti, implantológiai, parodontológiai beavatkozások" kifejezést, de az egyes kollégák (ha szakirányú szakvizsga-bizonyítvánnyal nem rendelkeznek) nem nevezhetik magukat ezen diszciplínák szakorvosainak, de még csak „szájsebésznek", „implantológusnak", „parodontológusnak" sem.

Fentiek figyelembevételével a Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság, a Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága és a Magyar Parodontológiai Társaság Vezetősége kéri a Magyar Fogorvosok Egyesületét és Társaságait, valamint a Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tagozatát, hogy szakterületükön tegyenek meg mindent annak érdekében, hogy a hazai fogászat-szájsebészet területén érvényes szakképesítések használata jogszerű és etikus legyen. A MOK Fogorvosi Tagozata Etikai Bizottságai járjanak el az érvényes előírásokat be nem tartó Kollégákkal szemben.

A társaságok bejelentés alapján kezdeményezni fogják a MOK Etikai Bizttságánál, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál, illetve a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóságnál az illetéktelen címhasználattal élő kollégák elleni eljárás elindítását.

A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság Vezetősége
A Magyar Fogorvosok Implantológiai Társaságának Vezetősége
A Magyar Parodontológiai Társaság Vezetősége



Felhívás

Tisztelt Kollégák!

Azok, akik a 2000-től hatályos továbbképzési rendelet szerint kezdték meg az ötéves továbbképzési ciklusukat, 2015 első felében kell teljesíteniük a 250 pont megszerzését. Azok számára, akik meg akarják újítani a következő öt évre a működési nyilvántartásukat, és még nem teljesítették a kötelező szintentartó 50 pontot, a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak- és Továbbképzési Titkárság 4 napos kötelező szinten tartó tanfolyamokat szervez: 2015. január 28–31. (szerda, csütörtök, péntek, szombat).

Jelentkezési határidő: 2015. január 5.

Helyszín: Nagyvárad téri Elméleti Tömb
(1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.)

A jelentkezéseket kizárólag a www.oftex.hu portálon fogadjuk.

Reg.szám: SE-FOG/2015.I./00011 Kreditpont: 50
Cím: **Fogpótlástan és Konzerváló fogászat** Díja: 50 000 Ft
(Érvényes szakvizsga: 1. fog- és szájbetegségek (fogo.) 2. fog- és szájbetegségek-ált.o. 3. fogorvos (szakképesítés nélkül) 4. konzerváló fogászat és fogpótlástan)

Reg.szám: SE-FOG/2015.I./00009 Kreditpont: 50
Cím: **Dento-alveoláris sebészet/Parodontológia** Díja: 50 000 Ft
(Érvényes szakvizsga: 1. arc-állcsont-szájsebészet 2. dento alveoláris sebészet 3. parodontológia 4. szájsebészet (ált.orvos) 5. szájsebészet (fogorvos)

Reg.szám: SE-FOG/2015.I./00010 Kreditpont: 50
Cím: **Fogszabályozás, Gyermekfogászat** Díja: 50 000 Ft
(Érvényes szakvizsga: 1. fogszabályozás (ált.orv.) 2. fogszabályozás (fogorvos) 3. gyermekfogászat (fogorvos) 4. gyermekfogászat és fogszabályozás)

- A tanfolyammal kapcsolatos részletes tájékoztató levelünket és a regisztrációs kártyát a tanfolyam előtt postázzuk a jelentkezők részére.
- Az összesen 4 nap teljesítésével szerezhető meg az 50 kötelező szinten tartó pontszám.
- A NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelete értelmében a továbbképzésre kötelezettek számára az ötéves továbbképzési ciklus alatt 50 kötelező szinten tartó pontszám megszerzése 1 szakképesítéshez térítésmentes.
- **Kérjük, hogy a jelentkezés előtt mindenképpen szíveskedjenek áttekinteni a Titkárság honlapján szereplő részletes tájékoztatónkat, amely kitér a térítésmentességre, és tartalmazza a jelentkezés menetét is (http://semmelweis-egyetem.hu/fok-tovabbkepzes/tovabbkepzes/ „Kötelező szinten tartó tanfolyamok" dokumentum).**
- A térítésmentesség nem érvényesíthető abban az esetben, amennyiben – a szakvizsgával nem rendelkező fogorvos vagy a szakképesítéssel rendelkező fogorvos – nem a szakképesítésének megfelelő tanfolyamra jelentkezik.
- A tanfolyamok pontos órarendje a tanfolyam előtt néhány héttel kerül fel az oftex portálra. Az oldalon jelenleg szereplő órarendek tájékoztató jellegűek.
- Tájékoztatjuk, hogy a jelentkezéseket a terem befogadóképességéig tudjuk fogadni.
- Amennyiben a www.oftex.hu portálon való jelentkezése nehézségbe ütközne, a Titkárság munkatársait (tel.: 06-1/266-70-06), valamint a portál üzemeltetőjét (tel.: 06-21/252-5461) keresheti fel a problémával.

Tájékoztatás

A MOK Fogorvosi Tagozata a Procter and Gamble-lel való együttműködése keretében prevenciós tevékenység támogatására közös pályázatot hirdetett meg. A Szakmai Bizottság döntése értelmében

- megosztott első helyezést ért el:
  Dr. Gerhes Georgina *(az első hely díja: 350 000 Ft)*
  Dr. Padányi Katalin Virág *(az első hely díja: 350 000 Ft)*
- második helyezést ért el: **Dr. Jakab Imola**
  (a második hely díja: 300 000 Ft)

Szakmai tevékenységüket megköszönve, további sikereket kívánunk gyógyító-megelőző munkájukhoz.

Szerkesztőség

Az Implantcenter Klinikán folyó bővítéshez keresünk magyar és külföldi páciensek ellátására, munkájára igényes, 2 főállású

fogorvos kollégát,

aki rendelkezik 3-5 éves szakmai tapasztalattal és magas szintű angol nyelvtudással. (Francia nyelvi ismeret előny!)
Továbbá keresünk egy

endodontus (gyökérkezelő) fogorvost is

magabiztos angol nyelvtudással. Fényképes önéletrajzot fizetési igény megjelölésével az alábbi e-mail címre várjuk:
pa.drkaman@implantcenter.hu

Fogtechnikus képzés és klinikai fogászati higiénikus képzés a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézetében

A Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet oktatási szempontból is rendkívüli fejlődésen ment keresztül az elmúlt tanévben. Jelenleg két szabadon választott kreditpontos tantárgy, a Szájüregi rákok és prevenciójuk jelentősége (előadó: dr. Nagy Gábor egyetemi tanár) és a Gerosztomatológia (előadó: dr. Kivovics Péter egyetemi docens) tantárgyak kerültek bevezetésre. A legújabb tantárgy az Intézetben egy úgynevezett kritériumtantárgy, melynek címe Sürgősségi fogászat (előadó: dr. Kivovics Péter egyetemi docens). Emellett az Intézetben OKJ-s képzések is indulnak. Párhuzamosan indul a Fogtechnikus képzés és a Klinikai fogászati higiénikus képzés is. Erről kérdezzük a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet igazgatóját, dr. Kivovics Péter egyetemi docenst.

Magyar Fogorvos: Miből adódott az ötlet, hogy OKJ-s képzéseket indítsanak?

Kivovics Péter: Magyarországon számos helyen képeznek fogtechnikusokat és klinikai fogászati higiénikusokat. A képzések jelentős része OKJ-s. Az OKJ-s képzések színvonala mindkét területen jelentős hullámzást mutat annak ellenére, hogy ezeken a képzőhelyeken nagyon sok esetben, a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar oktatói adják az elméleti és gyakorlati óraszámok nem elhanyagolható részét. Arra gondoltunk, hogy a kollégák, akik ezekben a képzésekben részt vesznek, az Egyetem keretein belül is kifejthetnék oktatói tevékenységüket, és így a Fogorvostudományi Kar garantálni tudná a képzés minőségét.

MF: Hogyan fogadta ezt a tervét a Fogorvostudományi Kar és az Egyetem vezetése?

KP: Örömmel tapasztaltuk, hogy mind a Kar vezetése és munkatársai, mind a Semmelweis Egyetem illetékes szervei teljes mértékben támogatták törekvéseinket. Sok segítséget kaptunk az Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóságtól, és a Semmelweis Egyetem Szenátusa, valamint a Kari Tanács és nem utolsósorban a Fogorvostudományi Kar Dékánja is maradéktalanul támogatta az OKJ-s képzés beindítását a Fogorvostudományi Karon.

MF: Miben fog különbözni ez a képzés az országban található más, ilyen jellegű képzésektől?

KP: Általánosan, kisszámú kivétellel elmondhatjuk, hogy minél rövidebb idő alatt, minél több érdeklődőnek kívánnak végzettséget adni, és ez gyakran a minőség rovására mehet. Ráadásul gyakorlati képzőhelyről a képzetteknek kell gondoskodniuk, ami szintén jelentős bizonytalansági faktor, mind a költségek, mind a színvonal tekintetében. Az Intézetünkben elinduló képzés kis tanulólétszámmal fog működni, a gyakorlati képzőhelyet a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet biztosítja, és ez már a képzési díjban benne foglaltatik, tehát nem kell a tanulónak, illetve családjának képzőhely után rohangálni és intézkedni, nem kell alkudozni a pluszban felmerülő költségekről. A képzésben részt vevő tanárok egyetemi oktatók, illetve elismert szakemberek, és ez mintegy garanciája a színvonalas képzésnek.

MF: Hol történik majd a gyakorlati oktatás?

KP: A klinikai fogászati higiénikus tanulók gyakorlati oktatása a Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézetben történik. Intézetünkben található az ország egyetlen olyan közfinanszírozott Prevenciós Osztálya, ahol közalkalmazotti státuszban lévő klinikai fogászati higiénikusok orvos felügyelete mellett, két műszakban látják el betegeiket. Ez az Osztály az Intézet egyik legdinamikusabban fejlődő osztálya, ahol tapasztalt kollégák jó műszer-ellátottságú környezetben, folyamatos továbbképzési háttérrel látják el betegeiket. Ez megfelelő gyakorlati feltételeket biztosít a képzésnek. A fogtechnikus képzés gyakorlati része szintén az intézetben található, és az intézettel szerződésben álló QualiDent fogtechnikai laboratóriumban történik. A laboratórium az ország legjobb fogtechnikai laboratóriumainak egyike, és jelentős oktatási gyakorlattal rendelkezik.

MF: Milyen jelentkezői létszámra számítanak az indított képzésekben?

KP: Bár nemrég kerültek föl az utolsó pecsétek az engedélyezéseinkre, de már igen nagy az érdeklődés a képzések iránt. Azonban akármilyen sokan jelentkeznének, mind a két képzést csak 20–20 fős létszámmal indítjuk. Ezt is egyfajta minőségi garanciának gondoljuk. A képzésekről, azok áráról, indulásának pontos dátumairól minden információ megtalálható az Intézet honlapján a http://semmelweis.hu/fszoi/okj/ internetcímen.

MF: Köszönjük az információkat, és sok sikert kívánunk mind a képzés sikeres és színvonalas beindításához, mind az Intézet további fejlődéséhez!

Interjú a MAFIT új elnökével, Joób-Fancsaly Árpáddal

Májusban Szegeden tartotta tisztújító közgyűlését a Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága, ahol új elnököt és elnökséget választottak a jelenlévők. A megújult MAFIT vezetőség új elnökével, Joób-Fancsaly Árpád docens úrral Czinkóczky Béla beszélgetett.



Dr. Joób-Fancsaly Árpád

Czinkóczky Béla: Elnök Úr, örült-e az új feladatnak, miben látja a legnagyobb nehézséget, kihívást?

Joób-Fancsaly Árpád: Nagyon örülök a megtisztelő felkérésnek, melyhez a közgyűlés is egyhangú támogatását adta. Büszke vagyok az elődeimre, megtiszteltetésnek tartom a feladatot. Annak ellenére, hogy a vezetőség tagjaiból olyanok távoztak, akiket kedvelek és becsülök, az új elnökség úgy állt össze, hogy magam sem válogathattam volna szerencsésebben össze a tagjait.

Szeretném folytatni a korábbi elnökök által elindított hagyományokat. Éppen ezért tartottuk fontosnak például, hogy az alapszabály módosítása révén a korábbi elnök, Nagy Katalin professzor asszony társelnök legyen. Ez egyrészt biztosítja a társaság eddigi munkájának folyamatosságát, másrészt, mint gyakorlott vezető, biztos vagyok benne, hogy értékes segítségemre lesz, ahogy azt már többször tapasztaltam. Legnagyobb kihívásnak a másik célomat tartom, nevezetesen azt, hogy a társaságot aktivizáljuk, ezáltal méltó rangjára emelkedjen, és a fiatal kollégák számára vonzóvá, interaktívvá váljon.

CB: Miben tud megújulást, változást hozni az új elnök a társaság életébe?

JFÁ: Önmagában egy új elnök nem tud változást hozni. Viszont egy megújult elnökség, amibe most három új tag is került, és ahol a leköszönő elnök társelnök maradt, továbbá másik két korábbi elnök segítséget nyújt, ez lendületet és motivációt ad nekem. Igyekszem megújuló arculatot és frissességet vinni a társaság életébe.

CB: Mik a legfontosabb prioritások, amelyek szerint megkezdte a munkáját?

JFÁ: Az egyik legfontosabb, hogy eljusson a hírünk a kollégákhoz, tudjanak rólunk, ismerjék a terveinket, céljainkat. Az implantológia valamely területével foglalkozó kollégákat folyamatosan igyekszünk tájékoztatni az aktuális szakmai hírekről (például az implantátum regiszter kérdéséről, az irányelvekről, illetve aktuális kongresszusokról, továbbképzésekről). Kezdő lépésként frissítettük a honlapunkat (www.mafit.org), és készítettünk egy facebook oldalt is. Feltett szándékunk minél több fiatal kollégát bevonni a munkába, és ezzel valóban lendületet adni a társaságnak.

CB: Mivel tudják vonzóvá tenni a társaságot, mit tudnak kínálni a régi és új tagoknak?

JFÁ: A társaság idén lett 25 éves – negyed évszázados múlttal az egyik legrégebbi a hazai fogorvoslás területén. Az implantológia kiemelt területté nőtte ki magát. Magas színvonalú kongresszusok, továbbképzések zajlanak már itthon is, és sokan a kollégák közül kiemelkedő színvonalon művelik ezt a területet. Ez pedig célokat, feladatokat és kötelezettségeket ró ránk. Úgy válhat vonzóvá a társaság, ha a kollégák érzik az elkötelezett munkát, és látják ennek eredményeit. Feladatul tűztük ki, hogy szorosabb kapcsolatot alakítsunk ki külföldi társtársaságokkal, és hogy hidat építsünk a praxisokban dolgozó kollégák és a klinikusok között.

CB: Mi az, amivel elégedett lenne mandátumának lejártakor?

JFÁ: Ez egy nehéz kérdés. Talán akkor lennék elégedett, ha sokan megismernék a társaságot, ha jó szívvel gondolnának ránk, és éreznék, hogy komoly és elszánt munkával a szakma hangsúlyos társaságává váltunk. Különösen fontos számomra, hogy a kollegák tájékozottak legyenek az őket érintő kérdésekben.

CB: Van-e olyan eszköz az Implantológiai Társaság vagy az új elnök kezében, amellyel ki lehetne szűrni a hazai implantológia hétköznapjait jellemző anomáliákat?

JFÁ: Igen, vannak eszközeink. Most csatlakoztunk például a MAÁSZT (Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság) kezdeményezéséhez, miszerint a társaságok bejelentés alapján kezdeményezni fogják a MOK Etikai Bizottságánál, illetve a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóságnál az illetéktelen címhasználattal élő kollégák elleni eljárásokat. Az utóbbi években ugyanis megszaporodott az illetéktelen címhasználat. Honlapokon, reklámokon gyakran találkozhatunk a különböző jogtalanul használt szakorvosi címekkel, tudományos fokozatokkal és az illetéktelen „implantológus" elnevezésekkel. Ez ellen küzdeni fogunk, ugyanúgy, mint a tudományosan nem megalapozott, általunk silánynak tartott implantátumok forgalmazása és alkalmazása ellen.

CB: Elnök Úr, köszönöm a beszélgetést, és kívánom, hogy sikeresen valósítsa meg az Önre bízott és önként vállalt feladatait. Munkájához sok sikert és jó egészséget kívánok!

SPI Az Eredeti
Spiral Implantátum



„Alpha-Bio Experts Day”

Fogászati szakmai napok

Sopron,
2014. szeptember 11-13.
Nemzetközi és hazai előadók, workshopok

AlphaBio TEC
Simplantology

Kizárólagos magyarországi forgalmazó:

Alpha Implant Kft.
Alpha implant
1027 Budapest
Horvát u. 14-24.
Tel.: 1/353-90-90
Fax: 1/299-07-99
www.alphaimplant.hu
info@alphaimplant.hu

www.alpha-bio.net

A Magyar Endodontiai Társaság és a Magyar Dento-Maxillo-Faciális Radiológiai Társaság kongresszusa

Harmadik alkalommal rendezett közös kongresszust a Magyar Endodontiai Társaság és a Magyar Dento-Maxillo-Faciális Radiológiai Társaság 2014. szeptember 4-6. között Ráckevén, a Savoyai Kastélyszállóban.

Prof. dr. Fazekas Árpád, a MET egykori elnöke és az ez alkalommal is aktív szervezőbizottsági tag, dr. Pataky Levente 2004-ben hagyományt teremtettek, hiszen mára a „ráckevei" jelző e két társaság nevéhez köthető.

Az ünnepélyes megnyitón az alapítók köszöntésére sor is került, miután Szadai József polgármester, prof. dr. Gera István, a Magyar Fogorvosok Egyesülete elnöke, dr. Gerle János, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke szavai után a konferencia védnökei, az egyetemek dékánjai, prof. dr. Nagy Katalin Szeged, dr. Nagy Ákos Pécs és prof. dr. Hermann Péter Budapest képviseletében szólásra emelkedtek. Az eseményt megtisztelte a Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tagozata elnöke, prof. dr. Fejérdy Pál, a Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tanácsa elnöke, prof. dr. Orosz Mihály, a Magyar Parodontológiai Társaság elnöke, prof. dr. Windisch Péter, valamint a Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága elnöke, dr. Joób-Fancsaly Árpád is.

A tudományos program a felkért külföldi előadók szinkrontolmácsolt előadásaival kezdődött, prof. dr. Regina Mericske-Stern Svájcból, a Berni Egyetemről „Endodontology versus implants" címmel foglalta össze a protetika, a parodontológia elvárásait is figyelembe véve a döntés szempontjait, nehézségeit az olyan eseteknél, amelyeknél gyökérkezelés és implantátum tervezésével egyaránt kereshető az optimális megoldás.

A debreceni küldöttség





Dr. Nagy Ákos a megnyitón

Törökországból, Ankarából érkezett az EADMFR elnöke, Kaan Orhan professzor a fogászati radiológia felkért előadója. Tanulságos eseteket bemutató előadását, melyet „An update on CBCT anatomy and pathology related to endodontics and maxillofacial radiology" címmel mutatott be, nagy érdeklődés kísérte.

Az „Endodontia vagy implantáció" kerekasztalt Windisch professzor úr moderálta. A kongresszusi előadások nagy része kutatási eredményekről számolt be, de számos esetismertetésre, komplex ellátásra vonatkozó eredmény interpretálására is sor került. Az előadások mintegy negyedét radiológiai témájú prezentációk adták, elméleti kutatás, digitális képalkotók által nyújtott képhalmaz kiértékelését segítő szoftverfejlesztés bemutatása, illetve konkrét klinikai vizsgálati beszámoló. Dicséretes a debreceni és a pécsi egyetemi központok nagy aktivitása, dr. Angyal János, illetve dr. Szalma József és dr. Marada Gyula vezetésével. Fontos momentum az egyetem és magánpraxis közötti együttműködés folyamatában, hogy egy CBCT és CAD/CAM technológiával kapcsolatos témában megjelent a magánszféra is.

A bemutatott esetek, kutatások, hozzászólások hivatásunk számos szakmai problémájára adtak megoldást. CBCT-vel készített beteganyagából tartott interaktív esetbemutatása során Kaan Orhan professzor a hallgatóságnak feltett kérdéseire kollégáink a saját mobiltelefonjukkal tudtak válaszolni. A kongresszus programját endodontiai tárgyú tanfolyamok is színesítették.

A Fiatal Kutatói Díjért történő verseny eredményeképpen most először nyílt alkalom a legjobb fiatal kolléga előadá-

sának díjazására. A 35 év alatti előadókat Tudományos Bizottság bírálta. Pontozásos kiértékelésének alapja az előadás előre beküldött összefoglalója mellett a szóbeli előadás színvonala és a vitakészség volt. Az elismerő oklevél tulajdonosa a következő kongresszusra regisztrációt is nyert. Büszkék lehetünk fiatal kollégáink felkészültségére, hiszen színvonalas verseny alakult ki. A feltett kérdésekre a legtöbb válasz korrekt, informatív és pontos volt, tartalmas diszkussziókkal kísérten.



Prof. dr. Regina Mericske-Stern

A kongresszus zárásakor elsőként átadott Fiatal Kutatói Díj nyertese dr. Tordai Bálint lett, aki a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fogászati és Szájsebészeti Klinika képviseletében dr. Krajczár Károllyal együtt jegyzett „Betört gyökérkezelő műszer eltávolítását követően elkészített gyökértömések minőségének vizsgálata" c. munkáját mutatta be.

A konferencia szakmai színvonalát minősítik azok az előadástartalmak, melyeket időközben impakt faktoros folyóiratban való publikálásra is elfogadtak.

Szombaton sor került mindkét tudományos társaság közgyűlésére is. A következő endodontus találkozó házigazdája 2015 januárjában Debrecen lesz. A Ráckeve kongresszus szervezőinek nagy öröme volt, hogy a négy egyetem ilyen szép számú küldöttséggel képviseltette magát. Betegközpontú szemléletük és egységesen és szépen reprezentált eredményeik összhangban voltak a külföldi előadók eredményeivel. Orhan professzor a ráckevei konferencia tapasztalatain felbuzdulva egy közös rendezésű török-magyar MET–DMFRT konferencia tervét is fontolgatja.

A kongresszust kiegészítő fogászati kiállítás korszerű, modern és a mindennapi gyakorlati munkánkat nagyban segítő számos eszközt, anyagot mutatott be.

A kongresszus kiemelt támogatója volt a Magyar Fogorvosok Egyesülete, a Sanitaria Kft., a Front-Dent Kft., a Dent-East Kft. , a Schmidt & Bender Meditec és a Wolf Klíma és Fűtéstechnika Kft. Segítséget nyújtott még a Bardeco Kft., a Dental Plus Kft., a Dentech Bt., a Harmonycom Kft., a Morita Magyarország, a Radio Dental Extra Kft. és a Valid Kft., valamint két folyóirat, a Fogorvosi Szemle és a Magyar Fogorvos is. Köszönjük támogatásukat!

Dr. Tóth Zsuzsanna
a konferencia elnöke
Prof. dr. Dobó-Nagy Csaba
DMFRT elnök

ITI Study Club Szegeden

Az International Team for Implantology (ITI) az egyik legnagyobb svájci székhelyű, fogászati implantológiával foglalkozó nemzetközi tudományos és szakmai szervezet. Az ITI legutóbbi elnöke (2009–2013) professzor dr. med. dent. Daniel Buser részére a Szegedi Tudományegyetem Rektora *„Senator Honoris Causa"* megtisztelő címet adományozott nemzetközi tudományos-szakmai kiválóságának elismeréseként, valamint a Szegedi Tudományegyetem és különösen Fogorvostudományi Kar iránt tanúsított kivételes elkötelezettségéért. Az ünnepélyes átadásra 2014. november 15-én szombaton 11 órakor került sor a Szegedi Tudományegyetem József Attila Tanulmányi és Információs Központban.

A kitüntető cím átadását követően Buser Professzor úr a budapesti ITI Study Club, valamint prof. dr. Nagy Katalin, a Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Kar dékánja meghívására, nagysikerű előadást tartott „Lehetőségek és korlátok az esztétikus implantáció során" címmel. Az előadáson nagy számmal vettek részt hazai ITI tagok, az esztétikai fogászat elismert szakemberi, valamint a



szakma legfiatalabb generációjának tagjai, akiknek abban a szerencsében és megtiszteltetésben lehetett részük, hogy a dentális implantológia, a csont- és szövetregeneráció egyik vezető nemzetközi szakemberét hallgathatták meg Szegeden a modern implantológia legfontosabb kihívásairól és az azokra adható legújabb tudományos-gyakorlati válaszlehetőségekről.

Az esemény a Szegedi Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karainak szoros együttműködésében valósult meg.

Dr. Párkányi László
Dr. Tián Tamás

Prevenciós Nap

Fogászati prevenciós napot tartott az Euromedic International Csoport a fogorvosi képzőhelyek és szakmai szervezetek közreműködésével november 25-én annak érdekében, hogy felhívja a figyelmet a megelőzés fontosságára a fogszuvasodás, a fogágybetegség és a szájüregi daganatok tekintetében.

A Prevenciós Nap a csúcspontja volt a már korábban, október 1-jén elindított és december 31-ig tartó Országos Fogászati Prevenciós Kampánynak, amely az Euromedic Társadalmi Felelősségvállalást hangsúlyozó programja.

A fogászati prevencióra fókuszáló kampány (melyről részletes információk érthetők el a www.egeszsegonline.hu weboldalon) részeként megrendezett szakmai napon a Gerbeaud ház Átrium termében, hazai és külföldi szakemberek, illetve az OEP Általános Finanszírozási Főosztály Alapellátási Osztály főosztályvezető-helyettese közösen vitatták meg a megelőzés legfontosabb kérdéseit, legsürgetőbb teendőit.

Joseph Priel, az Euromedic vállalatcsalád elnöke megnyitó beszédében kiemelte: a Magyarországon több mint 20 éve jelen lévő vállalat a közösséget a többi között az ilyen szakmai napokkal szeretné segíteni, amelyeken egy teremben egyesítik a hazai és a külföldi szaktudást, illetve lehetőséget teremtenek a találkozásra a szakembereknek és a döntéshozóknak.

Dr. Hermann Péter, a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának dékánja előadásában egy 2004-ben végzett reprezentatív felmérés adatait ismertette a jelenlévőkkel. Az adatok szomorúak: amellett, hogy egy átlagos magyar felnőttnek mindössze 10 ép foga van, miközben 10 hiányzik, a lakosság 66 százaléka csak akkor megy fogorvoshoz, ha panasza van.

Dr. Nagy Katalin, a Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának dékánja kiemelte: sajnos hazánkban halnak meg a legtöbben szájüregi rák következtében, az adatok szerint az elhalálozás 1960-ról 1990-re az ötszörösére emelkedett, és a helyzet azóta sem javult. Az okok között első helyen a dohányzás és az alkoholfogyasztás áll, ezért rendkívül fontos lenne például a megelőzést, az ismeretterjesztést beépíteni az oktatásba.

Dr. Pinke Ildikó egyetemi adjunktus a preventív stratégia fontosságáról beszélt a gyermekek fogászati ellátásában, kiemelve, hogy a gyermekfogorvos hiányszakma, illetve azt, hogy a jelenleginél több forrás kellene erre a célra, továbbá folyamatos együttműködésre lenne szükség az óvodák, iskolák mellett például a nőgyógyászokkal, a védőnőkkel, hogy már egészen pici korban elkezdődhessen a megelőzés.

Dr. Bartha Károly, a Semmelweis Egyetem docense rámutatott, hogy a fogászati prevenció nemcsak a fogak, a szájüreg egészsége miatt fontos, hanem azért is, mert a szájüreg nem megfelelő állapota hatással lehet a keringési betegségekre, egyes daganatos elváltozásokra, a cukorbetegségre, az aspirációs tüdőgyulladásra, de akár koraszülést is okozhat.

A szakmai nap második felében dr. Lene Vilstrup, dániai országos szakfelügyelő főorvos „Orális egészségfejlesztés – Dán modell" címmel, dr. Shlomo Zusman, izraeli országos szakfelügyelő főorvos pedig „Reform a fogászati ellátásban Izraelben" címmel mutatta be az egybegyűlteknek saját országuk fogászati prevenciós modelljét/tevékenységét. Az elhangzottakat kerekasztal-beszélgetés keretében vitatták meg a résztvevők, akik között jelen volt dr. Kőrösi László, az Országos Egészségpénztár főosztályvezető-helyettese, dr. Gera István, a Magyar Fogorvosok Egyesületének elnöke, dr. Gerle János, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke, dr. Orosz Mihály, a Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tanácsának elnöke. A kerekasztal-beszélgetés két moderátora dr. Nagy Katalin, a Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának dékánja és dr. Hermann Péter, a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának dékánja volt. A kerekasztal-beszélgetés végeredményeként a megjelentek arra a végkövetkeztetésre jutottak, hogy Magyarország lakosságának fogászati helyzete semmiképpen sem nevezhető jónak, és összehasonlítva az európai országokkal jelentős hátrányban vagyunk a megelőzést illetően, szükségszerű lenne tehát minél hamarabb lépéseket tenni a helyzet javítása érdekében.





SM-PMO

In memoriam

Dr. Molnár András



86 éves korában elhunyt dr. Molnár András fogorvos, szájsebész főorvos. Három gyermekes családban nevelkedett Heves községben. Érettségi bizonyítványát Jászapátiban szerezte 1946-ban. Érettségi után tanulmányait a Budapesti Orvostudományi Egyetemen kezdte.

Tanulmányait betegség miatt meg kellett szakítania. Betegségéből felépülve elvégezte a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolát, ahol tanári diplomát szerzett. Ezt követően folytatta tanulmányait az Orvostudományi Egyetemen. 1960-ban avatták fel, mint fogorvost. Végzés után a Szájsebészeti Klinikára került, és szájsebészetből szerzett szakorvosi végzettséget.

17 évig dolgozott a Szájsebészeti Klinikán, ahol rendkívüli lelkesedéssel és pedagógusi hozzáértéssel nevelte, készítette fel hallgatóit. Munkatársai, betegei és főleg a fogorvostan-hallgatók igen kedvelték odaadó, kedves személyiségét. A Klinikán tanulmányi felelősi feladatokat is ellátott. 1969-től munkáját a Fővárosi István Kórház szájsebészetén folytatta, ahol az ambulancia főorvosaként adjunktusi beosztásban módjában volt folytatni oktatási tevékenységét is.

Dr. Molnár András tartalmas, kiegyensúlyozott, példaértékű életet élt szép családjával, vezető óvodapedagógus feleségével és fiával, aki folytatja édesapja hivatását. Igazi értelmiségiként viselkedett, nem csak az oktatásban és a betegellátásban, de a számára oly kedves időtöltésében, a vadászatban is. Pedagógiai tevékenysége, melyet nagyon szeretett, gyógyítási elkötelezettsége példaként áll előttünk.

Emlékét kegyelettel megőrizzük.

In memoriam

Dr. Wesniczky Béla



Kedves kollégánk, évfolyam- és csoporttársunk, jó barátunk 2014. október 27-én, hat nappal 73. születésnapja után visszaadta lelkét teremtőjének. Fogorvos családból származott, édesapja neves orthodontista volt. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fogorvostudományi Karán végzett 1964-ben cum laude eredménnyel. Az egyetem elvégzése után a csepeli rendelőintézetbe került, itt végezte gyógyító tevékenységét, majd két év után szakvizsgát tett. Munkáját rendkívüli alapossággal, odaadással végezte, a páciensek és a hivatás tisztelete hatotta át minden cselekedetét. Mindig nyitott volt az újra, állandóan képezte magát mind a szakirodalom tanulmányozása, mind a kongresszusokon, továbbképzéseken való részvétel útján. Látva szakmai igyekezetét, rátermettségét, az osztályvezető főorvos nyugdíjba vonulása után a főigazgató őt bízta meg a fogászati osztály vezetésével, és ezt a funkciót haláláig betöltötte. Súlyos betegsége ellenére szinte az utolsó pillanatig bejárt munkahelyére, ellátta betegeit. A csepeli betegek gyógyításában kifejtett áldozatos munkájáért és vezetői tevékenységéért, Csepel Díszpolgára kitüntetésben részesült. A Magyar Orvosi Kamarának alapító tagja, a Fogorvosi Szervezetnek budapesti küldötte, éveken át az Etikai Bizottságban végezte lelkiismeretes munkáját. Mindig szívesen gondolunk vissza színes egyéniségére, az évfolyam- és csoporttalálkozókon elmondott, az egyetemi évek alatt megtörténteket hitelesen megjelenítő, tréfás történeteire. A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Tanácsának nyilvános Jubileumi Díszoklevél-átadó ülésén még átvehette Aranyoklevelét, mely számára is igazolja, hogy ötven éven át szolgált becsülettel a magyar fogászati alapellátásban, lelkiismeretesen, hozzáértéssel gyógyítva a betegeket. Kedves Béla, emlékedet megőrizzük!

Évfolyam és csoporttársaid nevében búcsúzunk:

Velich Tamás és Vass Zoltán.

In memoriam

Dr. Győry Mariann

1987-ben friss diplomásként kezdett dolgozni Kazincbarcikán. Pécsett szerzett diplomát, hacsak tehette, továbbképzéseit is ott végezte, de szíve visszahúzta Borsodba, hiszen Szüleinek egyetlen gyermeke és támasza volt.

Idén tavasszal csak pár napra indult egy kezelésre, de a sors másképp rendelkezett: egy örökkévalóság lett belőle. Mintha csak érezte volna, nem hagyott félbe munkát, nem maradt berendelt betege, de itt maradt egy árva fiú, aki most már helyette támasza idős szüleinek. Nekünk, munkatársainak meg itt maradt 27 év sok-sok emléke.

Kollégái nevében John Donne szavaival búcsúzom tőle: „A harang érted szól”

Nyugodj békében Mariann!

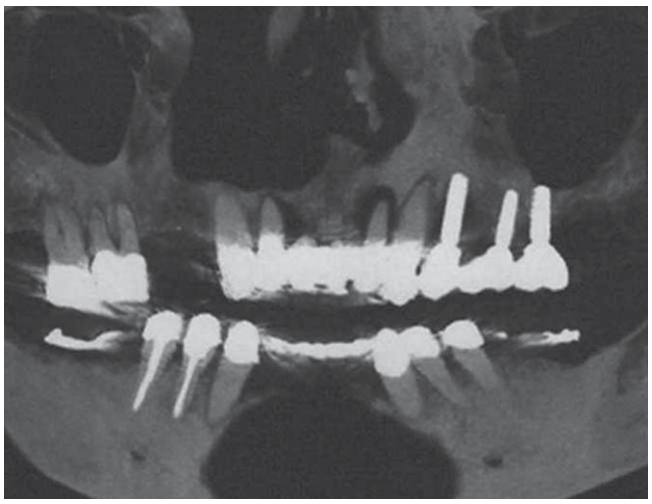
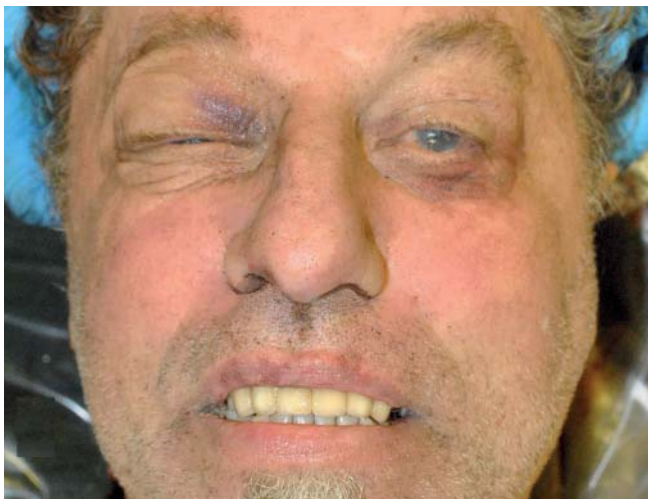
Dr. Gór Ildikó

Felhívás

A Mohácsi Rendőrkapitányság Bűnügyi Osztálya egy ismeretlen holttest személyazonosságának beazonosítása céljából az alábbi fotókat juttatta el a MOK Fogorvosi Tagozatához.
Kérjük a kollégákat, hogy aki a képek alapján felismerni véli az áldozatot, jelezze a következő elérhetőségeken:

Rendőrkapitányság, Mohács, Bűnügyi Osztály
7700 Mohács, Deák tér 1. Pf. 128.
Telefon/fax: 69/511-350, Bm: 23/42-20
E-mail: gelencserz@baranya.police.hu

Köszönjük a segítségüket!





Gyöngyösoroszi-Gyöngyöstarján Fogorvosi Intézményfenntartó Társulása pályázatot hirdet fogorvosi alapellátás keretébe tartozó feladatok vállalkozási formában történő ellátására.

Részletes pályázati felhívás a www.gyongyosoroszi.hu vagy www.gyongyostarjan.hu honlapokon található. A pályázatot ajánlott küldeményként postai úton (3211 Gyöngyösoroszi, Kossuth u. 147.) és elektronikus úton (a jegyzo@gyoroszi-ph.t-online.hu email címre) egyidejűleg be kell nyújtani. Benyújtási határideje 2014. december 17.

(AZ ELEKTRONIKUS ÚTON BENYÚJTOTT PÁLYÁZATHOZ KÉRJÜK CSATOLNI A POSTAI FELADÓVEVÉNY MÁSOLATÁT IS.)

EURO MEDIC DENT

Az Ön partnere a komplett fogászati ellátásban

mis® IMPLANTS

MAKE IT SIMPLE

I LIKE IT SIMPLE.



mis® IMPLANTS | C1

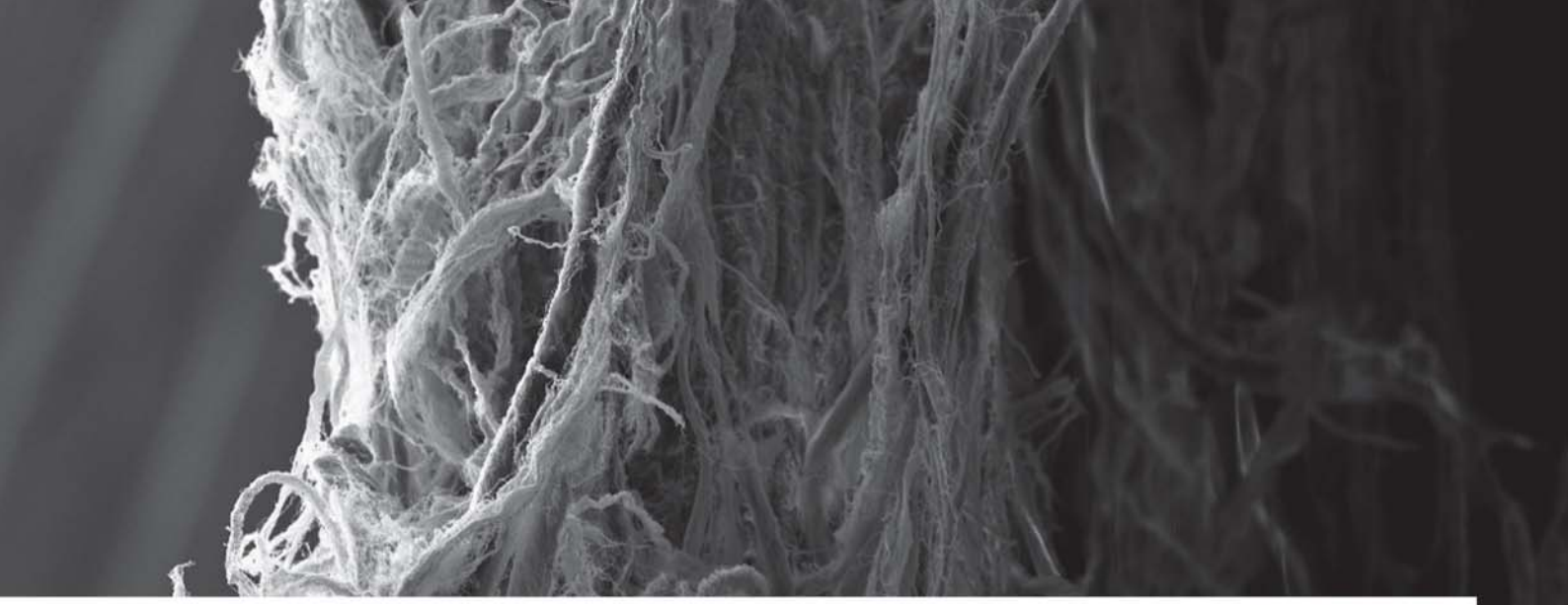
Conical Connection

mis® IMPLANTS | SEVEN

Internal Hexagon

Euromedic Dent
az Euromedic International csoport tagja

Cím 1051 Budapest, Dorottya u. 1.
Telefon +36 1 815-3188, +36 1 815-3192
Mobil +36 30 791-7476
E-mail euromedicdent@euromedic-hungary.com
www.euromedicdent.hu, **www**.euromedic-hungary.com



creos™

xeno.protect

Érezze a különbséget.

A creos xeno.protect membrán nagyon könnyen kezelhető és hosszabb barrier funkciót biztosít.



A felszívódó kollagén membrán egyszerű kezelhetősége és a kiemelkedően nagy szakítószilárdsága értékes időt takaríthat meg Önnek és jelentősen csökkentheti a membrán sérülésének vagy összetapadásának kockázatát. Lépjen kapcsolatba orvoslátogatójával és tegyen egy próbát. Győződjön meg személyesen a különleges előnyökről. Meg vagyunk győződve arról, hogy a különbség az Ön számára is azonnal érezhető lesz.

- **Hosszabb barrier funkció**
- **Kivételesen egyszerű kezelhetőség**
- **Gyors és kiszámítható gyógyulás**
- **Egyszerű és biztos rögzítés**

Videó bemutató

creos.com/xenoprotect-demo

Tudjon meg többet: creos.com/xenoprotect

© Nobel Biocare Services AG, 2014. Minden jog fenntartva. Lemondó nyilatkozat: Egyes termékek nem kerülnek forgalomba az összes piacon. Kérjen tájékoztatást a Nobel Biocare helyi ügyfélszolgálatán az aktuális termékkínálatról.

Nobel Biocare