

Implants from Implantologists

SIC



SIC Invent Hungary Kft

info@sic-invent.hu
www.sic-invent.hu

Schilli
Implantology
Circle



Magyar Arc-Állcsont- és Szájsebészeti Társaság 16. Nemzeti Kongresszus

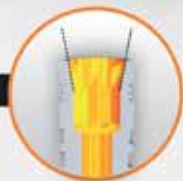
Thermal Hotel Visegrád
2012. november 22-24.



Programfüzet



New!



Conical Connection

Bemutatjuk az **SGS Dental új P7N** azonnal terhelhető, önmetsző, kétfázisú implantátumát, hosszabb hexagonális és kónuszos csatlakozási ponttal, a tökéletes kapcsolódás érdekében.

Köszöntő	6
Szervezők	7
Általános információ	8
Támogatók	13
Áttekintő program	15
Tudományos program (csütörtök)	16
Tudományos program (péntek)	17
Tudományos program (szombat)	23
Absztraktok	28
Szerzői index	69
Alaprajz	72

Innováció versenyáron

Sanat Smile

Hosszú kúpos, hexagonális implantátum felépítmény kapcsolat

Platform switching

Azonos átmérőjű felépítmény bármely implantátum mérethez

Csapos végű összekötőcsavar a felépítmény lazulás elkerülésére

Magyar termék tervezéstől a gyártásig

BoneTact nanofelszín



Tisztelt Kolléganők, Kollégák! Kedves Barátaim!

A Magyar Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Társaság ez évi nemzeti kongresszusa 2012. november 22-24. között Visegrádon kerül megrendezésre.

A kongresszus időpontjának, helyszínének és rendezésének kérdése egy kissé elhúzódott, sok-sok szempont figyelembevételével végül a Vezetőség ezen időpont mellett döntött.

Társaságunk életében mindig fontos szerepe volt a hagyományos, évenkénti kongresszusoknak, hiszen kitűnő lehetőséget ad az egyes személyek, munkacsoportok, klinikák szakmai előmenetelének bemutatására. Külön kiemelendő és örömdetes dolog, hogy a fiatal kollégák folyamatosan, egyre aktívabb részvétel mellett, növekvő színvonalú, igényes munkákat mutatnak be.

A már hagyománynak tekinthető, valamilyen, a fej-nyak határterületén tevékenykedő szakma meghívása sem marad el, ezúttal a Magyar Szemorvostársaságot hívtuk meg. Idén több, rendkívül színvonalas nemzetközi összejövetel témája kifejezetten az orbita volt, ezért úgy éreztük, Társaságunknak is csatlakoznia kell ehhez a témakörhöz.

Bár az idei „csupán” nemzeti és nem nemzetközi kongresszus, ennek ellenére különösen fontosnak tartjuk azon hagyomány folytatását is, hogy egy-egy témakör vonatkozásában kiemelkedő szakmai szerepet betöltő, nemzetközi vonatkozásban is jelentős külföldi előadók is meghívjunk, motivációt kapjunk ezáltal saját kutatásaink lendületesebb folytatásához, de lehetőség ez arra is, hogy munkánkat összemérjük, meghatározzuk helyünket nemzetközi összehasonlításban is.

Bár idén az orbita a kiemelt terület, természetesen minden más „hagyományos” részterület vonatkozásában is vártunk előadásokat. Így idén is fontosak a traumatológia, a daganatsebészet, a fejlődési rendellenességek, dentoalveolaris sebészet, az implantológia, a helyreállító sebészet és az „egyéb” szabad témájú előadások is.

A festői környezet mellett azért választottuk Visegrádot a kongresszus helyszínéül, mert szerettük volna, ha valahol az ország közepén, de mégsem Budapesten kerül megrendezésre. Tettük ezt azért, hogy mindenki számára viszonylag jól elérhető helyen legyen, és ha kis időre is, de kiszakadva a hétköznapi munkából, egy csapatként, baráti társaságban tölthessük el ezt az időt. Felhívjuk kollégáink figyelmét, hogy a kongresszus alkalmával Közgyűlést is tartunk, melyen új vezetőséget, elnökséget választunk, ennek érdekében, kérjük Önöket, hogy minél többen vegyenek részt a kongresszuson és a Közgyűlésen.

Szeretettel várunk mindenkit, abban a reményben, hogy szakmailag magas színvonalú, baráti hangulatú kongresszust sikerül szerveznünk, és ha az időjárás engedi, élvezhetjük a Dunakanyar festői szépségét is.

Prof. Dr. Barabás József
a Kongresszus elnöke

Prof. Dr. Piffkó József
a MAÁSZT elnöke

Szervezők

A KONGRESSZUS VÉDNÖKEI

Prof. Dr. Karádi István, klinika igazgató, egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Dékán
Prof. Dr. Fejérdy Pál, egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Dékán

SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Prof. Dr. Barabás József, a Kongresszus elnöke
Prof. Dr. Piffkó József, a MAÁSZT elnöke
Dr. Németh Zsolt, a MAÁSZT főtitkára

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

Elnök: Prof. Dr. Orosz Mihály

Tagok:

Prof. Dr. Barabás József
Dr. Katona József
Dr. Nemes István
Dr. Oberna Ferenc
Prof. Dr. Olasz Lajos

Prof. Dr. Piffkó József
Dr. Redl Pál
Dr. Somlai Károly
Dr. Suri Csilla

TUDOMÁNYOS TITKÁRSÁG

Prof. Dr. Barabás József

Semmelweis Egyetem, Arc- Állcsont-
Szájsebészeti és Fogászati Klinika
1085 Budapest, Mária u. 52.
Tel, Fax: (1) 266 0456
E-mail: barabas.jozsef@dent.semmelweis-univ.hu

KONGRESSZUSI IRODA

CongressLine Kft.

Papp-Vid Melinda
1065 Budapest, Révay köz 2.
Tel: (1) 429 0146; Fax: (1) 429 0147
E-mail: pappvid@congressline.hu

Általános információ

A KONGRESSZUS HELYSZÍNE

Thermal Hotel Visegrád
2025 Visegrád, Lepence-völgy hrsz: 1213

A KONGRESSZUS HONLAPJA

www.congressline.hu/maaszt2012

A TÁRSASÁG HONLAPJA

www.maaszt.hu

Tudományos információ

Előadás

Az előadások időtartama 8 perc, melyet 2 perc vita követ, az üléselnök döntésétől függően az előadás végén vagy a szekció végén. Kérjük az időpontok pontos betartását.
Az előadásokhoz számítógépes kivetítést biztosítunk. Saját laptop használata nem megengedett.
Kérjük az előadókat, hogy az előadás anyagokat a technikusnak időben leadni szíveskedjenek, legkésőbb a szekció előtti szünetben az adott teremben.

Poszter szekció

Helye: Zafír terem

Időpontja: november 23., péntek 12:20-12:50

A poszterek bemutatására 4 perc + 2 perc vita áll rendelkezésre. A posztereket kérjük november 22-én 15.00-18.00 óráig kihelyezni és szombaton, november 24-én 13.00 és 13.15 között eltávolítani.

Méret: 90 cm széles, 120 cm magas

Regisztráció

RÉSZVÉTELI DÍJ

	2012. október 30. előtt	2012. október 30. után	Helyszínen
MAÁSZT Tag	25.000,-Ft	30.000,-Ft	35.000,-Ft
Nem Tag	33.000,-Ft	38.000,-Ft	40.000,-Ft
Rezidens, szakorvos jelölt	21.000,-Ft	25.000,-Ft	28.000,-Ft
Kísérő	23.000,-Ft	25.000,-Ft	27.000,-Ft
Napjegy	-	-	18.000,-Ft

PRE-CONGRESS KURZUS ENDODONCIAI SEBÉSZET

2012. NOVEMBER 22-ÉN, 10:00-15:00

	Díj
Részvételi díj	10.000,-Ft
Részvételi díj szakorvos jelölteknek	5.000,-Ft

A részvételi díj 27% áfa-t tartalmaz.

A részvételi díj tartalmazza a kongresszusi részvételt, a kongresszus kiadványait, a kiállítás megtekintését, belépőt a nyitófogadásra 1 fő részére.

A kísérői részvételi díj tartalmazza a részvételt a kongresszus nyitófogadásán 1 fő részére (a kongresszus tudományos programjai ezzel a belépővel nem látogathatók)

A napjegy ára tartalmazza az aznapi részvételt a tudományos programon, kitűzött és a programfüzetet.

A Regisztrációs Iroda nyitva tartása a kongresszus ideje alatt

2012. november 22., csütörtök	09:00 – 20:00
2012. november 23., péntek	08:00 – 18.00
2012. november 24., szombat	08.00 – 12.00

Kredit pont

A kongresszus akkreditálásra került, 12 kredit pont szerzésére van lehetőség.

JELENTKEZÉS

Legutolsó jelentkezési határidő: 2012. november 19., az ezután beérkező jelentkezéseket az iroda helyszíni regisztrációként kezeli.

A 2012. november 19. után illetve a helyszínen jelentkező résztvevőknek a kongresszusi iroda túljelentkezés esetén nem feltétlenül tudja biztosítani a kongresszusi anyagokat illetve a társasági programokon való részvételt, ezért kérjük, hogy részvételi szándékukat a kitöltött jelentkezési lap megküldésével – lehetőség szerint – időben jelezzék.

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

2012. november 22., csütörtök, 19.15 óra

Nyitófogadás a Thermal Hotel Visegrádban

2012. november 23., péntek, 20.00 óra

Bankett vacsora a Thermal Hotel Visegrád, Zafir termében (fakultatív, ára: 10.500,-Ft/fő)

Felhívjuk figyelmüket, hogy a nyitófogadáson csak kitűzővel a bankett vacsorán meghívóval lehet részt venni!

EBÉD

A konferencia ebédszünetében a Thermal Hotel Visegrád éttermében büféebédet biztosítunk november 22-én, 23-án és 24-én, melynek ára 5.300,-Ft/fő/ebéd.

A megrendelt ebédeket a helyszínen nem tudjuk egyik napról a másikra átcsereálni és visszaváltani sem.

SZÁLLODA

	Egyágyas Erdei / Dunai	Kétágyas Erdei / Dunai
Thermal Hotel Visegrád**** <i>(a kongresszus helyszíne)</i> <i>2025 Visegrád, Lepence-völgy</i>	21.000,-Ft / 23.000,-Ft	25.000,-Ft / 28.000,-Ft

A fenti árak szobánként és éjszakánként értendők, a reggelit és az adókat tartalmazzák.

LEMONDÁSI FELTÉTELEK

Kérjük, hogy lemondási szándékukat írásban jelezzék a Szervezőirodánál.

2012. november 1. előtt a részvételi díj 80%-át, a szálláselőleg és a fakultatív programok egészét visszafizetjük.

A megadott határidő után nem áll módunkban a részvételi díjat, a szálláselőleget és a fakultatív programok díját visszatéríteni.

PARKOLÁS

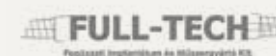
A Thermal Hotel Visegrád parkolójában és garázsában ingyenes, telt ház esetén a szállodával szemben a Duna parton kialakított parkolóban lehet megállni.

INTERNET

A szállodában térítésmentes WIFI biztosított.



A rendezvény kiemelt támogatója



Kiállítók



	Zafir terem	Achát terem	Jade terem
Csütörtök, november 22.			
10:00-12:00			Pre-Congress Kurzus I.
12:00-13:00			Ebédszünet
13:00-15:00			Pre-Congress Kurzus II.
15:00-16:30	Vezetőségi ülés		
18:00-19:00	Megnyitó		
19:00-19:15		Kiállítás megnyitó	
19:15-22:00		Nyitófogadás a Thermal Hotel Visegrád éttermében	
Péntek, november 23.			
09:00-10:30	Dentoalveolaris sebészet I.		
10:30-11:00		Kávészünet	
11:00-12:20	Dentoalveolaris sebészet II.	CBCT, digitális volumetomográfia	
12:20-12:50	Poszter Szekció		
12:30-13:30		Ebédszünet	
13:30-15:00	Fejldési rendellenességek	Bizszozfónátok és állcsont nekrozis	
15:00-15:30		Kávészünet	
15:30-17:00	Határterület: Orbita-sebészet		
17:15-19:00		MAÁSZT Vezetőségválasztó Közgyűlés	
19:00-19:30		Új vezetőségi ülés	
20:00-23:00	Bankett vacsora		
Szombat, november 24.			
09:00-10:45	Oralis implantológia, csontpótlás I.	Maxillo-facialis traumatológia	
10:30-11:00		Kávészünet	
11:00-13:00	Oralis implantológia, csontpótlás II.	Onkológia, rekonstrukciós sebészet	
13:00-13:15	Kongresszus zárása, díjátadások		
13:15-14:00		Ebédszünet	

Tudományos program

2012. NOVEMBER 22., CSÜTÖRTÖK

10:00-15:00 Pre-Congress Kurzus – Endodonciai Sebészet Jade terem

A kurzus vezetője Joób-Fancsaly Árpád egyetemi docens, az előadók a Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika oktatói.

TEMATIKA:

Áttekintés: múlt, jelen, jövő. Indikáció, kontraindikáció, sikeresség
Joób-Fancsaly Árpád

Patológia, akut és krónikus gyulladás, a műtét időzítése
Szűcs Attila

Diagnosztika - röntgen, CBCT
Koppány Ferenc

Metszésvezetés, lebenytervezés
Ruszin Tamás

12:00-13:00 Ebédszünet

Műtéti technika, optikai segédeszközök (videók)
Lőrincz Ádám

Csontpótlás, GTR az endodonciai sebészetben
Rásonyi-Kovács Orsolya

Retrográd preparáció, retrográd gyökértömés
Körmöczi Kinga

Hibák, tévedések, szövödmények
Barabás József Béla

18:00-19:00 Megnyitó

Zafir terem

Üléselelnök: Prof. Dr. Barabás József, egyetemi tanár

Prof. Dr. Karádi István, egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Dékán

Prof. Dr. Fejérdy Pál, egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Dékán

Prof. Dr. Dr. Piffkó József, egyetemi tanár
Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika

I1 – 3D Navigation in Orbita Surgery

Prof. Dr. Rolf Ewers
CMF Institut, Wien, Austria

19:00-19:15 Kiállítás megnyitó

19:15-22:00 Nyitófogadás a Thermal Hotel Visegrád éttermében

2012. NOVEMBER 23., PÉNTEK

09:00-10:30 Dentoalveolaris sebészet I.

Zafir terem

Üléselelnők: Szabó György – Németh Zsolt – Jun-Woo Park

12 – Various sinus approaching techniques for sinus graft

Jun-Woo Park

Hallym University, Department of Oral & Maxillofacial Surgery Kangdong Sacred Heart Hospital
School of Medicine, South Korea

13 – Life threatening phlegmon: therapy and outcome

Gerd Gehrke

Klinik für MKG-Chirurgie, Hannover, Germany

14 – Juvenile Idiopathic arthritis and mandibular growth: 3D morphologic and volumetric changes

Umberto Garagiola

University of Milan, Department of Reconstructive and Diagnostic Surgical Sciences, IRCCS
Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

10:30-11:00 Kávészünet

11:00-12:20 Dentoalveolaris sebészet II.

Zafir terem

Üléselelnők: Joób-Fancsaly Árpád – Suri Csilla

05 – A fej-nyaki régió gyulladásainak differenciál diagnosztikája

Piffkó József, Molnár Gyöngyi, Paczona Róbert, Major László
SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

06 – A nyál mint új diagnosztikai közeg szájüregi daganatok és rákmegelőző állapotok korai felismerésében

Márton Ildikó

DEOEC, FOK, Konzerváló Fogászati Tanszék, Debrecen

07 – Mi is a gyökérsötétedési jel valójában?

Szalma József¹, Lempel Edina², Vajta László¹, Jeges Sára³, Orsi Enikő¹, Olasz Lajos¹

¹PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²PTE, Konzerváló Fogászati és Parodontológiai Tanszék, Pécs

³PTE, Biostatistikai és Egészségügyi Informatikai Tanszék, Pécs

08 – Felső középső metszők gyökérszorpciója – lehet fúvóshangszer használat következménye?

Vetró Éva¹, Seres László¹, Kocsis András², Perényi János³

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Dr. Kocsis András Fogszabályozó Centrum, Szeged

³SZTE, FOK, Fogpótlástani és Orális Biológiai Tanszék, Szeged

09 – Nagyméretű periapikális elváltozások kezelése endodonciai és sebészi úton – Esetismertetés

Marton Rita Margita¹, Pozsgay Sarolta²

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, FOK, Konzerváló Fogászati Klinika, Budapest

010 – Sajátvér készítmények szájsebészeti alkalmazása

Schmidt Levente

MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

011 – Bizonyíték Kosztolányi Dezső halálát illetően

Katona József

Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

11:00-12:20 CBCT, digitális volumentomográfia

Achát terem

Üléselelnők: Bogdán Sándor – Pataky Levente

012 – A digitális volumentomográfia mint műtermék diagnosztika; fogak gyökértöréseinek a vizsgálata

Plachtovics Márk

Központi Stomatológiai Intézet, Szájsebészet, Budapest

013 – Összehasonlító vizsgálatokra alkalmas anatómiai helymeghatározási módszer CBCT felvételeken

Dúcz András¹, Bogdán Sándor¹, Decker Iván¹, Barabás József¹, Markella Zsolt², Huszár Tamás¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

014 – Canalis mandibulae-ba lógó impaktált bölcsességfog kombinált szájsebészeti-orthodonticai eltávolítása CBCT-vel történt tervezést követően

Nyárády Zoltán¹, Altay Zoltán², Révész Zsuzsanna², Olasz Lajos¹

¹PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²Magánpraxis, Budapest

015 – Sinus funkció vizsgálata CBCT felvétel alapján, sinus augmentációt megelőzően

Rásonyi-Kovács Orsolya, Joób-Fancsaly Árpád

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

016 – Alsó bölcsességfogak helyzetének és a nervus alveolaris inferior sérülésének megítélése panorámafelvétel és cone-beam CT felhasználásával

Koppány Ferenc, Joób-Fancsaly Árpád, Pataky Levente

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

017 – A temporomandibularis-ízület csontelváltozásainak vizsgálata Digitális Volumentomográfia (DVT) segítségével

Plachtovics Márk

Központi Stomatológiai Intézet, Szájsebészet, Budapest

O18 – Az alsó állcsont deformitások diagnosztizálása és rehabilitációjának modellezése számítógépes programmal

Vizkelety Tamás¹, Markella Zsolt²

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

O19 – A mandibula műtétek 3D-s tervezését támogató számítógépes program

Markella Zsolt¹, Vizkelety Tamás²

¹Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

²SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

12:20-12:50 Poszter Szekció

Zafir terem

Üléselelnők: Nemes István – Katona József

P67 – Postoperative Pain Management in the Maxillofacial Region – How we do it?

Bicsák Ákos, Schanbacher Monika, Reinbacher Knut Ernst, Kärcher Hans

Medizinische Universität Graz, Klinik für Mund- Kiefer und Gesichtschirurgie, Graz

P68 – Long-term results of maxillary distraction osteogenesis in nongrowing cleft patients: 3-years experience using internal device

Czakó László, Hirjak Dušan, Janec Jaroslav

Comenius Egyetem, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Pozsony

P69 – Kezdeti tapasztalataink Sanat Smile implantációs rendszerrel

Lempel Edina¹, Olasz Lajos², Muzsek Zsófia³, Vajta László², Szalma József²

¹PTE, Konzerváló fogászati és Parodontológiai Tanszék, Pécs

²PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

³PTE, Fogpótlástani Tanszék, Pécs

P70 – Ritka megjelenésű „osteoid osteoma” a maxillo-faciális régióban – diagnosztikától a kezelési alternatíváig

Fülöp Gábor¹, Szökendy Tamás¹, Horváth Gyula², Horváth Zoltán³, Rózsa László⁴

¹Kaposi Mór Oktató Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

²Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Radiológiai Osztály, Kaposvár

³Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

⁴Kaposi Mór Oktató Kórház, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Osztály, Kaposvár

12:30-13:30 Ebédszünet

13:30-15:00 Fejlődési rendellenességek

Zafir terem

Üléselelnők: Piffkó József – Olasz Lajos – Umberto Garagiola

I20 – Early time cleft surgery: Primary microsurgical approach improves aesthetics & function

Reinhard Bschorer

Helios Kliniken, Schwerin, Germany

I21 – Craniosynostosis: Diagnosis and Therapy of syndromal and non-syndromal forms

Gerd Gehrke

Klinik für MKG-Chirurgie, Hannover, Germany

O22 – A robot-asszisztált sebészet szerepe a szájpad-hasadék kezelésében

Nagy Krisztián¹, Nemes Bálint², Swennen Gwen³

¹SE, ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

²SE, FOK, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika, Budapest

³AZ Sint Jan Bruges, Cleft and Craniofacial Centre, Bruges, Belgium

O23 – Virtuális modell-műtét és az okklúziós lemez háromdimenziós nyomtatása súlyos mandibula aszimmetria esetében

Seres László¹, Varga Endre¹, Raskó Zoltán¹, Kocsis András²

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Dr. Kocsis András Fogszabályozó Centrum, Szeged

O24 – A kétoldali ajakhasadék szekunder - funkcionális rekonstrukciója (Esetismertetés)

Olasz Lajos¹, Szalma József¹, Orsi Enikő¹, Lempel Edina², Gelencsér Gábor¹

¹PTE KK Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²PTE KK Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Konzerváló Fogászati Tanszék, Pécs

13:30-15:00 Biszfoszfonátok és állcsont nekrozis

Achát terem

Üléselelnők: Újpál Márta – Somlai Károly

O25 – A biszfoszfonát okozta állcsontnekrozisok multicentrikus epidemiológiai vizsgálata Magyarországon

Vereb Tamás¹, Seres László¹, Vetró Éva¹, Klenk Gusztáv², Oberna Ferenc³, Redl Pál⁴,

Vaszilkó Mihály Tamás⁵, Fülöp Gábor⁶, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

³Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

⁴DEOEC, FOK, Arc- Állcsont-és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

⁵SE, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

⁶Kaposi Mór Oktató Kórház, Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

O26 – Biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrozisok kezelésének stratégiái

Czakó László, Hirjak Dušan, Vanko Luboš, Gális Branislav

Comenius Egyetem, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Pozsony

O27 – A chronicus Zoledronat-kezelés által kiváltott mikrokeringési reakciók szerepének vizsgálata BRONJ állatkísérletes modelljében

Janovszky Ágnes¹, Varga Renáta¹, Szabó Andrea², Garab Dénes², Boros Mihály², Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²SZTE, Sebészeti Műtéttani Intézet, Szeged

O28 – Antibiotikumok hatásosságának vizsgálata biszfoszfonát okozta állcsontnekrozisban

Bérczy Kinga¹, Restár László¹, Cséplő Krisztina², Vaszkó Mihály Tamás¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

O29 – A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózis prognózisát befolyásoló tényezők

Restár László¹, Bérczy Kinga¹, Cséplő Krisztina², Vaszilkó Mihály Tamás¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

O30 – Biszfoszfonát indukálta osteonecrosisban szenvedő páciensek gondozása, prevenció és betegirányítás Somogy megyében

Farkas Dóra, Kolarovszki Béla, Fülöp Gábor

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

O31 – Az interdiszciplináris együtt (nem) működés jelentősége

Sidó Levente

MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

15:00-15:30 Kávészünet

15:30-16:50 Határterület: Orbita-sebészet

Zafir terem

Üléseknök: Barabás József – Lukáts Olga

O32 – Orbita helyreállító sebészet

Barabás József¹, Lukáts Olga², Vízkelety Tamás¹, Markella Zsolt³, Bogdán Sándor¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

³Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

O33 – Az orbita térfogatának változása szemmozgás-zavarok esetén

Maka Erika¹, Lukáts Olga¹, Vízkelety Tamás², Dobai Adrienn², Markella Zsolt³, Kis Mária⁴, Németh János¹, Barabás József²

¹SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

²SE, ÁOK, Arc- Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

³Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

⁴Dunaújvárosi Főiskola, Dunaújváros

O34 – Orbita exenteratio szemészeti indikációja napjainkban

Lukáts Olga, Tóth Jeannette

SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

O35 – A szemészeti szakmával való együttműködés fontossága orbitasérültek ellátása során

Kardos István¹, Suri Csilla¹, Rodler András²

¹MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

²MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

O36 – Orbita rekonstrukció titán lemezes implantátumokkal

Nemes István Sándor, Róthy Ákos

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Szombathely

O37 – A korai sebészi kezelés meghatározó szerepe az orbitaalap törések ellátásában

Kovács Evelin¹, Vaszilkó Mihály Tamás¹, Maka Erika², Barabás József¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

O38 – Dentális eredetű orbitatályogok osztályunk anyagában

Szabó Adrienne, Simay Attila, Révész Petronella, Redl Pál

DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

O39 – Mit tegyünk a blow-out töréssel?

Raskó Zoltán¹, Seres László¹, Vetró Éva¹, Sas Tamás², B. Tóth Barbara³, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

³SZTE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Szeged

17:15-19:00 MAÁSZT vezetőség választó közgyűlés

Achát terem

20:00-23:00 Bankett vacsora

Zafir terem

2012. NOVEMBER 24., SZOMBAT

09:00-10:45 Oralis implantológia, csontpótlás I.

Üléselelnők: Nagy Katalin – Vajdovich István – Huszák András

Zafir terem

SZ40 – 3-Dimensional Implant planning...Today's Technologies

Ralf Kohal

Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Freiburg, Germany

I41 – Soft tissue management for bone augmentation

Marius Steigmann

Steigmann Implant Institute, Neckargemünd, Germany

I42 – Planning in oral implantology – the key to success?

Daniel Grubeanu

University of Applied Sciences Fresenius, Trier, Germany

09:00-10:30 Maxillo-facialis traumatológia

Üléselelnők: Redl Pál – Szentirmai Annamária

Achát terem

I43 – Multidisciplinary treatment of the frontal sinus and anterior cranial base fractures

Horatiu Rotaru¹, C. Dinu¹, C. Abrudan², H. Stan², Al. Rotaru¹, Gr. Băciut¹, Mihaela Băciut¹,
Lucia Hurubeanu¹, I. Moldovan¹, S. Bran¹, Ileana Mitre¹, G. Armencea¹, D. Roşca¹, O. Rotaru³

¹Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and
Pharmacy, Cluj-Napoca

²Department of Neurosurgery, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy,
Cluj-Napoca

³Department of Oral and Maxillofacial Surgery, "Constantin Opreş" County Hospital Baia-Mare

O44 – A koponyaüregbe penetráló transorbitalis idegentest esete

Lestyán János

Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

O45 – Maxillo-facialis sérülések kezelése gyermekkorban

Szentirmai Annamária

Baleseti Központ, Arc- Mellkas- és Érsérültek Osztálya, Budapest

O46 – Komplex cranio-maxillofacialis és polytraumatizált panfacialis gyermekszérültek primer ellátásáról

Szentirmai Annamária¹, Kassai Tamás², Molitorisz Dániel², Viola Árpád³, Tamás Róbert⁴

¹Baleseti Központ, Arc- Mellkas- és Érsérültek Osztálya, Budapest

²Baleseti Központ, Gyermekszérültek Osztálya, Budapest

³Baleseti Központ, Idegsebészeti Osztály, Budapest

⁴MH Honvédkórház, Plasztikai Sebészet, Budapest

O47 – A transzfúzió kérdései az arc- állcsont- és szájsebészeti fekvőbeteg osztályokon

Barabás Péter, Somogyi Zsófia, Németh Zsolt

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

O48 – Konzervatív terápia eredményessége a redukció nélküli discus diszlokációval rendelkező betegek körében

Baráth Zoltán¹, Raskó Zoltán², Szendi Róbert¹, Radnai Márta¹

¹SZTE, FOK, Fogpótlástani és Orális Biológiai Tanszék, Szeged

²SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Szeged

10:30-11:00 Kávészünet

11:00-13:00 Oralis implantológia, csontpótlás II.

Üléselelnők: Vajdovich István – Huszák András

Zafir terem

O49 – A < 20 év előtt beültetett Denti® implantátumok retrospektív vizsgálatának tapasztalatai

Bandula Mihály¹, Vajdovich Éva², Vajdovich István²

¹Chirodent Szájsebészeti Rendelő, Szentos

²DentiDent Implant Clinic, Szentos

O50 – Baleset késői következményeként eltávolításra került felső nagymetsző fog helyének kemény szöveti és gingivális rehabilitációja fiatal korú páciensnél

Tálos Marianna, Barnaföldi Ádám

Magánpraxis, Budapest

O51 – Implantációs és szájsebészeti műtéti tervező és navigációs rendszerek összehasonlítása

Varga Endre¹, Seres László¹, Raskó Zoltán¹, Czinkóczy Béla², Kocsis András³, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Magánpraxis, Budapest

³Magánpraxis, Szeged

O52 – A rheumatoid arthritis szájsebészeti és implantológiai vonatkozásainak összefoglalása

Nagy Róbert

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

O53 – Platform switching és platform shifting: előnyök, hátrányok, eredmények az irodalmi adatok tükrében

Dúcz András, Bogdán Sándor

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

O54 – 12 éves tapasztalatunk az atrófiás processus alveolárisok onlay csipőcsonttal való felépítésében

Kámán Attila Sándor, Klenk Gusztáv

Implantcenter Kft., Budapest

O55 – Nagy kiterjedésű verticalis mandibula augmentatio saját módszerrel – 3 eset kapcsán

Sass Tamás¹, Bögi Imre², Oberna Ferenc¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

²MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

11:00-13:00 Onkológia, rekonstrukciós sebészet

Achát terem

Üléselelnök: Oberna Ferenc – Seres László

O56 – Parapharyngealis lipoma egy 21 hónapos gyermekben – Esetbemutatás

Horváth Dóra, Redl Pál

DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

O57 – A parotis régióban elhelyezkedő, intra- és extracranialis terjedő daganat csapatmunkában történő megoldása (esetismertetés)

Csáki Gábor¹, Helfferich Frigyes², Paput László², Tóth Attila³, Vajda János⁴, Suri Csilla¹, Veres Róbert³

¹MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

²MH Honvédkórház, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyak Sebészet, Budapest

³MH Honvédkórház, Idegsebészeti Osztály, Budapest

⁴Országos Idegtudományi Intézet, Idegsebészeti Osztály, Budapest

O58 – Ritka, nyálmirigy eredetű, malignus daganat nyelvgyöki manifesztációja

Paczona Róbert¹, Tiszlavicz László², Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²SZTE, ÁOK, Patológiai Intézet, Szeged

O59 – Onkológiai betegellátási gyakorlatunk bemutatása

Paczona Róbert, Piffkó József

SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Szeged

O60 – Maxillo-faciális határterületek: húgycső strikturák rekonstrukciója buccából nyert mucosa grafftal

Simay Attila¹, Redl Pál¹, Kiss Zoltán², Flaskó Tibor²

¹DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Debrecen

²DEOEC, ÁOK, Urológiai Klinika, Debrecen

O61 – A 2-es típusú diabetesz a szájüregi laphámrák rizikófaktora? - Kórjelző biomarkerek klinikai proteomikai vizsgálata

Jancsik Veronika Ágnes¹, Olasz Lajos¹, Márk László², Wittmann István³, Molnár Gergő Attila³

¹PTE, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Tanszék, Pécs

²PTE, Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézet, Pécs

³PTE, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs

O62 – Suralis lebeny alkalmazása szájüregi defektusok zárására

Baán Szabolcs¹, Somlai Károly¹, Lóderer Zoltán²

¹Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Veszprém

²Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály, Veszprém

O63 – Fültömírigy daganat miatt operált beteganyag retrospektív vizsgálata

Kozma Péter, Sass Tamás, Sántha Beáta, Oberna Ferenc

Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

O64 – Szájüregi, szájgarati mikrosebészeti műtétek esetén felmerülő nosocomialis fertőzések és az alkalmazott perioperatív antibiotikus profilaxis retrospektív vizsgálata

Patyi Márta¹, Sántha Beáta², Sejben István³, Cserni Gábor³, Gál Zoltán⁴, Oberna Ferenc²

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Kórházhigiénés Osztály, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-Orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

³Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Patológia, Kecskemét

⁴Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Központi Intenzív Osztály, Kecskemét

O65 – Mandibula rekonstrukció fibula szabadlebennyel

Oberna Ferenc¹, Sántha Beáta¹, Sass Tamás¹, Kozma Péter¹, Juhász Tamás¹, Piffkó József², Redl Pál³, Tóth Ilona⁴

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-Orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

²SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

³DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

⁴Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Központi Intenzív és Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Kecskemét

O66 – Arcüregi malignus fibrózus hisztiocitóma nyaki áttéttel, fiatal betegnél

Vuity Drázen, Bogdán Sándor, Csurgay Katalin, Léhner György, Németh Zsolt

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

13:00-13:15 Kongresszus zárása, díjátadások

Zafir terem



DENTOALVEOLÁRIS SEBÉSZET I.

I2 – Various sinus approaching techniques for sinus graft

Jun-Woo Park

Hallym University, Department of Oral & Maxillofacial Surgery Kangdong Sacred Heart Hospital
School of Medicine, South Korea

The posterior maxillary area represents the most predictable area for synthetic bone grafting. But a lot of dental practitioners are still afraid of treating posterior maxillary area where the bone dimension are unfavorable, which needs a sinus graft. Generally, sinus lift procedure has been recognized as difficult, time consuming and high risk with low success rate. For implant success in posterior maxillary area, sufficient initial stability, as well as safe dissection and separation of maxillary sinus membrane from the inferior cortical bone or lateral wall of the maxillary sinus has to be performed. The conventional sinus lateral graft technique was first introduced by Dr. Hill Tatum in late of 1970. The sinus lift technique was introduced by Dr. Summers in 1994. The success of traditional sinus lifting procedure is dependent on the operator's experience and clinical skill which is a very technique sensitive. Therefore, various bone window opening techniques by using several new instruments for maxillary sinus membrane elevation were introduced for the practitioners who want to do a sinus graft much easier than conventional techniques. As a clinician, I would like to introduce several sinus approaching techniques for sinus graft and discuss pros and cons about these techniques.

I4 – Juvenile Idiopathic arthritis and mandibular growth: 3D morphologic and volumetric changes

Umberto Garagiola

University of Milan, Department of Reconstructive and Diagnostic Surgical Sciences, IRCCS
Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

Aim: The aim of this study is to show the importance of Cone Beam Computerized Tomography (CBCT) to volumetrically quantify TMJ damage in patients with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA), measuring condylar and mandibular real volumes, after therapy too.

Materials and methods: 80 JIA children and 30 healthy children with temporomandibular involvement were observed by Cone Beam Computerized Tomography. The mandible was isolated from others craniofacial structures; the whole mandibular volume and its components' volumes (condyle, ramus, emibody, emisymphysis on right side and on left side) has been calculated by a 3D volume rendering technique.

Results: The results show a highly significant statistical difference between affected side volumetric values versus normal side volumetric values above all on condyle region ($P < 0.01$), while they doesn't show any statistical differences between right side versus left side. There is a high correlation between affected side condylar volume and growth ($r = 0.9$). Lower is condylar volume and lower is mandible growth.

Conclusions: The CBCT represents a huge improvement in understanding of the condyle and mandibular morphological changes, even in the early stages of the Juvenile Idiopathic Arthritis. Early initiation and optimal adjustment of aggressive therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs have been extremely successful in preventing irreversible joint damage. Therefore, the accurate and early diagnosis of JIA and the sensitive monitoring of the disease process are essential. Advanced imaging technology capable of identifying even the slightest trace of erosive joint damage may enable the prediction of future structural and functional deterioration.

DENTOALVEOLÁRIS SEBÉSZET II.

O5 – A fej-nyaki régió gyulladásainak differenciál diagnosztikája

Piffkó József, Molnár Gyöngyi, Paczona Róbert, Major László
SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: A craniofaciális régió gyulladásos megbetegedései a maxillofaciális sebészet egyik leggyakoribb kórképe annak ellenére, hogy a fogászati ellátottság, illetve az antibiotikumok jelentős fejlődése volt tapasztalható az utóbbi évtizedekben. Az esetek döntő többségében a sebészeti ellátást követően teljes gyógyulás következik be. Ritkán, de előfordulhat olyan eset, amikor a gyulladással járó kórkép hátterében malignus elváltozás áll és ennek felderítése az alapbetegséget elfedő abszcendáló folyamat miatt nehézségekbe ütközik.

Módszer: Klinikánk beteganyagából retrospektív vizsgálat keretében megvizsgáltuk a sebészeti ellátásban részesült fej-nyaki gyulladásos betegek kórlefolyását, azok kiváltó okait, illetve különös figyelmet fordítottunk azokra az esetekre, ahol a gyulladással járó folyamat hátterében egyéb betegség húzódtott meg.

Tárgyalás: Négy esetet szeretnénk bemutatni, melyekben a benignus nyaki folyamatnak induló betegség hátterében malignus alapbetegség igazolódott. A betegeknél kombinált sebészi és antibiotikus terápia ellenére progresszió mutatkozott. Bizonytalan etiológia tisztázására hisztológiai mintavételre volt szükség. Az esetek részletes kórtörténetét áttekintjük.

Összefoglalás: Az elvégzett vizsgálatok azt mutatták, hogy a standardizált kombinált sebészeti és antibiotikus kezelési protokollok eredményeképpen a fej-nyaki régió gyulladásos eredetű elváltozásai igen jó eredménnyel kezelhetők. Amennyiben a fenti kezelési mód ellenére az elváltozás fennmaradását, progresszióját vagy kiújulását észleljük, mindenféleképpen gondolni kell a gyulladással járó folyamat hátterében meghúzódó malignus elváltozás lehetőségére is.

O6 – A nyál mint új diagnosztikai közeg szájüregi daganatok és rákmegelőző állapotok korai felismerésében

Márton Ildikó

DEOEC, FOK, Konzerváló Fogászati Tanszék, Debrecen

A szájüregi rosszindulatú daganatok 90%-át képező szájüregi laphámrák a rosszindulatú daganatok közel 6%-t képezik, a hatodik leggyakoribb rákféleség, igen alacsony, alig 50%-ot elérő 5 éves túléléssel. Előfordulási és halálozási aránya a fiatalok körében növekvő tendenciát mutat. A hatvanas évek óta a kórforma előfordulási gyakorisága ötszörösére nőtt hazánkban, így Magyarország kiemelkedő helyet foglal el az incidenciára és mortalitásra vonatkozó globális statisztikákban. A rák és megelőző állapotainak korai felismerése csökkentheti a morbiditást és mortalitást, növelheti a túlélést és javíthatja a betegek életminőségét. A magas halálozási arány oka legtöbbször a késői felismerés, amely szükségessé teszi a korai diagnosztikát lehetővé tevő módszerek, köztük a nyál biomarker kimutatások alkalmazását. Világszerte nőtt azon kutatások száma, amelyek fehérje, DNS, RNS, miRNS biomarkereket próbáltak kimutatni és azonosítani szájüregi rákmegelőző állapotokkal bíró és daganatos betegek nyálából. A carotis arteriák ellátási területéhez tartozó, szájüregben termelt nyál igen különleges testfolyadék, mivel tartalmazza a legtöbb, a szisztémás keringésben is megtalálható, valamint a szájüregben termelődő molekulát. A korai diagnosztika céljából vett nyálminta felhasználás további előnyének tekinthető, hogy a nyál nem invazív módon nyerhető, egyszerűbb felhasználást igénylő, informatív testfolyadék. Az egyre szélesebb körben elterjedt „omics” technológiák nyálban történő alkalmazása pedig újszerű megközelítést kínál

és számos eddig nem ismert adatot szolgáltatnak a szájüregi rák kialakulásának hátterében álló molekuláris mechanizmusokról a hagyományos klinikai paraméterek mellett. A nyál molekuláris vizsgálata ideális, gyors és hatékony eszközzé válhat a szájüregi daganatos megbetegedésnek kitett magas kockázati csoportú betegek azonosítása, a rákmegelőző állapotok és daganatok korai felismerése és eredményesebb kezelése terén. A daganat korai felismerését követően elvégzett, megfelelő kezelés által csökkenthetővé válik a betegség kiújulási gyakorisága, javul az életminőség és nő a túlélési arány. A nagy betegszámú, multicentrikus tanulmány során nyert minták vizsgálata, a tumorra jellemző „omics” profilok analízise pedig lehetőséget ad a daganat és megelőző állapotok viselkedésének alaposabb megismerésére, a szűrésre, a korai felismerésre, valamint a célzott és hatékonyabb terápia kiválasztására.

O7 – Mi is a gyökérsötétedési jel valójában?

Szalma József¹, Lempel Edina², Vajta László¹, Jeges Sára³, Orsi Enikő¹, Olasz Lajos¹

¹PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²PTE, Konzerváló fogászati és Parodontológiai Tanszék, Pécs

³PTE, Biostatistikai és Egészségügyi Informatikai Tanszék, Pécs

Bevezetés: Ezen vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy jön létre a gyökérsötétedési jel, milyen intra-alveolaris tényezők alakítják azt ki. Irodalmi adatok alapján egyes szerzők (Öhman és mtsai.) akár a gyökérsötétedések 63%-ért a bölcsességfog behúzódtott gyökerét teszik felelőssé. Ezen behúzódtások pedig szerintük a canalis benyomatai, bizonyítékot szolgáltatva a nervus (pontosabban ér-ideg képlet) és a fog kapcsolatára. Ezzel ellentétben más szerzők (Tantanapornkul és mtsai.) szerint a gyökérsötétedési jelek 20%-ért felelősek ezen behúzódtások, míg 80%-ért nem a direkt nervus-fog kapcsolat, hanem csupán a túl lingualisan elhelyezkedő gyökércsúcs a felelős. Egyrészt az irodalmi adatok ellentmondása, másrészt az eddig teljesen hiányzó intraoperatív megfigyelések miatt terveztük ezen prospektív klinikai kutatásunkat.

Beteg és módszer: 83 - panorámaröntgenen gyökérsötétedési jelet mutató - alsó impaktált bölcsességfog műtét során figyeltük meg pontosan a lehetséges intra-alveolaris anatómiai, etiológiai faktorokat. Megfigyeltük a nervus alveolaris inferior (IAN) expozícióját, a bölcsességfog gyökereinek anatómiáját (behúzódtás, horogképződés) valamint a lingualis kortikális épségét (fenesztráció, elvékonyodás). A megfigyeléseket kiterjesztettük az izolált és összetett gyökérsötétedés különbözőségeire is.

Eredmények: 38 esetben (45,8%) tapasztaltunk IAN idegexpozíciót (láthatóságot). Behúzódtás a gyökéren az esetek 37,4%-ban találtunk. Az esetek mintegy 26,5%-ban lingualis kortikális fenesztrációt vagy elvékonyodást találtunk. Speciális gyökér konformáció 9,6%-ban eredményezett téves gyökérsötétedést. Mind az IAN expozíció (P<0,001) mind a behúzódtott gyökér (P<0,001) gyakoribb volt ún. összetett gyökérsötétedés esetén.

Konklúzió: Megfigyeléseink alapján a gyökérsötétedési jel mintegy kétszer gyakrabban jön létre a canalis mandibulae dehiszcenciája miatt (akár behúzódtással a gyökéren akár nélküle), mint a lingualis kortikális elvékonyodása miatt.

O8 – Felső középső metszők gyökérszorpciója – lehet fúvóhangszer használat következménye?

Vetró Éva¹, Seres László¹, Kocsis András², Perényi János³

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Dr. Kocsis András Fogszabályozó Centrum, Szeged

³SZTE, FOK, Fogpótlástani és Orális Biológiai Tanszék, Szeged

Bevezetés: Gyökércsúcs reszorpciónak nevezzük azt a kóros állapotot, amelyet a foggyökerek cement és dentin állományának részleges elvesztése jellemez. Maradó fogak esetében belső és külső okból eredő gyökérszorpcióról beszélhetünk. Az utóbbi kialakulásában különböző gyulladásos-neoplasztikus folyamatok, traumás behatások, szisztémás megbetegedések, illetve mechanikai stimuláció játszhatnak szerepet. Abban az esetben, ha mindezen tényezők kizárhatóak, idiopátiás eredetű gyökérfelszívódásról beszélünk. Előadásunkban egy olyan beteg esetét mutatjuk be, akinek felső középső metszőinél kezdetben súlyos idiopátiás gyökérfelszívódást diagnosztizáltunk.

Anyag és módszer: Egy 18 éves nő kereste fel ortodontiai rendelésünket veleszületetten hiányzó felső kismetszőkkel és szabálytalan fogívekkel. Röntgen vizsgálat a felső nagymetszők előrehaladott gyökérszorpciójára derített fényt. A szöbajövő etiológiai tényezők kizárása után a folyamatot idiopátiásnak ítéltük. Az ortodontiai kezelés megkezdését követően a felső egyes fogakat eltávolítottuk és azonnali implantációt végeztünk. A végleges pótlás beragasztásakor betegünket elkísérte édesapja, aki arról számolt be, hogy lánya gyermekkorában furulyázni járt és a későbbiekben magával hozott hangszereken látható fognyomokból ítélve erőteljesen ráharapott a hangszerre.

Eredmények: A kezelés befejezése után a páciens mind az esztétikai, mind a funkcionális eredménnyel elégedett.

Következtetés: Bár köztudott, hogy az excesszív okklúzális erők gyökérszorpciót okozhatnak, legjobb tudomásunk szerint ez az első ismertetett eset, amelyben az állapot feltételezhetően gyermekkori helytelen hangszerhasználat következtében alakult ki.

O9 – Nagyméretű periapikális elváltozások kezelése endodontiai és sebészi úton – Esetismertetés

Marton Rita Margita¹, Pozsgay Sarolta²

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, FOK, Konzerváló Fogászati Klinika, Budapest

Az állcsontokban kialakult különböző eredetű ciszták panaszokat csak ritkán okoznak, sokszor véletlenszerűen kerülnek felfedezésre. Azonban ez a krónikus gyulladásos folyamat adott esetben akuttá válhat, gyulladásra jellemző klinikai képet mutat és fájdalmat okozhat.

A klinikai vizsgálat során készített röntgenfelvételen azonnal láthatóvá válik a panasz hátterében húzódó ok. Nagyméretű radikuláris ciszta diagnózisának felállítását követően, kiválasztásra kerül a megfelelő sebészi terápia. Felmerül a kérdés, hogy mely beavatkozást válasszuk? Melyek azok a szempontok, amelyek szerint dönthetünk? Általánosságban azt elmondhatjuk, hogy a cisztákat sebészileg el kell távolítani és szövettani vizsgálatra kell küldeni. Kezelésük állhat többek között; az érintett fog, illetve cisztafal eltávolításából, cisztosztómia (Partsch I. 1892) vagy szükség szerint cisztekтомia (Partsch II. 1910) elvégzéséből, valamint gyökérkezelés és gyökértömést követően rezekció és cisztekтомia megoldásából.

Esetbemutatásunkban azonos kvadránsban, egymás mellett, egymással nem kommunikáló

granulóma és egy nagyméretű radikuláris ciszta komplex terápiáját mutatjuk be.

Konzerváló fogorvos kollégával illetve a pácienssel szorosban egyeztetve választottunk ki a megfelelő terápiát, mely ez esetben sikerrel végződött, de kezelésünk elvégzését követően természetesen feltesszük a kérdést, miszerint meddig érdemes megtartani az adott problémát okozó és fenntartó fogat, illetve milyen kritériumok határozhatják meg döntésünket a megfelelő terápia kiválasztása során.

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy számos szempontot figyelembe véve rövidtávon jó döntést hoztunk a kezelés megválasztása során, azonban recidívától tartva, adott esetben a későbbi csontkínálat szempontja sem elhanyagolható kérdéskör.

O10 – Sajátvér készítmények szájsebészeti alkalmazása

Schmidt Levente

MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

Az előadás célja a beteg saját vérből, centrifugálás segítségével előállítható készítmények elméleti hátterének összefoglalása, gyakorlati alkalmazásuk bemutatása. Az előadás első felében rövid elméleti áttekintés kapott helyet. A PRP (platelet-rich plasma), PRGF (platelet-rich growth factor) és PRF (platelet-rich fibrin) készítmények széles spektrumban, számos indikációs területtel alkalmazhatók a csont- és lágyszövet műtétek során. Ezen módszerekkel pozitívan befolyásolhatjuk a sebgyógyulást, az osszifikáció folyamatát. Költséghatékony módon módosíthatjuk és fejleszthetjük tovább a rutin műtéti technikákat, csökkenthetjük a post-operatív időszak nehézségeit a betegek számára. A prezentáció második felében részletesen bemutatásra kerül a PRF előállításának általunk használt protokollja, annak klinikai alkalmazása a szinusz eleváció során, a poszt extrakciós alveolus megkisebbedés megelőzése (socket preservation), csont-blokk augmentáció támogatásához, fogeltávolítás után a gyógyulás pozitív befolyásolásához és parodontológiai regeneratív műtétekhez. Tapasztalataink szerint a PRF alkalmazása olcsó, könnyen elérhető és alkalmazható módszer, napi használata kórházi hátteret nem igényel, akár ambuláns módon, rendelői körülmények között is egyszerűen kivitelezhető. Az elvégzett műtéteink kapcsán egyértelműen pozitív eredményről számolhatunk be, így összegezve kijelenthető, hogy a PRF készítmény használata előnyt jelent a páciens és orvos számára is.

O11 – Bizonyíték Kosztolányi Dezső halálát illetően

Katona József

Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

Kosztolányi Dezső neves közéleti személyiség volt. Betegsége megváltoztatta életvitelét. Malignus szájüregi tumora miatt több műtéten is átesett. Először 1934. januárjában Ádám Lajos professzor végzett beavatkozást, állkapcsáról tumort távolított el elektrokauterizáció mellett. Ezt követően felolvasóköriútján 1934 áprilisában Erdélyben lett rosszul. Czákó József vizsgálatát követően Kolozsváron Koleszár doktor megoperálta. Egy későbbi műtetre is sor került, ekkor részleges mandibula rezekciót végeztek. A műtéti beavatkozásokat követően nehezebben tudott táplálkozni, későbbiekben beszédfunkciói is csökkentek. Orvosai tanácsára a sugárterápia svéd professzora Berven is konzultálta, Stockholmban többször, 1934-ben, és 1935-ben, és 1936-ban is rádium kezelésben részesült. Ezt követően általános állapota rohamosan romlott 1936 márciusában ismételt műtétek következnek, Hauber László is megoperálja. 1936 augusztusában gégemetszést kellett végezni rajta, ettől kezdve beszélgetőlapokkal kommunikált környezetével. Ezt követően kábító fájdalomcsillapítókat kapott, állapota egyre romlott. Kőhögési rohamát követően pulmonális

tályogja a mellüregbe tör. 1936. XI. 3-án hunyt el az Új Szent János Kórházban. Közvetlen halálát megelőzően meglévő dokumentumok életének utolsó fázisát jelentik, nem árt hangsúlyozni ezek kitüntettségét, de a kérdések végleges lezárását jelentő dokumentum tavalay került elő.

CBCT, DIGITÁLIS VOLUMENTOMOGRÁFIA

O12 – A digitális volumetomográfia mint műtermék diagnosztika; fogak gyökértöréseinek a vizsgálata

Plachtovics Márk

Központi Stomatológiai Intézet, Szájsebészet, Budapest

Bevezetés: Számtalan publikáció ismerteti a különböző felvételi technikával készült röntgenfelvételek készítésének az indikációját, a vizsgálatok menetét, továbbá a digitális volumetomográfia (DVT) alkalmazásának előnyeit. A háromdimenziós képalkotáson túlmenően ilyen például még az esetleges komplikációk rizikójának a csökkentése vagy a mellékleteleken keresztül új információk szerzésének a lehetősége is a szájsebészeti és az implantológiai diagnosztikában. Bizonyos esetekben azonban még a digitális volumetomográfia sem biztosít százszázalékos eredményt a felvételt kérő fogorvos vagy szájsebész számára.

Anyag és módszer: Az elmúlt évek DVT-felvétel konzultációinak az áttekintését követően egy rövid prezentációt szeretnék adni azokról a lehetséges variációkról, amikor a digitális volumetomográfia alkalmazása - akár még megfelelő elméleti tudás és a kiértékelésben való tökéletes jártasság mellett is - hátrányokkal járhat.

Eredmények: Ahogy az ismertetett példák is mutatják, a különböző röntgenfelvételi technikák eredményeit a kiértékelést végző orvosnak mindig megfelelő kritikával kell kezelnie.

Következtetések: Bár a digitális volumetomográfia alkalmazása megfelelő indikáció esetén túlnyomó többségében mind a felvételt kérő orvosnak, mind a páciensnek előnnyel jár, de mint ahogyan azt az előadásomban ismertetett példák is mutatják, a felvételeken megjelenő kép nem minden esetben felel meg a valóságnak. Ezért igényli a felvételt kérő fogorvosoktól vagy szájsebészeknél ennek a képalkotó diagnosztikai eljárásnak a rendszeres alkalmazása a műtermékek és a felhasználás korlátainak a pontos ismeretét, illetve nagyon fontosak a megfelelő továbbképzések is, hogy a különböző röntgenfelvételeket mindig megfelelő kritikával tudjuk kezelni.

O13 – Összehasonlító vizsgálatokra alkalmas anatómiai helymeghatározási módszer CBCT felvételeken

Dűcz András¹, Bogdán Sándor¹, Decker Iván¹, Barabás József¹, Markella Zsolt², Huszár Tamás¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

Bevezetés: A CBCT napjainkra általánosan elterjedt diagnosztikus eszközzé vált a szájsebészeti, implantológiai, fogászati gyakorlatban. Jelenleg a CBCT felvételeket értelmező informatikai programok nem adnak lehetőséget arra, hogy egyazon páciens két különböző időpontban készült felvételein azonos területeket pontosan meghatározzunk, összehasonlítsunk. Ezen probléma megoldása esetén a CBCT vizsgálatok alkalmasak lennének tudományos értékű denzitometriás összehasonlító vizsgálatok- csontpótló műtétek sikerességét objektíven felmérő vizsgálatok elvégzésére

Célkitűzés: Egyazon beteg két különböző időpontban készült CBCT felvételének összehasonlító vizsgálatára alkalmas protokoll kidolgozása az egyes vizsgálni kívánt területek fix anatómiai pontokhoz történő térbeli viszonyításával.

Anyag és módszer: CBCT-vel (iCat, Imaging Sciences International) készített felvételek alapján saját fejlesztésű Cranioviewer programot bővítettük tovább. Az alsó és a felső állcsonton fix anatómiai pontokat határoztunk meg: a mandibulán a foramen mentalék teteje, a processus coronoideus csúcspontja, a maxillán a foramen infraorbitalék teteje és a spina nasalis anterior kerültek kijelölésre. Az egyes vizsgálni kívánt területeket a kijelölt, könnyen meghatározható anatómiai pontokhoz viszonyítottuk. A páciens első felvételén protokollban meghatározott három térbeli ponthoz hozzárendeltünk egy negyediket az általunk vizsgálni kívánt területen. A program a vizsgálni kívánt terület fix pontokhoz való térbeli viszonyát automatikusan elmenti. Egy későbbi felvételen a protokollban meghatározott fix pontokat bejelölve az első felvételen vizsgált területet automatikusan hozzárendeli.

Eredmények: A kifejlesztett informatikai program az eddigi rendszerekkel ellentétben lehetővé teszi egy páciens két különböző időpontban készült CBCT felvételén ugyanazon terület meghatározását. Módszerünk segítségével megoldható bizonyos területek pontos lokalizálása, valamint összehasonlító vizsgálata az állcsontok területén.

Megbeszélés: A jelenleg használt CBCT programok nem adnak lehetőséget két különböző időpontban készült felvétel pontos összehasonlítására. Kidolgozott módszerünk segítségével lehetővé vált ezen probléma megoldása, fix anatómiai pontokhoz való viszonyítással külső referencia pont alkalmazása nélkül. A módszer hasznos lehet csontpótló területek, csontblokkok, ciszták méretváltozásának és denzitálásának vizsgálatában, valamint a csontregenerációs eljárások fejlesztésére irányuló kutatásokban ellenőrzésére.

O14 – Canalis mandibulae-ba lógó impaktált bölcsességfog kombinált szájsebészeti-orthodontikai eltávolítása CBCT-vel történt tervezést követően

Nyárády Zoltán¹, Altay Zoltán², Révész Zsuzsanna², Olasz Lajos¹

¹PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²Magánpraxis, Budapest

Az előadásban egy fiatal nőbeteg canalis mandibulae-ba lógó bölcsességfogának kombinált szájsebészeti fogszabályozó ellátását mutatjuk be.

A rutin fogászati kezelés során készített panoráma röntgenen (OP) a canalis mandibulae-ra vetülő gyökércsúcsú 60 fokban előredő jobb alsó (4.8) bölcsességfogat találtunk. Az OP-n látható gyökércsúcs elhelyezkedését CBCT (NewTom VG, NewTom CBCT Centrum Szeged) vizsgálattal megerősítettük, majd két lépéses műtétet terveztünk az NNTwiever program alapján.

Első lépésben a fekvő alsó bölcsességfog helyi érzéstelenítésben feltártuk, a koronát borító csontot frezerrel elvettük. A korona nagy részét a pulpakamra megnyitása nélkül eltávolítottuk. Horgonylatként a 4.5 és 4.6 fogak közé horgonylatnak fogszabályozó minicsavart helyeztünk be buccalissan. Vértéscsillapítást követően a fogra bracketet ragasztottunk, amit fogszabályozó minicsavarhoz rögzítettük. A sebet zártuk, a varratokat 1 hét elteltével távolítottuk el.

A fogszabályozó készülékkel a gyökeret a csatornából lassan kimozdítottuk. A fog mozgását panoráma röntgenfelvételen követtük. A fogszabályozó kezelés alatt pericoronitis, fájdalom nem jelentkezett.

A fogszabályozó kezelés befejeztével, a 4.8 bölcsességfog gyökércsúcsának és a canalis mandibulae viszonyának ellenőrzése céljából újabb CBCT vizsgálatot végeztünk (NewTom 3G, NewTom CBCT Centrum, Budapest). A fogat helyi érzéstelenítésben sebészileg feltártuk. A

minicsavart és a fogsabályozó készüléket eltávolítottuk. A fogat dekoronáltuk és a gyökeret a korábbi húzási iránynak megfelelően eltávolítottuk. A sebet zártuk. A második műtét alkalmával csontot nem kellett elvinnünk. A beteg szövődmény és panaszmentesen gyógyult. A nervus alveolaris inferior beidegzési területén érzéskiesés/zsibbadás sem a kezelés alatt sem utána nem jelentkezett.

O15 – Sinus funkció vizsgálata CBCT felvétel alapján, sinus augmentációt megelőzően

Rásonyi-Kovács Orsolya, Joób-Fancsaly Árpád

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Bevezetés: Sinus augmentáció egyik súlyos szövődménye lehet a műtét után kialakult sinusitis. Gyógyszeres kezeléssel általában gyógyítható, azonban esetenként műtéti megoldás válik szükségessé, mely az augmentátum elvesztését eredményezi.

Sinus augmentáció tervezésénél fontos feladatunk olyan elváltozások felderítése, melyek a páciens sinusitis kialakulására hajlamosítják.

Célkritizés: CBCT terjedésével sok esetben rendelkezésünkre áll preoperatív CBCT felvétel, melyen lehetőségünk és kötelességünk a sinus állapotának, kóros elváltozásainak és funkciójának vizsgálata. Napjainkban nincsenek erre vonatkozó pontos protokollok, hogy mely és milyen mértékű elváltozások esetén kontraindikált a sinus augmentáció műtete, illetve milyen esetben szükséges Fül-Orr-Gégészeti konzíliumot kérni.

Irodalmi vizsgálatok alapján CBCT felvételek segítségével, az elváltozások mértéke és jellegzetességei alapján következtethetünk a sinus működésének hatékonyságára, mely döntő szerepet játszik a postoperatív sinusitis kialakulásában. Előadásunkban ezeket az elváltozásokat ismertetnénk.

Anyag és módszer: Klinikánkon CBCT felvételek alapján vizsgálatot végeztünk az arcüregben található elváltozásokról. Ismertetjük a CBCT-n vizsgálható kórképeket, melyek a csökkent sinus funkciót valószínűsítik. Megvizsgáltuk ezek gyakoriságát, klinikai jelentőségeit, terápiás megoldásait.

Összefoglalás: Vizsgálataink alapján a CBCT felvétel alkalmas az arcüregben található elváltozások felderítésére, és sok esetben a csökkent sinus funkcióra illetve obstrukcióra is következtethetünk, mely fontos diagnosztikai segítség számunkra a postoperatív jelentkező sinusitis megelőzésében.

O16 – Alsó bölcsességfogak helyzetének és a nervus alveolaris inferior sérülésének

megítélése panorámafelvétel és cone-beam CT felhasználásával

Koppány Ferenc, Joób-Fancsaly Árpád, Pataky Levente

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Célkritizés: Az alsó bölcsességfogak és a canalis mandibulae közelségére utaló radiológiai jelek panoráma röntgenfelvételen történő értékelése és a cone-beam CT (CBCT) vizsgálat eredményeinek összehasonlítása, ezáltal a panorámafelvételek felhasználhatóságának megítélése a bölcsességfog eltávolítás kockázatának felmérésében.

Bevezetés: A bölcsességfog-eltávolítás az egyik leggyakrabban végzett szájsebészeti beavatkozás. Az alveolaris inferior sérülésének kockázata viszonylag kicsi (kb. 1,1%). Amennyiben ez előfordul a beteg életminősége jelentősen romolhat. Napjainkban sokszor készül CBCT vizsgálat a lehetséges kockázat kiszűrésére, azonban ez nem feltétlenül indokolt - figyelembe véve a járulékos sugárterhelést. A panorámafelvételek kiértékelése elegendő információt nyújthat a lehetséges szövődmények előrejelzésére.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálatunkban 153 beteg anyagát tekintettük át, amelyet az irodalmi adatok összehasonlításával egészítettünk ki. A betegeket kor szerint 3 csoportba osztottuk. A radiológiai jeleket összevetettük az esetlegesen fellelhető CBCT vizsgálat eredményeivel az idegsérülés szempontjából.

Eredmény: Az idegsérülés kialakulása összefüggést mutat a különböző radiológiai jelekkel (canalis sötétedése, gyökérosztódás, megszakadt canalis rajzolat). A radiológiai megfigyeléseket a CBCT vizsgálat eredményei alátámasztják.

Következtetés: A CBCT vizsgálat pontos képet ad arról, hogy a különböző csontos anatómiai képletek hogyan helyezkednek el egymáshoz képest. Alsó bölcsességfogak eltávolításánál rutinszerű alkalmazása azonban pozitív radiológiai jelek esetén javasolt. A mindennapi gyakorlatban rutin képalkotó eljárásként a panoráma felvételt használjuk. A radiológiai jelek felismerése segíthet a betegek sugárterhelésének jelentős csökkentésében.

O17 – A temporomandibularis-ízület csontelváltozásainak vizsgálata Digitális Volumentomográfia (DVT) segítségével

Plachtovics Márk

Központi Stomatológiai Intézet, Szájsebészet, Budapest

Bevezetés: Az állkapocsízület megbetegedései különböző anatómiai struktúrákat érinthetnek. A csontszövetben bekövetkező elváltozások vizsgálatára a röntgenteknika alkalmas. Használata széles körben elterjedt, ugyanakkor az ízület szalagok és porc elhelyezkedésének, állapotának és alakjának a vizsgálatára már nem alkalmas. A korábban az állkapocsízület vizsgálatára rendszeresen alkalmazott speciális röntgenfelvételeket a panorámaröntgen-felvételi technika, illetve annak módosított beállításai mára nagyrészt háttérbe szorították. Ezek alkalmazása relatív alacsony sugárterheléssel jár, tehát elsődleges vizsgálatnak ideálisak. Hátrányuk, hogy a fejecseknek csak elvetített képét mutatják, az ízületre anatómiai képletek vetülhetnek, továbbá csak kifejezett erosio vagy osteophyta képe azonosítható a felvételen. A komputertomográfia háromdimenziós leképezése révén az állkapocsízület csontállományának pontosabb, már elvetítés-mentes képi megjelenítését biztosította, de az ízületi discus és szalag vizsgálatát továbbra se tette lehetővé, illetve fekvő betegről készül a felvétel. Alkalmazásának korlátját nemcsak a felvétellel járó nagy sugárterhelés jelenti, hanem a mai DVT-felvételek megjelenítésével összevetve az axiális szeletsorozatok összetettebb diagnosztikai gondolkodást igényelnek az értékelést végző orvostól. A DVT-felvétel alkalmazásának a további előnye, hogy a panorámaröntgen felvétellel ellentétben nem szükséges ún. „ráharaptató” alkalmazása, így könnyen lehetséges az okklúzió, illetve okklúzióban a fejecs pozíciójának a vizsgálata.

Anyag és módszer: Az elmúlt évek DVT-felvétel konzultációinak az áttekintését követően egy rövid prezentációt szeretnék adni a diagnosztizált elváltozások képi megjelenéséről.

Eredmények: Ahogy az ismertetett példák is mutatják, a DVT-felvételeken jól diagnosztizálható a temporomandibularis ízület csontállományának alakja és szerkezete. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy relatív nagy számban kerültek megfigyelésre DVT-felvételek képein elváltozások panaszmentes pácienseknél is.

Következtetések: A röntgenvizsgálatok eredményességével kapcsolatban ismételtelen meg kell jegyezni, hogy csak az elmeszesedett elváltozások ábrázolódnak. Ebből kiindulva az állkapocsízület elváltozásait nem egyszerű kizárni, hiszen a röntgensugárral leképezett felvételeken azok sokszor láthatatlanok maradnak. Az első degeneratív elváltozások általában nem a csontszövetben jelentkeznek, ezáltal hasonló panasszal rendelkező páciens DVT-felvétel képein egyszer beteg, máskor egészséges ízületi fejecset és vápát találunk. És ez fordítva is igaz: számtalan esetben

találhatunk panaszmentes páciensnél az állkapocsízületben elváltozásokat.

O18 – Az alsó állcsont deformitások diagnosztizálása és rehabilitációjának modellezése számítógépes programmal

Vizkelety Tamás¹, Markella Zsolt²

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

Az alsó állcsont, a mandibula az emberi test egyik legösszetettebb morfológiájú csontos alkotórésze, és mint az arckoponya alkotórésze, a fogakat hordozó eleme, funkcionálisan nagyon komoly szerepe van és esztétikai jelentősége is nagyon hangsúlyos.

Ezért deformitása esetén a funkcionális és az esztétikai probléma általában együtt jelentkezik, akár valamilyen öröklött, genetikailag meghatározott (azaz fejlődési rendellenesség) a kiváltó ok, akár szerzett morfológiai (balesetből származó) elváltozásról van szó.

A korrekt diagnózis és a sikeres rehabilitáció érdekében az alsó állcsontot szakaszokra, régiókra osztjuk. A módszer nem újkeletű, hiszen H.Obwegeser a panorama felvételre már készített egy nagyon részletes 2D kefalometriai analízist.

Munkánk célja az volt, hogy CBCT adatállományból kiindulva 3D craniometriai elemzést tudjunk végezni aszimmetrikus koponyákon, majd ezeknek az un. laterognat koponyáknak az alsó állcsont rehabilitációját pontosabban modellezni tudjuk.

Előadásunkban ennek a számítógépes programnak a fejlesztési folyamatát és gyakorlati alkalmazását kívánjuk ismertetni.

O19 – A mandibula műtétek 3D-s tervezését támogató számítógépes program

Markella Zsolt¹, Vizkelety Tamás²

¹Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

²SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

A 2D programok segítségével az oldalirányú teleröntgenen bejelölt mérőpontok mozgásával csak sagittális és vertikális dimenzióban lehet kefalometriai értékelést végezni ill. műtétet tervezni. A frontális sík eltéréseinek diagnosztizálásához további röntgen felvétel és számítógépes program szükséges.

A CBCT adatállományokkal lehetővé vált az összes kefalometriai mérőpont 3D térben való elhelyezése és mérése. Az általunk kifejlesztett CranioViewer program alkalmas az arcközépsík generálására és így a frontális síkban jelentkező deformitások mérésére is, amit ezáltal aszimmetriaként érzékelünk. A mérőpontjaink közti távolságok változtatásával pedig lehetővé vált, hogy szimuláljuk a műtéteket.

A mandibulán a következő mérőpontokat alkalmazzuk:

Középen: B pont, Pogonion, Gnathion

Két oldalon: Foramen Mentale, Gonion, Condylus lateralis és a Condylus medialis felezőpontja –ez lesz a Condylion pont.

Mivel a mandibula esetén a két fejecsk térbeli elhelyezkedése gyakorlatilag állandó – a koponyaalapon a fejecsek csatlakozási helye kötött – így akár növeljük, akár csökkentjük bármely két mérőpont közt a távolságot – a fejecsek közti távolság kivételével – a többi mérőpont is mozdulni fog.

Ezt az alábbi egyszerű mechanikai modellel lehet szemléltetni.

A két fejecsk egy-egy rögzített gömbcsukló és a mérőpontok között merev összekötőidomok vannak. A mérőpontokban az idomok fixen össze vannak erősítve. Bármelyik idom hosszából

elveszünk vagy beletoldunk, amit úgy lehet megoldani, hogy elvágjuk az idomot. A ketté vágott modell mind a két darabja a fejecsek körül elfordítható, azonban a kezelhetőség érdekében a rövidebb darabot nem mozdítjuk el, hanem a rövid darab utolsó rögzített mérőpontját a mozduló hosszabb darab első mérőpontjával összekötő szakasz hosszát változtatjuk. Mivel az elforduló darab merev testként viselkedik az elforduló első mérőpont eredeti és új pozíciója adja a többi pont elforgatásához szükséges forgatási szög két szárát az elforduló fejecsk, pedig a szög csúcsát. Ezzel a megoldással gyorsan lehet a különböző műtéti tervek eredményét ellenőrizni.

A rendszer továbbfejlesztése úgy oldható meg, ha egy 3D scanner segítségével beolvasztatjuk a gipszintát és az így kapott adatállományt a CBCT adatállományával egyesítjük. Ezzel a megoldással a fogsor illeszkedése is szimulálhatóvá válik.

Az előadásban folyamatábrák segítségével szemléltetjük az eljárást.

FEJLŐDÉSI RENDELLENESÉGEK

I20 – Early time cleft surgery: Primary microsurgical approach improves aesthetics & function

Reinhard Bschorer

Helios Kliniken, Schwerin, Germany

Background & Purpose: This lecture shows the results of early cleft surgery evaluating the effect of primary microsurgical repair of the cleft lip nose deformity as well as of the primary repair of the hard and soft palatal closure.

Methods: 28 newborn patients suffering on deformities of a cleft palate nose deformity are treated by means of a primary repair of the nasal deformity as well as of the velar preparation using a microscope. The procedure was done during the first 4 weeks postpartally resp 6 months in the soft palate. We photographed all patients and prepared facial masques and studied speech development as well as consecutive middle ear diseases. These examinations were performed preoperatively, perioperatively and postoperatively after 1 week as well as after 6 and 12 months and 2 years. The 3 year values are measured directly on the patient. Typical aesthetic angles and distances according to Mommaerts 2010 are evaluated.

Results: The metric analysis proves the advantage of the primary microsurgical procedure. Concerning symmetry and height almost ideal values were obtained. The results proved to be functional and aesthetic stable during the three years of follow up. Nevertheless, some scars at the base of the columella had to be treated with the laser later on. Thus speech development seems to be very good whereas the incidence of middle ear treatments showed up similar to treatment protocols performed at a later age.

Conclusions: We present an early microsurgical procedure for treating the cleft nose and palate deformity. The outcomes are evaluated by means of measurements on casts and patients. The primary microsurgical repair of the cleft nose seems to be a logical consequence for the reduction of the cleft nose deformity allowing an early release of wrong plications during the important phase of moldable cartilage. Speech development seems to be affected less compared to late staged surgery protocols.

O22 – A robot-asszisztált sebészet szerepe a szájpada-szédék kezelésében

Nagy Krisztián¹, Nemes Bálint², Swennen Gwen³

¹SE, ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

²SE, FOK, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika, Budapest

³AZ Sint Jan Bruges, Cleft and Craniofacial Centre, Bruges, Belgium

A sebészeti ellátás fejlődése együtt jár az innovatív eljárások bevezetésével a klinikai gyakorlatban. A robot-asszisztált sebészet évek óta bizonyítja előnyeit a sebészet egyes területein, így az urológia, a nőgyógyászat és a fej-nyak sebészet terén. Elsősorban olyan sebészi kezelések esetén ad a robottechnika segítséget, ahol szűk sebészi feltárásból, mélyen elhelyezkedő, nehezen elérhető patológiás elváltozásokat kell kezelni (pl. TORS - trans oral robotic surgery - a nyelvgyöki daganatok kezelésében).

Az új sebészeti technika fő előnyei közé tartozik a jó megvilágítás, a nehezen elérhető anatómiai területek minimálisan invazív feltárása és az ottani, 360°-os, szabad sebészi mozgások biztosítása, valamint a tremor-mentes beavatkozás lehetősége. Ezek a jellemzők alkalmassá teszik a sebészi robotot arra, hogy a szájpada-szédék sebészetében használjuk.

Párizsban, a Descartes Egyetemen végzett, 6 hónapos anatómiai előkészítő tanulmányok és cadaver műtétek után kezdtük a robot-sebészet alkalmazását a szájpada-szédékos betegek ellátásában. A megfelelő orvosetikai engedélyeket és a betegek beleegyező nyilatkozatát beszereztük. 2012. július 1. és október 1. között 5 esetben alkalmaztuk a világon elsőként a Da Vinci® sebészi robotot a szájpada-szédék elsődleges és másodlagos ellátásában, a brugge-i Archaszédék- és Craniofacialis Sebészeti Központban.

Az első esetek rámutattak sok gyakorlati előnyre, de egyben megmutatták a robottechnika korlátait is. A robotoptika tökéletes megvilágítást nyújt. A robotkarok a szabad artikulációs mozgásoknak megfelelően az emberi kéznél nagyobb mozgástartományban képesek működni. A taktilitás azonban megszűnik a sebész számára, és az asszisztens számára igen kevés tér marad az operáló sebész munkájának elősegítésére.

Az előadás a szerzett tapasztalatokat ismerteti.

O23 – Virtuális modell-műtét és az okklúziós lemez háromdimenziós nyomtatása súlyos mandibula aszimmetria esetében

Seres László¹, Varga Endre¹, Raskó Zoltán¹, Kocsis András²

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Dr. Kocsis András Fogszabályozó Centrum, Szeged

Bevezetés: A hagyományos, kétdimenziós kefalometriai elemzés kevés segítséget nyújt az aszimmetrikus fejlődési rendellenességek kezeléséhez. Komplex, mindkét állcsontra terjedő elváltozásoknál a modell-műtét sokszor időigényes, bonyolult és esetlegesen tévedésekhez is vezethet. A nagy felbontású computer tomographia és a fejlett virtuális tervezőprogramok új távlatokat nyitnak az állcsontfejlődési rendellenességek kezelésében. Tanulmányunk célja egy olyan, súlyos aszimmetriával járó eset bemutatása, ahol virtuális preoperatív tervezést és okklúziós lemez készítést alkalmaztunk a valós műtét előkészítésére.

Beteg és módszer: Egy 26 éves férfit jobboldali hemimandibularis elongációval és a maxilla okklúziós síkjának kompenzatórikus dőlésével diagnosztizáltunk. A fogszabályozó előkészítést követően nagy felbontású CT felvételeket készítettünk. A három-dimenziós struktúrák rekonstrukcióját és a virtuális műtétet saját fejlesztésű tervezőprogrammal végeztük. A felső állcsont szimmetriáját virtuális Le Fort I oszteotómiával állítottuk helyre, majd a mandibula rotációját és az okklúzió

beállítását végeztük Dal Pont-Obwegeser oszteotómiával. Ezt követően a program segítségével megterveztük, majd háromdimenziós nyomtatóval elkészítettük az okklúziós köztilemezt. A valós műtétet a számítógépes tervezés alapján, a virtuálisan tervezett okklúziós lemez segítségével végeztük.

Eredmények: A köztilemez a műtét közben tökéletesen illeszkedett. Az arc szimmetriája a műtétet követően nagy mértékben javult.

Következtetés: A háromdimenziós tervezőprogramok komoly segítséget adhatnak az állcsontkorrekciós műtét elvégzéséhez. Feleslegessé tehetik a fogtechnikai háttérrel, a bonyolult modell-műtét elvégzését. Az információ nem vesz el az ortodontus-sebész-fogtechnikus háromszögben. Olyan mérésekre is lehetőség van, melyeket a hagyományos modell-műtét során nem tudunk elvégezni. A tervezés tetszőleges számban ismételhető minimális anyagi és időbeli ráfordítással.

O24 – A kétoldali ajakhasadék szekunder - funkcionális rekonstrukciója (Esetismertetés)

Olasz Lajos¹, Szalma József¹, Orsi Enikő¹, Lempel Edina², Gelencsér Gábor¹

¹PTE KK, Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²PTE KK, Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Konzerváló Fogászati Tanszék, Pécs

Az egyik leggyakoribb fejlődési rendellenesség az ajakhasadék. Az egyszerűbb és kevésbé súlyos formája az egyoldali, melynek műtéti megoldására több eredményes módszer (Millard, Tennison) ismert és használt. Ritkább, de lényegesen súlyosabb formája a kétoldali ajakhasadék, melynek műtéti megoldása bonyolultabb és a késői eredmények lényegesen rosszabbak az egyoldalinál.

A kétoldali ajakhasadék primer műtét utáni deformitása a növekedési fázis befejeződése után nagyon gyakori. A tünetek igen jellegzetesek: vékony és funkciójában gátolt, rövidebb felső ajak, minimális ajakpír, a centrális philtrumnak megfelelően. Az ilyen eseteknél a rekonstrukció gyakorta igényel teljes vastagságú (ajakpír, izom, bőr) szövetet, így leggyakrabban az Abbé plasztikát alkalmazzák. Az ilyen rekonstrukció hosszabb ideig tartó kellemetlenséget (alsó ajak nyél) és műtét utáni elváltozást, hegvonalat jelent a donor területi alsó ajakon.

Az általunk alkalmazott műtét során az ajkat a korábbi kétoldali hegvonalknak megfelelően teljes vastagságában vertikálisan átmetsztük, majd az áthajlásban ejtett horizontális nyálkahártyametszésből, a centrális ajakrészt szélességében az ajakpírig félbemetsztük. Ezt követően a nyálkahártyát kihajtottuk, majd a musculus orbicularis oris rostjait kireparáltuk és középen suturáltuk. Az áthajlásban keletkezett nyálkahártya hiányt kétoldalról preparált, nyelezett lebennyel zártuk.

A műtét után az ajak vastagsága és hossza, funkciója, az ajakpír esztétikája- szélessége a normál státuszhoz megfelelővé vált, és nem igényelt második műtétet.

BISZFOSZFONÁTOK ÉS ÁLLCSONT NEKRÓZIS

O25 – A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózisok multicentrikus epidemiológiai vizsgálata Magyarországon

Vereb Tamás¹, Seres László¹, Vetró Éva¹, Klenk Gusztáv², Oberna Ferenc³, Redl Pál⁴, Vaszilkó Mihály Tamás⁵, Fülöp Gábor⁶, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

³Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

⁴DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

⁵SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

⁶Kaposi Mór Oktató Kórház, Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózis viszonylag ritka, de nehezen, vagy egyáltalán nem gyógyítható szövődménye a csontérintettséggel járó malignus, vagy benignus elváltozások terápiájának. Noha a kórképet 2003 óta ismerjük, sem patomechanizmusa, sem epidemiológiai jellemzői nem teljesen tisztázottak. A nemzetközi irodalomban is csak kevés megbízható, nagy elemszámú, multicentrikus tanulmány illetve metaanalízis érhető el. Hazánkban hasonló méretű és jellegű vizsgálat ezidáig nem készült. Tanulmányunk célja egy országos elektronikus biszfoszfonát regiszter létrehozása, az összegyűjtött adatok feldolgozása, a nemzetközi eredményekkel történő összehasonlítása. Ez az előadás az online-adatgyűjtő rendszer kialakítását és kezdeti eredményeinket ismerteti.

Anyag és módszer: Egy internet-alapú kérdőívet hoztunk létre, mellyel részletes retro- és prospektív adatgyűjtés végezhető. Adatok gyűjthetők a betegek alap-, és kísérőbetegségeiről, gyógyszereléséről, a biszfoszfonát használat körülményeiről, a szájüregi státuszról és az osteonecrosis kiterjedéséről, az alkalmazott terápiáról, valamint lehetőség van a folyamat utánkötésére is. A Tudományos Kutatásaitikai Bizottság engedélyének birtokában 2012. áprilisában telefonos felmérést végeztünk, és 8 arc-, állcsont és szájsebészeti centrum jelezte részvételi szándékát. A helyi centrumokban bevitt adatok egy központi adatbázisban tárolódnak, melyhez a résztvevő egységek hozzáférhetnek statisztikai elemzések elvégzése céljából.

Eredmények: Mostanáig 6 résztvevő szájsebészeti centrumból, közel 120 beteg részletes, retrospektív epidemiológiai adatait gyűjtöttük össze, elvégeztük az adatok kiértékelését.

Következtetés: Az online regiszter hatékony, gyors, olcsó, számos előnnyel rendelkezik a hagyományos papíralapú adatgyűjtéssel szemben. Bár a rendszer technikailag tökéletesen működik, az emberi tényezőkön múló adatbevitellel még akadnak gondok. A retrospektív adatgyűjtés lezárása után a továbbiakban prospektív adatgyűjtéssel tervezzük az adatbázis kiszélesítését.

O26 – Biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózisok kezelésének stratégiai

Czakó László, Hirjak Dušan, Vanko Luboš, Gális Branislav

Comenius Egyetem, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Pozsony

A biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózisok kezelése mindmáig ellentmondásos. A standard kezelés részét legtöbbször a szájhygiéné fokozása, hosszútávú antibiotikus kezelés, chlorhexidines szájöblögetés, a nekrotikus csontrészek konzervatív eltávolítása jellemzi. Alternatív kezelésként alkalmazható hyperbárikus oxigénterápia, szoft - lézeres kezelés, oxigéndús plazma és gél lokális applikációja az érintett nekrotikus területre. Gyakran azonban csak a radikális sebészeti beavatkozás jelenti a megoldást. Főleg a nagymértékű, II. és III. stádiumban lévő

kórképeknél és a recidiváló - konzervatív kezelés sikertelen alkalmazása utáni esetekben. Eközben általában javasolt a lágy- és keményszövetekből a mintavétel az alapbetegség propagációjának kizárására. Ennek ellenére a kialakult csont-nekrózis az előbb felsorolt módszerekkel nem gyógyítható maradéktalanul, a betegek folyamatos ellenőrzése és diszpenzarizációja szükséges. A biszfoszfonát kezelés felfüggesztése az alapbetegség eredményes kezelése miatt legtöbbször nem is lehetséges de nem is javasolt. 2009-2012 időszak alatt 63 beteget kezeltünk biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózissal a Pozsony-i szájsebészeti klinikán. Betegeinket 88% -ban II. és III. stádiumban lévő csontnekrózissal kezeltük, nagy részüknél 73% -ban intravénás Zoledronát készítmény hosszútávú kezelését követően. 15 recidiváló II. és III. fokú betegünknek alternatív kezelési módszerként (klinikai tanulmányba való besorolásuk után) 7 páciensnél trombocita-dús plazma (PRP), 8-nál pedig összejtek (MSCs) lokális applikációját alkalmaztuk a sebészeti beavatkozás folyamán és követően kiváló klinikai eredménnyel. Előadásunkban ezért a standard kezelési módszerek mellett lokálisan, a nekrotikus területre applikált összejtek (MSCs) és trombocita-dús plazma (PRP) regenerációs és klinikai eredményeit értékeljük.

O27 – A chronicus Zoledronat-kezelés által kiváltott mikrokeringési reakciók szerepének vizsgálata BRONJ állatkísérletes modelljében

Janovszky Ágnes¹, Varga Renáta¹, Szabó Andrea², Garab Dénes², Boros Mihály², Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²SZTE, Sebészeti Műtéttani Intézet, Szeged

Bevezetés: A vázrendszert érintő megbetegedések (osteoporosis, csont metastasis) kezelése kapcsán egyre inkább előtérbe kerültek különböző bisphosphonat (BIS) származékok. Ezek a készítmények a csont resorptiot csökkentő jótékony hatásuk mellett gyakran okozhatnak arc- és állcsontsebészeti szempontból súlyos komplikációkat (állcsont necrosis) is. Ezen hatások pathomechanizmusa még nem tisztázott. Hipotézisünk szerint a BIS által indukált állcsont necrosis kialakulásában fontos szerepet játszhatnak a mikrokeringés szintjén kialakuló gyulladós folyamatok. Kísérleteink során megvizsgáltuk a BIS, illetve a fogeltávolítás mandibula csonthátyára gyakorolt mikrokeringési hatásait.

Módszerek: Kísérleteinkben Sprague-Dawley patkányokat használtunk (n=35), melyeket random módon osztottunk fiziológiás sóoldattal kezelt kontroll (n=15) és intravénásan (IV-BIS, 80 µg/kg/hét, 8 héten át; n=20) BIS (Zoledronat, Zometa®, Novartis Europharm) kezelt csoportokba. A kezelés 3. vagy 9. hetében eltávolítottuk a jobboldali első-alsó molarisokat. Vizsgáltuk a mandibula (korai vagy késői fogeltávolítást követően) és a tibia periosteum mikrokeringési reakcióit (intravitalis videómikroszkópia). A leukocyták NADPH-oxidáz aktivitását és szabadgyök termelését (luminometriás módszer), CD11b adhéziós molekula expresszióját (flow cytometria) és plazmamintákból a TNF-α szintek változásait (ELISA) határoztuk meg.

Eredmények: Az IV-BIS csoportban 90%-ban fordult gyógyulási zavar a foghúzás helyén, míg kontroll csoportban nem volt megfigyelhető eltérés. A BIS hatására fokozódott a leukocyták kitapadása a mandibula postcapillaris venuláiban, mely szignifikánsan magasabb volt a tibiához képest is. A keringésben lévő leukocyták NADPH-oxidáz aktivitása alacsonyabb értékeket mutatott a kontroll csoporthoz képest, míg a leukocyták szabadgyök termelő-képességében, felszínükön kimutatható CD11b expresszióban és a plasmaTNF-α szintekben nem volt szignifikáns különbség a csoportok között.

Következtetések: A krónikus BIS kezelés helyi gyulladós mikrokeringési reakciót okoz a mandibula csonthátyában, melyek fokozottabbak voltak fogeltávolítást követően, így felveti a lokális neutrophil leukocytá aktiváció szerepét a bisphosphonat indukált osteonecrosis

kialakulásában. A pontos pathomechanizmus és a főbb jelátviteli útvonalak megismerése terápiás lehetőséget teremthet a csontszövődmények prevenciójában.

Támogatás: TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KONV-2010-0005

O28 – Antibiotikumok hatásosságának vizsgálata biszfoszfonát okozta állcsontnekrózisban **Bérczy Kinga¹, Restár László¹, Cséplő Krisztina², Vaszilkó Mihály Tamás¹**

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

A biszfoszfonát származékok okozta állcsontnekrózis 2003 óta ismert szövődmény, azonban az állcsontnekrózisban alkalmazott terápiás protokollok sikeressége továbbra is bizonytalan. A nemzetközi ajánlások a prevenció, a konzervatív kezelés illetve azon belül is az antibiotikumos terápia fontosságát hangsúlyozzák. A nemzetközi irodalom alapján az osteonekrózis konzervatív terápiajában elsődlegesen választandó antibiotikum a amoxicillin + klavulánsav illetve a clindamycin. Munkánk egyik célja az volt, hogy megvizsgáljuk a saját pácienseinknél, leoltások alapján milyen gyakran volt hatásos a nemzetközileg ajánlott antibiotikumos terápia. 2005 és 2011 között 95 beteg adatait dolgoztuk fel. Összesen 41 mikrobiológiai vizsgálatot végeztünk és célzott antibiotikumos terápiát folytattunk. Összesen 20 genus 39 féle speciest sikerült kitenyészteni. A baktériumuk 66,6%-a normál szájflóra tagjai voltak, azonban ezek 73%-a részt vehet infekciókban, mint pathogén baktérium. Az anaerob baktériumok százalékos aránya 59, a Gram pozitív baktériumoké 48,7. A leggyakrabban előforduló baktérium speciestek Streptococcus (19%), Prevotella (15%), Peptostreptococcus (13%) és Bacteroides (11%) genusokból kerültek ki. A vizsgálatok során a 41 kitenyészett baktérium flóra 68,3%-a amoxicillin+klavulánsavra, szintén 68,3%-a imipenemre, 43,9%-a piperacillin+tazobactamra, 17%-a penicillinre érzékeny volt. Clindamycinre azonban mindössze 22% Természetesen egy adott flóra többféle antibiotikumra is érzékeny lehetett. Ha ezt és az antibiotikumok költségét, illetve az adagolás módszerét is figyelembe vesszük, akkor az esetek 79%-ában amoxicillin+klavulánsav, 8%-ában clindamycin, 6%-ában penicillin és 3%-ában imipenem lenne az elsődlegesen választandó antibiotikum. Vizsgálatunk konklúziója, hogy a nemzetközi ajánlásokban megjelent clindamycin, mint egyik elsőként választandó antibiotikumos terápia nem korrelál a saját eredményeinkkel. Egyes rossz prognózisú esetekben felmerül az imipenem gyakoribb alkalmazása, annak ellenére, hogy rendkívül költséges és csak intravénásan adagolása lehetséges.

O29 – A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózis prognózisát befolyásoló tényezők

Restár László¹, Bérczy Kinga¹, Cséplő Krisztina², Vaszilkó Mihály Tamás¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

² MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózis (BRONJ) kezelésére már több protokoll is megjelent. Nincs olyan módszer, amivel egyértelműen garantálni tudnánk a betegek teljes gyógyulását. Vizsgálatunkban a nálunk leginkább elfogadott American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) által javasolt kezelési protokoll hatásosságát, valamint egyéb kiegészítő kezelések további eredményességét vizsgáltuk. Retrospektív vizsgálatunkban az Arc- Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinikán 2005-2012-ig megjelent betegek közül 95 beteg adatait elemeztük ki. A stádiumok meghatározásához az AAOMS ajánlását vettük alapul. A betegek 80%-a (n=76) nő, 20%-a (n=19) férfi, átlagéletkoruk 67,38 év volt. Alapbetegséget tekintve legnagyobb arányban emlő tumorosok voltak (44,2%), ezt követte az osteoporosis, a prostata tumor, valamint a

myeloma multiplex. A betegek 20%-ánál diabetes mellitus szerepelt az anamnézisben, 72%-uknál történt előzőleg kemoterápia, 30%-nál pedig antiösztrógen kezelés. Az antiösztrógenel kezelt betegek között khi-négyzet próbával szignifikánsan magasabb arányban fordult elő relapszus, mint a nem kezelt betegek között (p<0,05). Maxillán kialakult osteonecrosis esetén szignifikánsan rövidebb volt a biszfoszfonát kezelés időtartama, mint a mandibulán megjelenő eseteknél (p<0,01). A maxillát érintő osteonecrosisok szignifikánsan jobban gyógyultak a kezelés végére (p<0,05). A sebészi beavatkozás szignifikánsan nagyobb stádiumbeli javulást okozott a konzervatív kezeléshez képest (p<0,001). Az antibiotikus terápia soft laseres kezeléssel kombinálva az előbbi különbséget szignifikánsan csökkentette (p<0,05), bár a sebészi kezelés előnye továbbra is megmaradt. Amennyiben az antibiotikus kezelés sikeres volt, a sebészi kezelés előnye a konzervatív terápiával szemben szignifikánsan csökkent (p<0,05).

Vizsgálatunk szerint Stage 2 esetén is érdemes műtétilag beavatkozni. Amennyiben konzervatív kezelésre a betegség rövid időn belül nem reagál pozitívan, minden esetben mérlegelendő a sebészi beavatkozás. A soft laseres kezelés hasznos kiegészítője lehet a konzervatív kezelésnek.

O30 – Biszfoszfonát indukálta osteonecrosisban szenvedő páciensek gondozása, prevenció és betegirányítás Somogy megyében

Farkas Dóra, Kolarovszki Béla, Fülöp Gábor

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

Cél: Lassan évtizedes problémaként jelenik meg a mindennapi fogorvosi és szájsebészeti gyakorlatban a különböző osteolyticus folyamatok kezelésére és megelőzésére adott biszfoszfonát-készítmények adása miatt kialakult osteonecrosis. Azon túlmenően, hogy a már kialakult osteonecrotikus folyamat kezelése és gondozása rendkívül nehéz, körülményes és sokszor lehetetlen a szájsebész számára, különös kihívást jelent az ellátó - gondozó személyzet részére. Éppen ezért fontosnak tartjuk és igyekszünk mindent megtenni azért, hogy az érintett - orális és/ vagy intravénás tervezett biszfoszfonát kezelésben részesülő - páciensek ne juthassanak ilyen állapotba. A témával kapcsolatos prezentációk és cikkek döntő többsége a már kialakult állapot kezeléséről, gondozásáról szólnak. Előadásunkban szeretnénk bemutatni a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban, tágabb értelemben Somogy megyében kialakult a témával kapcsolatos jelenlegi és folyamatos fejlesztés alatt álló gyakorlatot, vázolva a lehetséges és követhető betegutakat, megemlítve az elsődleges prevenció lehetőségeit, kiemelve annak fontosságát.

Anyag/Módszer: Alapvetően minden vizsgálati lehetőség (fizikális és képalkotó) rendelkezésünkre áll annak megállapítására, hogy az adott egyén esetében meghatározott jövőbeni időperiódusban szükségessé válhat-e invazív fogászati/dento-alveolaris sebészeti beavatkozás. Járóbeteg ellátásunkon az utóbbi 3-4 év alatt kezelt és gondozott 100 feletti esetszám kapcsán szerzett tapasztalatainkat mutatja be a prezentáció.

Következtetés: Azt gondoljuk, hogy a biszfoszfonát okozta osteonecrosis-problémakör megoldása mindenekeelőtt prevenció feladat, tudva azt, hogy a már kialakult kórképet kezelni, gondozni szükséges. A prevenció fontosságára az érintett társszakmák képviselőinek a figyelmét minden lehetséges fórumon fel kell hívni, és a prevenció metódust az intézményekben lehetőség szerint diagnosztikus és terápiás protokoll rendszerben rögzíteni kell.

O31 – Az interdiszciplináris együtt(nem) működés jelentősége

Sidó Levente

MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

Az előadás célja az interdiszciplináris együttműködés jelentőségének szemléltetése esetbemutatás segítségével. Az ismertetésre kerülő eset aktualitását a biszfoszfonát kezelés indukálta állcsont nekrozis és az abból kiinduló életveszélyes gyulladási folyamat jelenti. A biszfoszfonáttal kapcsolatos rövid elméleti bevezetőt követően részletes bemutatásra kerül az évek óta szoros onkológiai, belgyógyászati megfigyelés és kezelés alatt álló páciens, akinél fog extrakciót követően alakult ki az előbb említett folyamat. A prezentációban bemutatásra kerülnek az anamnézis legfontosabb elemei, majd lépésről-lépésre haladva láthatjuk a beteg kezelését, annak hiányosságait és az ezekből fakadó következményeket. Hangsúlyozásra kerül az ilyen betegségben szenvedő páciensek komplex kezelésének jelentősége, sorra véve a terápia alapilléreit. A többféle betegségben szenvedő, több szakterület által kezelt beteg esetében különösen fontos az együttműködés és a kezelőorvosok közötti rendszeres és szoros kommunikáció, figyelemmel a társszakmák szempontjaira. Az adott eset kapcsán ez a bonyolult folyamat külön elemzésre kerül, ezáltal hangsúlyozva az interdiszciplináris együttműködés jelentőségét, illetve a hiányos kooperációban rejlő veszélyeket és azok következményét.

HATÁRTERÜLET: ORBITA-SEBÉSZET

O32 – Orbita helyreállító sebészet

Barabás József¹, Lukáts Olga¹, Vízkelety Tamás¹, Markella Zsolt¹, Bogdán Sándor¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

³Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

A maxillofaciális sebészet kurrikulmányának fontos részét képezi az orbita és ennek sebészete. Az utóbbi években egyre hangsúlyosabbá vált ez a terület. A különféle rendellenességekkel jelentkező betegek ellátása során, ha az orbita bármilyen mértékben érintett, a korszerű ellátási elvek ismerete, valamint a határterületeken tevékenykedő szakmák együttműködése különösen fontos.

Az előadásban ismertetésre kerül az orbita eltérések klasszifikációja, a sérülések, daganatok és fejlődési rendellenességek okozta alakí és az orbita térfogatát érintő deformitások funkcionális és esztétikai következményei, valamint ezek ellátási gyakorlata a SE Arc- Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinikáján.

Az előadásban áttekintjük és összefoglaljuk azokat az eljárásokat, eszközöket és lehetőségeket, melyeket ma a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájával együttműködve alkalmazunk, és más hasonló profilú klinikák, osztályok számára is javasolunk.

Ennek keretében a modern számítógépes 3D cefalometria változatának, a „Cranio-Viewer” programnak a bemutatásán túl az ehhez a programhoz kifejlesztett orbita modullal történő helyreállítást egy sikeres rekonstrukciós eset kapcsán is bemutatunk.

O33 – Az orbita térfogatának változása szemmozgás-zavarok esetén

Maka Erika¹, Lukáts Olga¹, Vízkelety Tamás², Dobai Adrienn², Markella Zsolt³, Kis Mária⁴, Németh János¹, Barabás József²

¹SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

²SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti- és Fogászati Klinika, Budapest

³Óbudai Egyetem, Kandó Kálmán Villamosmérnöki Kar, Budapest

⁴Dunaújvárosi Főiskola, Dunaújváros

Bevezetés: A szembgödör mérete és alakja életünk során változik. A csontos orbita fejlődését befolyásolhatják különböző kórfolyamatok, térfogata növekszik buphthalmus esetén és csökken anophthalmus következtében.

Célkitűzés: az orbita térfogatának mérése felnőtt betegeknek, akiknek egyoldali szemmozgás zavara gyermekkorban kezdődött.

Befolyásolja-e a szembgolyó mozgása a csontos orbita fejlődését?

Betegek és módszer: Két, szemmozgás zavar miatt gondozott beteg esetén Cone-beam CT vizsgálatot végeztünk. A 28 éves beteget jobboldali kifelé tekintő kancsalság miatt kezeltük, mely a 8 éves korában bekövetkezett áthatoló szaruhártya-sérülés következtében alakult ki. A 38 éves beteget ferde fejtartás miatt vizsgáltuk. A tünet háttérében a baloldali felső ferde szemizom alulműködését észleltük, melyet a 6 éves korban bekövetkezett fejsérülés okozhatott.

A CT felvételeket Cranioviewer 3D programmal analizáltuk. Minden orbita esetén coronális síkban ventro-dorsalis irányban 4,8mm-ként 6 szeletben három vizsgáló egymástól függetlenül három különböző időpontban végzett méréseket.

Eredmények: Az egyoldali kifelé tekintő kancsalság esetén minden szeletben nagyobb mértékű a szembgödör területét, mint az ellenoldalon. Az egyoldali felső ferde szemizom alulműködése esetén az 1.,2. és 6. szeletben kisebbnek találtuk a területet, az ellenoldallal összehasonlítva.

Következtetés: A Cranioviewer 3D program jól használható a csontos orbita elemzésére. A szembgödör fejlődését az extraoculáris szemizmok mozgása befolyásolhatja. Az első beteg esetén a külső egyenes szemizom túl működése eredményezhetett szélesebb szembgödört, míg a második betegnél a felső ferde szemizom alulműködése gátolhatta a fejlődést.

O34 – Orbita exenteratio szemészeti indikációja napjainkban

Lukáts Olga, Tóth Jeannette

SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

Célunk összefoglalni klinikánkon elvégzett orbita exenteratio műtéti indikációit, műtéti típusait és a pre- és posztoperatív teendőket.

Exenteratio fő indikációi: a szemhéjak területéről orbitába terjedő basocellularis, squamocellularis vagy sebaceous carcinoma, epibulbaris epithel sejtes tumorok és malignus melanoma, intarocularis tumor nagymértékű extraocularis terjedése vagy enucleatio után az orbita üregben történő kiújulása. Exenteratio a legsúlyosabb szemészeti csonkoló műtét. A beteg műtét előtti pszichés vezetése nagyon fontos. Egyrészt meg kell tudnia mi a műtét lényege és meg kell értenie, hogy a kialakult súlyos helyzetben ez az egyetlen mód a daganat eltávolítására.

Exenteratio csak orbita képző eljárás (CT vagy MRI) elvégzése és értékelése után végezhető el (csontérintettség és/vagy intracranialis terjedés megállapítása) A műtét alatt történik teljes vérkép, belgyógyászati kivizsgálás ,mellkas rgt, hasi UH vizsgálatok elvégzése, cardiologiai status ellenőrzése, vérhígító gyógyszer szedésének felfüggesztése vagy heparin származékra való átállítása szükséges.

Klinikánkon subtotális és totális exenterációt végzünk, kiterjesztett exenteratio szükségessége esetén társklinikák segítségét kérjük.

Minden esetben (ha a szemhéjbőrt meg tudjuk tartani vagy ha periorbitalis területről nyert nyeles lebenyekkel szükséges az exenterált orbita üreget fedni) a műtét után nagyon fontos a megfelelő nyomókötés alkalmazása és annak legalább 48 órán keresztül a seben hagyása.

A kötés levétele után a betegnek legalább hat hétig speciális kímélő életmódot kell betartania. A posztoperatív kezelést az onkológus szakorvos által összehívott onkoteam határozza meg.

Közös feladatunk és felelősségünk az exenterált betegek rehabilitációjának megszervezése és elfogadtatása. A szociális rehabilitáció nagyon fontos része, hogy a beteg tumor mentes legyen, de az „újra élhető élethez” az arc megfelelő rehabilitációja okvetlenül szükséges.

O35 – A szemészeti szakmával való együttműködés fontossága orbitasérültek ellátása során

Kardos István¹, Suri Csilla¹, Rodler András²

¹MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

²MH Honvédkórház, Szemészeti Osztály, Budapest

A Honvédkórház Arc- Állcsont- Szájsebészeti Részlegének egyik fő profilja a maxillofaciális terület sérüléseinek ellátása. Intézményünkben, ezek 5-6 %-át az orbita traumák adják. A közös anatómiai régió miatt fontos a szemészeti szakmával való szoros együttműködés, hogy megfelelő terápiás döntés születessen a sérültek ellátása során.

Jelen előadásban két esetet kívánunk bemutatni, amelyek kezelésekor, ezen kooperációnak jelentősége volt.

54 éves férfibeteg otthonában jobb szeméhez faág csapódott. Lakhelyéhez közeli szemészeti szakrendelésen jelentkezett, ahonnan — területileg illetékes — szemészeti fekvőosztályra utalták, enopthalmus, és diplopia miatt. A hospitalizáció ideje alatt obszerválták, majd további teendő hiányában otthonába bocsátották. A kettős látással kapcsolatos panaszai nem mérséklődtek, ezért felkereste Intézményünk szemészeti szakrendelését, ahol szintén konzervatív terápiában részesült. Innen egyéb, felső légúti panaszai miatt fül- orr- gégészeti szakrendelésre utalták, ahol — anamnézisére figyelembe véve — arckoponya CT felvételt kértek. Ennek alapján jobb oldali blow out törés igazolódott, amelynek ellátása céljából szakrendelésünkre irányították. A diagnózist megerősítettük, a beteget osztályunkon elhelyeztük, majd az orbita-alap titánhálós rekonstrukcióját elvégeztük. Ezt követően a beteg kettősképe megszűnt, teljesen panaszmentessé vált.

32 éves nőbeteg villamosmegállóban sérült. A várakozók közé személygépjármű hajtott, és a beteget tereptárgynak lökte. A jobb oldali arcfél kiterjedt, zúzott sebzésén át az os zygomaticum törését szenvedte el, az alsó orbitakeret és az orbita-alap hiánytörésével. Azonnali műtét beavatkozást végeztünk, amely során microlemez osteosynthesis, valamint az orbita-alap helyreállítása történt titánháló segítségével. A betegnél a korai posztoperatív időszakban periorbitalis haematoma miatt a jobb oldali bulbus kötöttsége volt szemészetileg megállapítható. Ennek megszűnése után, a jobb szem kifelé tekintéskor a baltól jelentős mértékben elmaradt. További szemészeti vizsgálatok során a belső egyenes szemizom heges letapadását diagnosztizálták. Ezt követően adheziolízis történt, amelynek köszönhetően a jobb szem kifelé tekintési zavara jelentősen mérséklődött.

Az orbitasérültek ellátása során, kiemelt jelentősége van az arc- állcsontsebészeti szakmának, a szemészeti szakmával való együttműködésnek, mind diagnosztikai, mind terápiás szinten. A betegek panaszai alapján sokszor szemészeti szakrendelést keresnek fel először, illetve esetenként az arc- állcsontsebészeti ellátás után jelentkező maradványtünetek ellátásában szemész kollégákat kell segítségül hívjunk.

O36 – Orbita rekonstrukció titán lemezes implantátumokkal

Nemes István Sándor, Róthy Ákos

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Szombathely

Orbita helyreállításra legtöbbször traumás sérültek ellátásakor, ritkábban daganatműtéteknél van szükség. Az orbita speciális piramis alakú csontos falú üreg, a négyoldalú orbita bázis dorzálisan háromfalúvá válik, csúcsában a nervus opticus kilépési pontja található. Tartalmazza a szemgolyót, ér-idegképleteket, szem-mozgató izmokat, könnyvezeték apparátust, periorbitalis zsírszövetet. Átlagos méretei: szélesség 35 mm, magasság 40 mm, mélység 40-50 mm. Háromdimenziós CT felvételekkel preoperatív pontos méréseket végezhetünk a törésekről, továbbá láthatóvá válik a periorbitalis zsírszövet és szemmozgató izmok becsípődése is.

Orbitatörések ellátásakor alkalmazott stratégiánk sorrendje: feltárás, csontfragmentumok beillesztése, orbitakeret lemezes rögzítése, orbitabázis feltárása, lágyrészek visszahelyezése, csonthiány pótlása.

Orbitán áthatoló centrális, vagy laterális arcközéptöréseknél drasztikus erőbehatások érhetik a szemgolyót is, az egyidejűleg sérült szemgödörben létrejött nyomásfokozódás következtében az orbitabázison 1,5-4 cm-es csonthiányok is kialakulhatnak, következményes enopthalmust és diplopiát okozva. Ward Booth és B. Eppley szerint 3-3,5 cm-es mélységig kell rekonstruálni az orbitát, biztosítva ezáltal a bulbus megfelelő magasságú alátámasztását. Ezekben az esetekben titán lemez implantációt alkalmazunk. Korábbi évtizedekben a Synthes háló és piramis alakú lemezeit ültettük be jó eredménnyel. Hátrányuk, hogy i.op. hosszadalmas megformálásukra van szükség, ami jelentős idő-és anyagvesztéssel jár. Finanszírozási megfontolások is késztettek bennünket arra, hogy a hazai PROMED céggel közösen, az orbitabázis homorú alakjára hajlítható, 2 cm-nél szélesebb és 2,5 cm-nél hosszabb, lekerekített végű perforált, könnyen használható titán lemez-implantátumot tervezzünk, melyet levágható “fülekkel” is felszereltünk, ezért a margo infraorbitalishoz történő csavaros rögzítése is lehetségessé vált. Prototípusunk mérete: 23x29 mm, 0,3 és 0,4 mm vastagságban is készült, továbbá

9x25 mm-es oldalszárnnyal is elláttuk, mely így alkalmassá vált a legtöbbször a medialis orbitafala is kiterjedő, 3-4 cm-es csondefektusok pótlására is. Eseteink bemutatásával értékeljük és összehasonlítjuk a gyakorlatunkban immár 20 éve alkalmazott többféle orbita lemez-implantátumot, beszámolunk műtėti tapasztalatainkról és eredményeinkről.

O37 – A korai sebészi kezelés meghatározó szerepe az orbitaalap törések ellátásában

Kovács Evelin¹, Vaszilko Mihály Tamás¹, Maka Erika², Barabás József¹

¹SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

²SE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Budapest

Az orbitaalap törése, az ún. blow out fractura, a maxillofaciális sebészetben meglehetősen gyakori műtėti ellátást igénylő sérülés. A legjobb posztoperatív funkcionális állapot elérése érdekében vizsgáltuk a korai sebészi megoldás szerepét. Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinikán 2004 és 2010 között jelentkezett, 103 beteg adatait dolgoztuk fel. Vizsgáltuk a sérülés és a definitív ellátás között eltelt időt. Elemeztük, hogy a csondefektus nagysága, a csonttörés fajtája (kombinált, egyszerű), a használt rekonstrukciós anyag hogyan befolyásolja a későbbi funkcionális eredményt. Protokoll szerint a 2 cm²-t meghaladó csondefektus rekonstrukciója titánhálósval történt, míg az ennél kisebb lézióké PDS membránnal. A funkcionális eredményt képalkotó használata (röntgen, CT, CBCT), illetve szemészeti vizsgálat (Hess ernyő, Hertel vizsgálat) detektálta.

A betegek között 24 a nő és 79 a férfi. Átlagéletkoruk 39,3 év (8-89 év). Az esetek 67%-ában

csak orbitaalap törés, 33%-ban többszörös arckoponyatörés fordult elő. 43,6%-nál az orbitafal rekonstrukciója titánháló beültetésével, 50,4%-nál pedig PDS fóliával történt.

26,2%-ban minilemezes osteosynthesist is végeztek. Az esetek 5,8%-ában más rekonstrukciós anyagot alkalmaztak az orbitaalap helyreállítására. 4 betegnél volt szükség reoperációra. A betegek 96,9%-a először más intézményben került felvételre és csak ezt követően utalták a Klinikára. Más intézményben mindössze 4%-ban történt operáció. A sérülés és az ellátás között eltelt idő átlagosan 26,6 nap volt. A 2006 előtt kezelt betegeket tekintve ez az idő átlagosan 91,2 nap, míg 2007 után 14,8 nap. Posztoperatív szemészeti vizsgálatot 52 betegnél végeztek. Ha a sérülés és az operáció között kevesebb, mint 4 nap telt el, a betegek 66%-a esetében nem maradt szemészeti szövődmény. Ha műtetre több mint 4 nap múlva került sor, ez az arány mindössze 32%.

Adataink alapján elmondható, hogy a definitív ellátásra kerülés ideje megnyúlik, mert a sérülés korai felismerése nem történik meg priméren, illetve ritkán a helyes diagnózist követően a helyreállítás nem korszerű és eredményes módon valósul meg. Vizsgálatunk azt mutatja, hogy az ellátásig eltelt idő a posztoperatív szövődmények szempontjából lényeges és hogy a Klinikán alkalmazott rekonstrukciós eljárás hatékonyak bizonyultak.

O38 – Dentális eredetű orbitatályogok osztályunk anyagában

Szabó Adrienne, Simay Attila, Révész Petronella, Redl Pál

DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

Háttér: Az orbitát kitöltő lágyrészek gennykeltők okozta gyulladásainak hátterében leggyakrabban a szomszédos orrmelléküregek gyulladásainak közvetlen ráterjedése, ritkábban hematogén szóródás, igen ritkán az állcsontok fogeredetű gyulladásainak továbbterjedése áll. Megfelelő kezelés nélkül rövid időn belül a látást veszélyeztető és a központi idegrendszer felé történő terjedéssel fenyegető kórképpé fejlődik.

Célkitűzés: Előadásunkban az orbitatályog sebészi kezelésével kapcsolatos eredményeinket elemezzük.

Anyag és módszer: Az osztályunkon 2007. január 1 és 2012. október 1 között ápolat 3991 beteg közül 5 esetben végeztünk kezelést az orbita abscessusa miatt. Két esetben alsó moláris fogból kiindult, a szöveti réseken továbbterjedő fertőzés, egy esetben felső tejfogból eredő felső állcsont körüli tályog, 2 esetben odontogén sinusitis maxillaris, következményes pansinusitis talaján alakult ki orbitatályog. A betegek átlag életkora 24 év (5- 41) volt. A tünetek észlelésekor az orbita azonnali sebészi incízióját és drainage-át végeztük, a két, orrmelléküreg gyulladás szövődményeként kialakult tályog esetében az érintett paranasalis sinusok endoscopos drainage-ával. Eredmények: A feltárást követően a kórházi ápolás időtartama átlagosan 8,4 (5-14) nap volt. Egy esetben volt szükség az orbita ismételt feltáráására, ugyanez a beteg sequester képződés később reoperációra került. Szemészeti vagy központi idegrendszeri szövődmény kialakulását egyetlen esetben sem észleltük. A betegek maradványtünetek nélkül gyógyultak.

Következtetés: A gyors felismerés, a késlekedés nélküli, alapos sebészi feltárás valamint a szisztémás antibiotikum kezelés elengedhetetlenek a szemüregben kialakult tályogok szövődménymentes gyógyulásához. A fizikális vizsgálat diagnosztikai pontosságát az irodalom 50% körül határozza meg, a szemészeti paraméterek (proptózis, szembelnyomás, szemmozgások korlátozottsága) változásának monitorozása további segítséget jelent a gyors diagnózisban. Mivel a szemészeti paraméterek és a klinikai kép fejlődése gyakran megelőzi a képalkotók által biztosított megítélhetőséget, egyértelmű klinikai kép esetén a sebészi kezeléseket a bizonytalan radiológiai lelet ellenére is indokoltnak tartjuk.

O39 – Mit tegyünk a blow-out töréssel?

Raskó Zoltán¹, Seres László¹, Vetró Éva¹, Sas Tamás², B. Tóth Barbara³, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Kecskemét

³SZTE, ÁOK, Szemészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: A szemüreg alsó és mediális falának törései önálló sérülés típusként a nemzetközi statisztikai adatokhoz képest viszonylag ritkán fordulnak elő; a dél-magyarországi régióban a középarc-törések mintegy 5 százalékát képezik. A sérülés diagnosztikájában, ellátásában és utókezelésében a viszonylag kis esetszám miatt nem alakult ki egységes álláspont. Előadásunkban a kezelés egyes lépéseinek áttekintésével és a nemzetközi irodalmi javaslatok figyelembevételével szeretnénk rávilágítani a megfelelő magyarországi protokoll kialakításának fontosságára.

Anyag és módszer: A sérültek fizikális vizsgálata és a radiológiai diagnosztika lépéseit követően részletes szemészeti vizsgálat elvégzése szükséges a szemfenék állapotának és a látótér pontos meghatározásának céljából; a későbbiekben a szakvéleménynek igazságügyi vonatkozása is lehet. A konzervatív illetve operatív ellátás közötti döntéshez a fenti vizsgálati eredmények ismerete elengedhetetlen. Emellett fontos leszögezni, hogy a blow-out törések sebészi kezelésének időzítése is fontos lehet; véleményünk szerint a sérüléskor kialakuló következményes ödéma mérséklődését meg kell várni, és a műtėti döntést ezután meghozni. A sérülés rekonstrukciójához alkalmazott feltárási lehetőségek és stabilizáló eljárások ellátó helyenként változnak; ez részben a begyakorolt technika, részben az anyagi lehetőségek függvénye. A posztoperatív gyógyszeres kezelés és utánkövetés, valamint a dokumentáció fontosságát is szeretnénk hangsúlyozni.

Összefoglalás: A magyar viszonylatban ritkának minősülő izolált blow-out törés kezelési taktikájának meghatározása képezi leginkább a terápia nehéz részét. Előadásunkban elhangzó gondolatok elsősorban azt célozzák, hogy az ellátó helyeken kialakuljon egy kezelési irányvonal, amelynek használatát elsősorban a türelem és az anyagi lehetőségek befolyásolhatnak.

ORALIS IMPLANTOLÓGIA, CSONTPÓTLÁS I.

SZ40 – 3-Dimensional Implant planning... Today's Technologies

Ralf Kohal

*Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Freiburg, Germany*

Traditional implant placement comprises usually a radiographic evaluation from the implant area using (digital) panoramic tomograms and apical radiographs. The insertion of the implants is performed either free-hand or with some kind of insertion help. With emerging new technologies in the area of digital dentistry, there seems also to be a shift (at least some people say so) in implant dentistry towards 3-D implant planning and also guided implant placement. With the available tools we are able to perform a digital diagnostic imaging, perform a virtual treatment planning and - what is more exciting - we have the possibility to place our implants guided/navigated.

The lecture would like to present some of the navigation systems in the clinical application. Furthermore, the necessity of such tools will be discussed.

MAXILLO-FACIALIS TRAUMATOLÓGIA

143 – Multidisciplinary treatment of the frontal sinus and anterior cranial base fractures

Horatiu Rotaru¹, C. Dinu¹, C. Abrudan², H. Stan², Al. Rotaru¹, Gr. Băciut¹, Mihaela Băciut¹, Lucia Hurubeanu¹, I. Moldovan¹, S. Bran¹, Ileana Mitre¹, G. Armencea¹, D. Roșca¹, O. Rotaru³

¹Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca;

²Department of Neurosurgery, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca

³Department of Oral and Maxillofacial Surgery, "Constantin Opreș" County Hospital Baia-Mare

In the last years, the complex fractures of the viscerocranium and neurocranium have become more frequent. Among these, the fractures of the frontal sinus and anterior cranial base represent a significant component. Long-term morbidity of the above-mentioned fractures remains a key issue. On the other hand, the complex multidisciplinary treatment of these fractures, although important for decreasing the morbidity, is still controversial.

In the vast majority of cases, multiple lesions of the viscerocranium, involving the naso-orbito-ethmoidal, maxillary, zygomatic complex and the anterior cranial base are associated to the frontal sinus fractures. Different therapeutic protocols can be applied to the patients, depending on the anatomic form and the complexity of these fractures. From observation to open approaches and extensive surgical treatment, there are a lot of treatment strategies that should be involved properly in order to optimize the short and long term cosmetic and functional consequences.

Depending on the clinical situation, the frontal sinus can be preserved, reconstructing the anterior wall, or should be obturated or cranialized. The proper treatment of the frontal sinus fractures is of utmost importance due to the anatomic relations with the brain, the orbital cavities and the severe complications, which can appear in this context.

A precise diagnostic must precede the treatment decision, which should be adapted to the clinical situation.

The treatment strategies of frontal sinus and anterior cranial base fractures are reviewed in this presentation with a closer look on clinical cases.

O44 – A koponyüregbe penetráló transorbitalis idegentest esete

Lestyán János

Szent János Kórház, Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály, Budapest

A maxillofacialis traumatológiában ritkán előfordulnak idegentest okozta sérülések, ezen belül is extrém ritkák az intracranialis területet érintőek. Ezen idegentestek lehetnek röntgenárnyékot adó (pl.: lövedék, háztartási és ipari gép alkatrész...), valamint röntgenárnyékot nem adó (növényi darabok, műanyag eszközök...) tárgyak. Jelen előadásunkban egy kerékpárbaleset során sérült 65 éves férfi esetét mutatjuk be. A páciens a balesetet követően orvosi ellátásban nem részesült, azonban a sérülés másnapján panaszai fokozódtak, így a primer ellátó Vaszary Kolos Kórházba szállították. A betegnél a sérülés kapcsán transorbitalisan a bulbus felett behatoló és a temporális agyállományba kerülő idegentestet diagnosztizáltak a CT felvételeken. Romló vigilanciája miatt intubálták, valamint gépi lélegeztetést kezdtek. Ezt követően a Szent János Kórház Intenzív Osztályára helyezték át. Idegsebészeti, szemészeti és szájsebészeti konzíliumot követően az idegentest behatolási kapun történő eltávolítása mellett döntöttünk. A team munkában végzett

műtét során egy 5,2 mm-es náddarabot sikeresen eltávolítottunk. A kontroll CT felvételeken visszamaradt idegentestet nem igazoltak. A sérülés szövödményeként kialakuló parieto-temporalis tályog kezelése az Idegsebészeti Osztályon folytatódott. Az eset kapcsán szerzett tapasztalatainkat, valamint felmerülő kérdéseinket tárjuk fel eme prezentáció kapcsán.

O45 – Maxillo-facialis sérülések kezelése gyermekkorban

Szentirmai Annamária

Baleseti Központ, Arc- Mellkas- és Érsérültek Osztálya, Budapest

Bevezetés: A WHO adatai szerint 1948 óta a maxillo-facialis gyermek sérültek száma megháromszorozódott. A maxillo-facialis sérült gyermekek 88%-ának szignifikánsan van más testtájék sérülése is, ami 5-12%-ban intracranialis sérülés. Fenti adatokból következik, hogy ezen gyermek sérültek korrekt ellátása baleseti centrumban végezhető, ahol minden testtájék sérülése primeren, definitíven, egyidőben elvégezhető.

Anyag és módszer: 2002-2011 között 646 maxillo-facialis gyermek sérültet kezeltünk (408 fiú, 238 lány) Átlagéletkor a lányoknál 8 év, a fiúknál 7 év. A legfiatalabb lány 5 hónapos (2009-ben) a legfiatalabb fiú 4 hónapos (2003-ban) volt. Adatainkat összehasonlítottuk egy korábbi, 1983-1992 közötti feldolgozás eredményeivel. 4 éves kor alatt domináns az elejtés, vagy leesés valamiről. 7-9 éves kor között kiugróan magas a közlekedési balesetek száma, a 9 évesek 77%-a kerékpáros. A közlekedési balesetben megsérülteknél jellemző a komplex, súlyos sérülés. 13 éves kor felett egyre gyakoribb az erőszak, a verekedés okozta arc monotrauma. Az életkor szerinti megoszlásban 1983-92 között 7-9-13 éves korban voltak kiugróan magas esetszámok, míg 2002-2011 között 2 éves kor volt kiugró, míg 7 éves korú kevesebb volt, 13 éves kortól pedig egyenletesen emelkedik, míg eléri a felnőtt átlagot. A hónapok szerinti eloszlás áprilisig folyamatos emelkedést mutat, áprilistól júniusig egyenletesen magas, júliusban csökken, majd ismét emelkedik, és novembertől csökken. A korábbi feldolgozásban egyenletesen emelkedett júliusig, augusztusban volt rendkívül kiugró, majd ismét látványosan csökkent.

Eredmények: A fiúk 51%-ának (208/408), a lányok 31%-ának (73/238) volt fog/fogmeder és/vagy csont törése. A fog/fogmeder sérülések 46%-a, az orrcsont törések 7%-a, járomcsonttörések 44%-a, Blow-out törések 47%-a, mandibula törések 51%-a, panfacialis sérültek 100%-a, koponya sérültek 5%-a igényelt műtéti ellátást. Az elért funkcionális és esztétikai eredményt néhány eset bemutatásával demonstráljuk.

Következtetés: Felkészült szakorvosok, jól kooperáló csapatok szükségesek, akik konzekvens diagnosztikus és terápiás algoritmust követve, korszerű tárgyi, szervezési feltételek között végzik az ellátást. Nem nélkülözhetőek a jól felkészült, odaadó nővérek, s rendkívül fontos a megfelelő kapcsolat a szülőkkel, a hozzátartozókkal, különösen akkor, ha az egész család együtt sérül.

O46 – Komplex cranio-maxillofacialis és polytraumatizált panfacialis gyermek sérültek primer ellátásáról

Szentirmai Annamária¹, Kassai Tamás², Molitorisz Dániel², Viola Árpád³, Tamás Róbert⁴

¹Baleseti Központ, Arc- Mellkas- és Érsérültek Osztálya, Budapest

²Baleseti Központ, Gyermeksérültek Osztálya, Budapest

³Baleseti Központ, Idegsebészeti Osztály, Budapest

⁴MH Honvédkórház, Plasztikai Sebészet, Budapest

Bevezetés: A közlekedési balesetek során megsérülő gyermeknél igen súlyos, komplex arcsérülések keletkezhetnek, melyek ellátása esetenként nagy kihívást jelent az ellátó egységnek, különösen akkor, ha a gyermeknek több testtájéka is sérül. Különös figyelmet és pszichológus bevonását igényli, ha tömeges baleset részese a gyermek, ahol több halottal szembesül a helyszínen, sőt közvetlen családtagját is elveszíti.

Anyag és módszer: Három eset bemutatásán keresztül szeretném felhívni a figyelmet az intézményen belüli és az intézmények közötti kollegiális együttműködés fontosságára. Első eset: 12 éves fiú, személygépkocsi utasként sérült, az arc és a koponya jobb oldalával zuhant a két ajtó közötti oszlopnak. Intracranialis és komplex centro-lateralis arcközéptöréssel került felvételle. Idegsebésszel közösen történt a definitív ellátása: epiduralis haematoma evacuálása, majd az arc rombtörésének aprólékos összeillesztése, lemezes rögzítése. Maradványtünet nélkül, a gyermek és a szülők meglegedettségével, jó funkcionális és esztétikai eredményt értünk el. A gyermek gond nélkül folytatja sporttevékenységét is. Második – harmadik eset: Tömeges buszbaleset külföldön, édesanyjuk a helyszínen meghalt, édesapjuk megsérült. A 9 éves polytraumatizált fiúgyermeknek súlyos koponya és arc lágyszöveti sérülése a jobb fül teljes elvesztésével és kétoldali mandibulatörése, valamint végtag sérülései kívántak műtéti ellátást. A testvére, 11 éves polytraumatizált fiú súlyos, kombinált craniocerebrális és panfacialis (Lühr II) sérülése, súlyos alsó és felső végtag sérülése igényelt műtéti ellátást.

Eredmény: Hosszú időtartamú komplex rehabilitáció után mindkét gyermek folytatja iskolai tanulmányait. A funkcionális eredmény mindkét gyermeknél kiváló, az esztétikai eredmény a 9 éves fiúnál még nem végleges, a fül protézis készítése még folyamatban van, a 11 éves fiúnál kiváló. Édesapjuk is és a két gyermek is elégedett, pszichológiai támogatásra 1 évvel a baleset után már nincs szükségük.

Következtetés: Különböző körülmények között létrejövő ritka sérüléskombinációk jó eredménnyel való kezelése nemcsak magasszintű szakmai felkészültséget és több szakterület együttműködését igényli. Esetenként a betegellátás szervezési nehézségeit, az OEP finanszírozás anomáliáit jószándékkal és együttes akarattal kell legyőzni, elsődlegesen és mindenképp a beteg érdekét szem előtt tartva.

O47 – A transzfúzió kérdései az arc- állcsont- és szájszészeti fekvőbeteg osztályokon

Barabás Péter, Somogyi Zsófia, Németh Zsolt

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájszészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Az orvosi tevékenységünk során a transzfúzió végzésének gyakorlata az egészségügy tabu témái közé tartozik a maga komplexitásával és felelősségével. Tisztában kell lenni belgyógyászati-élettani alapismeretekkel, az indikációkkal, belgyógyászati konzíliumok megszervezésével, a transzfúzió végrehajtásával, a szövődményekkel és nem utolsósorban az ezzel járó kötelezettségekkel, felelősséggel. A tevékenység fontossága és komplexitása miatt külön rendelet gondoskodik a transzfúzió végzéséről, sőt az Országos Vérellátó Szolgálat rendszeres továbbképzéseket,

tanfolyamokat szervez a transzfúzió helyes és biztonságos végzése érdekében. A továbbiakban a transzfúzió végzésének feltételeiről, a felelősségről felmerülő kérdéseket boncolgatjuk a maxillofacialis és dentoalveolaris szakellátás speciális helyzetében. Az arc-, állcsont és szájszészeti osztályokon a transzfúzió végzése több kérdést is felvet. Az egyik az egész egészségügyet érintő kérdés, hogy a rezidensek, szakorvosjelöltek végezhetnek-e transzfúziót. A másik fő kérdés speciálisan a mi szakterületünket érinti, ugyanis a szakellátás és az ügyeleti ellátás keretein belül az orvosdoktori és vagy fogorvosdoktori diplomával rendelkező kollégákat is érint a transzfúzió végzése. Ebben az esetben a fogorvosdoktori diplomával szakorvosként vagy rezidensként végezhető-e transzfúzió? A transzfúzió végzéséhez valóban feltétel a transzfúziós tanfolyam sikeres elvégzése? A szakápolók transzfúzióban való szerepe is viták tárgya. A válaszokat rendeletek, a transzfúziós szabályzat, az Országos Vérellátó Szolgálat továbbképzésének konzultánsával és a Rezidens Szövetség elnökével folytatott értekezés alapján kerestük. Mivel e témakörben az eligazodás nem egyértelmű, szükséges ennek a jövőbeni tisztázása és konkrét állásfoglalása, mert csak így lehet jogi szempontból is biztonságosabb a transzfúzió végzése.

O48 – Konzervatív terápia eredményessége a redukció nélküli discus diszlokációval rendelkező betegek körében

Baráth Zoltán¹, Raskó Zoltán², Szendi Róbert¹, Radnai Márta¹

¹SZTE, FOK, Fogpótlástani és Orális Biológiai Tanszék, Szeged

²SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájszészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: Az állkapocsízületi elváltozások jelentős részét a discus diszlokációk teszik ki, amelyek a normálistól eltérő ízületi fejecs, ízvápa és discus morfológiát és térbeli viszonyokat jelentenek. A diszlokációkat klinikai állapotuk szerint redukcióval illetve redukció nélküli elváltozásokra csoportosítjuk, ami a léziók súlyosságát és irreverzibilitását is reprezentálja. A redukció nélküli discus diszlokáció esetén a korong "recapture"-je hibás vagy csökkent mértékű, illetve megfigyelhető a discus hátsó részének megvastagodása és bikonvex formájúvá alakulása. Az érintett ízületben a translációs mozgás akadályoztatott különböző mértékben. Kórfolyása szerint megkülönböztetünk akut és krónikus léziókat. A discus akut beékelődésekor a maximális szájnýtás 25 és 30 mm közötti értékre korlátozódik, propulzió akadályozott és szájnýtáskor deflexió látható az érintett oldal felé. Krónikus lézióknál a fájdalom csökkent mértékű, enyhébb mértékű deflexió az érintett oldalon. Az ellenoldalon is megfigyelhető mozgáskorlátozottság illetve a szalagok részleges szakadása és a degeneratív elváltozások jeleként krepitáció is. Állkapocsízületi diszfunkcióban egyénre szabott komplex terápia javasolt, amelyben mobilizációs manuál terápia, speciális gyógytorna, gyógyszeres terápia, sínterápia, okklúziós korrekció és konzervatív terápia eredménytelensége esetén sebészeti alternatívák szerepelnek.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálatunkban az elmúlt három év alatt a Fogpótlástani Tanszéken kezelt azon betegek adatait tekintettük át, akik redukció nélküli korong diszlokációval rendelkeztek és egyénre szabott konzervatív terápia részesültek. A terápia eredményességének indikátoraként a maximális szájnýtás mértékét értékeltük, amely az alsó és felső metszőfogak közötti vertikális távolság és a vertikális túlharapás értékének összege. A maximális szájnýtás mellett vizsgáltuk a terápia időtartamát és az etiológiai faktorok összefüggéseit.

Eredmények: A vizsgálatban 20 páciens adatait dolgoztuk fel. A maximális szájnýtás értékeinek javulása az átlagosan 7,95 hét kezelésének eredményeként átlagosan 11,7 mm volt.

Megbeszélés: Az eredményeink alapján megerősítést nyert a konzervatív terápia elsődleges indikációja és hasznossága, mivel valamennyi betegünk esetében minimálisan 34-es mm maximális szájnýtást és fájdalom mentességet értünk el, ami megfelel az irodalmi adatoknak.

ORALIS IMPLANTOLÓGIA, CSONTPÓTLÁS II.

O49 – A < 20 év előtt beültetett Denti® implantátumok retrospektív vizsgálatának tapasztalatai

Bandula Mihály¹, Vajdovich Éva², Vajdovich István²

¹Chirodent Szájsebészeti Rendelő, Szentés

²DentiDent Implant Clinica, Szentés

A foghiányos fogorvosi paciensek dentális implantátum beültetésével végzett protetikai rehabilitációja hazánkban a Denti® Diakor implantátumok kifejlesztésével 30 éve kezdődött. Az első biokerámiából készült implantátumokat Szentésen, a szájsebészeti szakrendelésünkön 1983-ban ültettük be. A nagytisztaságú polikristályos alumínium-oxid biokerámiából készült különböző alakú és felszíni kialakítású Diakor implantátumokból 1983. március 9. és 1992. szeptember 15. között 287 páciensnek 566 darabot ültettünk be.

A 80-as évek közepén a pc. titánból készített implantátumok kiszorították a fogorvosi gyakorlatból a biokerámia dentális implantátumokat. Ennek a trendnek megfelelően a Denti is kifejlesztette a megelőző tapasztalatai alapján a fogorvosi titán enoszális implantátumait, amelyeket 1987. július 1-jén kezdtünk el alkalmazni. 1992. szeptember 15-ig a Denti® különféle titánium implantátumaiból 307 betegnek 614 darabot ültettünk be.

A beültetések feltétele a beteg jó egészségi állapota, a megfelelő csontkínálat és a kedvező okklúziós helyzet volt. Minden betegről a beavatkozás előtt és után kontroll OP felvételt készítettünk. A beültetéseket mind részleges, mind pedig teljes foghiányos betegeknek elvégeztük. A betegeinket kontrollvizsgálatokon ellenőriztük.

A 20-29 és fél évvel a Denti implantátumok beültetése után 12 beteg 19 db Diakor implantátumát, illetve 52 beteg 136 db Denti titán implantátumát tudtuk a kontrollvizsgálatok során ellenőrizni. A kontrollvizsgálatokon a protetikai helyzetet, a meglévő implantátumok számát, az implantátumok stabilitását, a periimplantáris csont állapotát, illetve a periimplantáris lágyrészek egészségét kívántuk megítélni. Ugyanakkor a kontroll OP felvételeken a periimplantáris csont leépülésének mértékét is megmértük.

Előadásunkban az 1983. március 9. és 1992. szeptember 15. között végzett beültetéseinknek az elmúlt évben végzett utolsó kontrollvizsgálataink tapasztalt eredményeiről számolunk be.

O50 – Baleset késői következményeként eltávolításra került felső nagymetsző fog helyének kemény szöveti és gingivális rehabilitációja fiatal korú páciensnél

Tálos Marianna, Barnaföldi Ádám

Magánpraxis, Budapest

16. életévét betöltött páciensnél, kisgyermekkorai baleset következményeként intrusióba került, jobb felső nagymetsző fogat hosszú évek során próbálták orthodontiai kezeléssel a helyére mozdítani. Az ankylotikusan rögzült fogat kénytelenek voltunk eltávolítani. Az extrakció után kialakult nagyfokú csonthiányt, Bio-oss és Bond-bone kevert szendvics technikával augmentáltuk. A hiányzó lágyrész szöveteket a szájpadról vett szabad kötőszöveti grafftal és lebeny megnyújtásával pótoltuk, figyelembe véve a szomszédos fogak gingivájának papilláris vonalát. A gyógyulás időtartamára betegünk a szomszédos fogakra rögzített ideiglenes fogpótlást kapott. A sebgyógyulás szövődésmenyetes volt, a varratszedésre 10 nap után került sor.

18. életévét betöltve az előzetes kontroll Ct és Rtg vizsgálatok kielemezése után került sor az augmentált csontba az implantáció elvégzésére. A feltárást lebenyképzés nélkül, gerincéli

feltárásból végeztük, ügyelve arra, hogy az előzetesen kialakult feszes íny szélessége a szomszédos területekkel hasonló szélességű maradjon. A beavatkozás során figyelni kellett arra is, hogy az implantátum nyaka körüli későbbiekben kialakuló gingivális határ is közel egy szintben legyen a többi metsző fog gingivális határával, ezért az implantátum nyaka köré buccalisan csontpótló és saját csont keverékét helyeztük membránnal kiegészítve, majd a sebet zártuk. A seb védelmére Perio-Patch sebvédő tapaszt helyeztünk, amely a sebgyógyulás kezdeti időszakában megővta a műtési területet a fertőzésektől. Tünetmentes post-operatív szak után várjuk az implantátum gyógyulását, majd annak ideiglenes megterhelhetőségét. A gyógyulás időszakában páciensünk továbbra is szomszédos fogakra rögzített ideiglenes fogpótlást visel.

O51 – Implantációs és szájsebészeti műtési tervező és navigációs rendszerek összehasonlítása

Varga Endre¹, Seres László¹, Raskó Zoltán¹, Czinkóczy Béla², Kocsis András³, Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²Magánpraxis, Budapest

³Magánpraxis, Szeged

Bevezető: Az implantációs és szájsebészeti beavatkozások pontos tervezést és kivitelezésükben kiemelkedő precizitást igényelnek. A műtési tervek elkészítéséhez kifinomult, felhasználóbarát számítógépes szoftverek állnak rendelkezésünkre. A mai modern technológiáknak köszönhetően lehetőségünk van a digitális műtési terv információvesztés nélküli operatív megvalósítására. A beavatkozásokat mechanikus vagy computer vezérelt navigáció segítheti. Ezen rendszerek segítségünkre válnak továbbá a dokumentálásban, páciens tájékoztatásban, oktatásban és kutatásban egyaránt.

Anyag és módszer: Az előadás összefoglalja a piacon ma rendelkezésre álló navigációs eszközök működési elvét, előnyeit, hátrányait és indikációs területeit. Előadásunkban bemutatásra kerülnek számítógépen tervezett és irányított műtési technikával kivitelezett implantációs és orthognáth sebészeti beavatkozások. Konkrét esetbemutatók kapcsán mélyebb betekintést nyújtunk az általunk használt rendszerekre.

Szó esik továbbá az orvostudomány és a computer technológia szimbiózisának legújabb eredményeiről, úgy, mint pótlások, implantátumok és szervek három dimenziós nyomtatása.

Eredmények: Az előadás iránymutatást ad a virtuális műtési tervezés, a navigált sebészet és az ebben rejlő lehetőségek terén. A számítástechnika fejlődése és a tudományok interdiszciplináris együttműködése új távlatokat nyit meg a gyógyításban.

Következtetés: Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a számítógépes műtési tervezés és a legújabb technológiák használata hihetetlen mértékben segíti a biztonságos betegellátást és a páciens komplikációmentes felépülését. Ezen technológiák használata az orvosi szemlélettel karöltve új koncepciók megszületéséhez vezetnek.

O52 – A rheumatoid arthritis szájsebészeti és implantológiai vonatkozásainak összefoglalása

Nagy Róbert

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A rheumatoid arthritis ismeretlen etiológiájú krónikus gyulladás, mely az ízületi pusztulás mellett súlyos csontpusztuláshoz vezethet. A csont regenerációját és átépülését az oszteoblast és oszteoclast sejtek közötti összehangolt működés biztosítja, melyet citokinek által mediált bonyolult folyamatok szabályoznak. A proinflammatorikus citokinek túlsúlya esetén a csont homeosztázisa felborul és lebontó folyamatok kerülnek előtérbe. A rheumatoid arthritis és a parodontitis közötti pathobiokémiai hasonlóságról rengeteg publikáció jelent meg, azonban a csontregenerációban és az oszeointegrációban betöltött szerepével viszonylag kevesen foglalkoznak.

Anyag és módszer: A dolgozat elkészítéséhez döntő többségében az ajánlott szakirodalom, illetve a Medline, és PubMed elektronikus adatbázisában megtalálható publikációk nyújtottak segítséget. Kulcsszavakként önmagukban valamint egymással kombinálva a rheumatoid arthritis, implantológia, oszeointegráció, oszteoporózis, parodontitis szavakat alkalmaztam. A kézi kutatás során a Semmelweis Egyetem könyvtárában megtalálható könyvek, publikációk, tudományos folyóiratok egyes fejezetei is segítettek a munkát. A munka során azok a tanulmányok, amelyeknél csak az absztrakt volt elérhető, nem kerültek felhasználásra.

Eredmények: A nemzetközi irodalom alapján a betegséggel összefüggésben lévő gyakori parodontitis, nyálsekrécio csökkenés, az alkalmazott gyógyszerek, valamint a csont regeneratív potenciáljának csökkenése miatt a rheumatoid arthritis fogászati implantáció relatív kontraindikációjának tekinthető.

Megbeszélés: A mindennapi gyakorlatban egyre gyakrabban találkozunk rheumatoid arthritisben szenvedő betegekkel. Szájsebészeti, különös tekintettel implantációs beavatkozásokat megelőzően fontos mérlegelnünk ennek a betegségnek a jelentőségét. Elmondható azonban, hogy megfelelő preoperatív előkészítéssel beavatkozásaink nagy biztonsággal elvégezhetők.

O53 – Platform switching és platform shifting: előnyök, hátrányok, eredmények az irodalmi adatok tükrében

Dúcz András, Bogdán Sándor

SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Az implantációs sebészetben napjainkra széles körben elfogadottá vált az un. platform váltással (platform switching) készült implantátumok használata. Az első ilyen formában megvalósult implantátumot az Ankylos cég gyártotta. A kónusz-kapcsolattal az implantátum csavar és a felépítmény között lépcső alakult ki, ami az angolszász irodalomban platform switching néven terjedt el. Számos irodalmi adat jelent meg arra vonatkozóan, hogy ezen implantátumok környezetében kisebb nyaki csontfelszívódás észlelhető. Jelenleg a világ összes piacvezető, fogászati implantátumokat gyártó cég kínálatában megjelentek az ilyen koncepcióval készült illesztések. A platform switching előnyeiről-hátrányairól jelentős irodalmi adatok állnak rendelkezésre, de a közlemények nem egységesek a kérdést illetően. Célkitűzésünk az ilyen formán készült implantációs rendszerek áttekintése valamint a koncepció előnyeinek, hátrányainak megítélése volt nemzetközi szakirodalmi adatok alapján.

O54 – 12 éves tapasztalatunk az atrófiás processus alveolárisok onlay csípőcsonttal való felépítésében

Kámán Attila Sándor, Klenk Gusztáv

Implantcenter Kft., Budapest

Bevezetés: A súlyosan atrófiás alveoláris nyúlványok, elsősorban vékony, de megfelelő magasságú csontok implantáció előtti felépítésében (vastagításában), a csípőcsont szabad onlay felhasználása megbízható és kiszámítható eredményt ad. Az elmúlt 12 év retrospektív analiziséből levonható tapasztalatot foglaljuk össze.

Anyag és módszer: a 2000-2012 közt operált, és fellelhető páciensek retrospektív vizsgálata ill. a hosszú távú eredmények ellenőrzésére.

Eredmények: Évente átlagosan 150 kisebb csontpótlás mellett 12-15 számú csípőcsont onlay graft szerinti beültetésére került sor. Nők n= 65 (62,5 %), férfiak: n= 39 (37,5%) számban. Az átlag életkor 55 év volt. A graftok többsége (n= 91; 88%) a maxilla processus alveolárisának front és premolaris régiójában került felhasználásra. A komplikációk száma: (block denudálódása, gyulladás, csontvesztés,) (n=9; 8%), az utóbbi években egyre ritkábban fordult elő. 2006-tól kezdve a csontblokkok közti egyenetlenséget spongiosával kevert fel nem szívódó csontpótlóval töltöttük fel és felszívódó membránnal zártuk. Az így kapott egyenetlesebb állcsontgerincbe optimálisabb pozícióban tudtunk implantátumokat beültetni. Általában, amennyiben 3 implantátumnál több behelyezésére van szükség, a csípőcsontot részesítjük előnyben az intraorális donorhelyekkel szemben. Teljes felső implantációs rehabilitáció esetén a beültetett átlag implantátumszám: 9. Összesen 820 implantátumot helyeztünk be. Az implantáció begyógyulási sikerességében szignifikáns különbség van (6%) a megtartott csontba helyezett implantátumok ill. a csípőcsontba helyezett implantátumok között.

Megbeszélés: A szakma szabályait követve, a recipiens környezetben lévő gyulladások csontbeültetés előtti szanálásával (extractiók) az éles csontszélek lesimításával, egyenetlenségek kiegyenlítésével (spongiosa, bovin csontpor) felszívódó membrán felett történő biztonsági zárással, a feszülésmentes, hermetikus sebzárással, a kivehető fogpótlások labiális-bukkális lemezének elvételével, 5. hónapra történő implantációval (decubitus-csont szabaddá válás rizikójának csökkentése), apikálisan transzpozicionált lebenyes feltárással, a betegek nagytöbbségénél kiszámítható jó eredményt várhatunk. Rövid időn belüli teljes csontfelszívódás (n=1; 1%) ritka. Az osteointegrálódott, egyenetlen terhelésnek kitett, megfelelő íny és higiénés viszonyok esetén, a hosszútávon nincs jelentős különbség a saját vagy transzplantált csontba helyezett implantátumok körüli csontfelszívódás tekintetében.

O55 – Nagy kiterjedésű verticalis mandibula augmentatio saját módszerrel - 3 eset kapcsán Sass Tamás¹, Bögi Imre², Oberna Ferenc¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-orr Gégészeti Osztály, Kecskemét

²MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

Célkitűzés: optimális eljárás kidolgozása a nagy kiterjedésű, verticalis alsó állcsont defektusok helyreállítására - irodalmi adatok és osztályunkon szerzett tapasztalatok alapján.

Beteganyag, módszer: A mandibula verticalis hiányának helyreállító műteteit 3 különböző indikációs körben végeztük. Trauma, fejlődési rendellenesség, daganatműtét és terápia utáni állapot definitív rehabilitációját szabad, érnyeles fibula-átütemeléssel korrigáltuk.

Az első esetünkben egy súlyosan atrophisalt, patológiás törést szenvedett alsó állcsont verticalis

augmentatioját végeztük. A helyreállító műtét során szabad, érnyeles fibula lebennnyel, az alsó állcsont testét teljes hosszában, extraoralis feltárásból a törtvégek repositioja után augmentáltuk. Második esetünk indikációja mandibula hypoplasiat okozó fejlődési rendellenesség, ahol az egyoldali mandibula corpus verticalis augmentatioja a fogászati rehabilitációt és az arc deformitás javítását egyaránt szolgálta. A dentalis implantatumokat a helyreállító műtéttel egy ülésben helyeztük be.

A harmadik esetben rosszindulatú daganat miatt az alsó állcsont basisanak megtartása mellett, a teljes bal oldalra kiterjedően tangentialis mandibula resectiot végeztünk. A defektust primeren, szabad, érnyeles alkarlebennnyel pótoltuk. Secunder módon, definitív fogászati rehabilitációs céllal, a primer műtétet követő sugárkezelés után, érnyeles osteomyocutan fibulalebennnyel történő reconstructiot végeztünk

Eredmények: Mindhárom esetben jelentős verticalis augmentatiót értünk el. A harmadik esetben - terünek megfelelően - nem csak az implantatumok behelyezhetőségét értük el, de sikerült feszes ínyt létrehozni, ami az implantatumok időtállóóságának egyik legfőbb biztosítéka.

A fibula lebny vastagsága és magassága megtartott alsó állcsont basis esetén ideálisnak bizonyult mindhárom esetünkben. Az eltelt, rövid távú megfigyelési idő alatt resorptiot nem tapasztaltunk.

Következtetés: Súlyos, egyéb módszerekkel nem, vagy nehezen korrigálható esetekben a mandibula verticalis augmentatiojában az érnyeles fibulaátültetés definitív megoldást eredményezhet. A módszer tervezésének további finomítása, eseteink követésével és további műtétek bevonásával történhet.

ONKOLÓGIA, REKONSTRUKCIÓS SEBÉSZET

O56 – Parapharyngealis lipoma egy 21 hónapos gyermekben – Esetbemutató

Horváth Dóra, Redl Pál

DEOEC, FOK, Arc-. Állcsont és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

A lipómák jól ismert mesenchymalis eredetű, jóindulatú daganatok, melyek bárhol előfordulhatnak a szervezetben, ahol zsírszövet normál körülmények között is megtalálható. A fej-nyaki régió nagyjából tíz-tizenhárom százalékban érintett irodalmi adatok szerint. Kifejlődhetnek intraoralisan az ajakban, buccában, nyelvben, garatban, szájfenéken, nyálmirigyekben- főként a parotis felületes lebenyében, szájpadon, vestibulumban, a subcutan szövetekben, valamint a nyakon döntően a submandibularis régióban és a tarkón. Szöveti megjelenésük hasonló az érett zsírszövetéhez, azonban fibrózus tokjuk segít elkülöníteni attól. A lipómák a férfiak körében gyakrabban alakulnak ki mint nőkben. Bármelyik életkorban előfordulhatnak, leggyakrabban az ötven-hetven éves korosztály érintett. Általában egy jól körülhatárolt, lassú növekedési tendenciát mutató, puha tapintatú, fájdalomtalan, mobilis, környező szöveteket respektáló tünetmentes csomó képében jelentkezik. Malignus elfajulásuk extrém ritka. A gyermekkori maxillo-facialis régiót érintő lipómák irodalmi adatok szerint nagyon ritkák. Hirtelen kialakulás, rapid növekedés jellemző rájuk ebben az életkorban. Diagnózisunk felállításában kiemelkedő szerepet játszik az aspirációs citológiai vizsgálat, a radiológiai képalkotó diagnosztikai vizsgálatok közül pedig a CT vagy az MR. Kezelésük elsősorban sebészi eltávolítás.

Előadásomban egy 21 hónapos kisgyermek esetét szeretném bemutatni, akit parapharyngealis lipoma miatt kezeltünk sebészileg Tanszékünkön. Továbbá irodalmi adatok alapján szeretném áttekinteni a lipómák etiológiáját, szövettani típusaik csoportosítását, jellemzőit, tünettanát, differenciáldiagnosztikai szempontjait és kezelését.

O57 – A parotis régióban elhelyezkedő, intra- és extracranialisan terjedő daganat csapatmunkában történő megoldása (esetismertetés)

Csáki Gábor¹, Helfferich Frigyes², Paput László², Tóth Attila³, Vajda János⁴, Suri Csilla¹, Veres Róbert³

¹MH Honvédkórház, I. Sebészeti Osztály, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Részleg, Budapest

²MH Honvédkórház, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyak Sebészeti, Budapest

³MH Honvédkórház, Idegsebészeti Osztály, Budapest

⁴Országos Idegtudományi Intézet, Idegsebészeti Osztály, Budapest

Aszerzők előadásukban ismertetik egy, a bal parotis régióban elhelyezkedő, az előzetes vizsgálatokkal myoepitheliomának tartott, mélyen intracranialisan is terjedő tumor együttes szájsebészeti, fül-orr-gégészeti és idegsebészeti csapatmunkában történő ellátását. A myoepithelioma az irodalmi adatok szerint aspirációs citológiai vizsgálattal nehezen diagnosztizálható. Ezért az ilyen daganatokat gyakran nem ismerik fel a műtét előtt helyesen, ami a műtét tervezését megnehezíti. Immunhisztokémiai vizsgálattal lehet az elváltozás pontos fenotípusát és dignitását meghatározni, ezért az intraoperatív patológiai vizsgálatok is gyakran kétségesek. Tekintettel arra, hogy az elváltozás igen ritkán diagnosztizált és a szervezeten belül számos lokalizációban előfordulhat, komoly kihívás elé állíthatja a patológusokat. Az esetismertetésben a szerzők egy esetről számolnak be. A beteg panaszmentesen jelentkezett osztályunkon és képalkotó vizsgálatok sorozatával volt szükséges (MR, CT, angiográfia) a helyes műtéti tervet felállítani. Műtét előtti kivizsgálás során világossá vált, hogy szájsebészeti, fül-orr-gégészeti és idegsebészeti beavatkozás is szükséges lehet a tumor radikális eltávolításához. Ennek lépéseiről számol be az előadás második része.

Összefoglalás: a myoepithelioma ritka és gyakran nem helyesen diagnosztizált kórkép, amelynek lehetőségével a nyálmirigyek sebészetével foglalkozó kollégáknak is számolniuk kell. A bonyolult anatómiai helyzet miatt a koponya basist is érintő elváltozások csak multidiszciplináris együttműködésben láthatóak el korrekten.

O58 – Ritka, nyálmirigy eredetű, malignus daganat nyelvgyöki manifesztációja

Paczona Róbert¹, Tiszlavicz László², Piffkó József¹

¹SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Szeged

²SZTE, ÁOK, Patológiai Intézet, Szeged

Bevezetés: Az epithelialis-myoepithelialis carcinoma a nyálmirigyek alacsony malignitású ritka daganata, mely legtöbbször a parotisban fordul elő, de időnként a kisnyálmirigyekben is kialakulhat. A daganat nyelvgyöki megjelenése nagyon ritka, a nemzetközi irodalomban eddig csak 4 esetet közöltek.

Anyag és módszer: Új eset bemutatása, az irodalmi adatok és a terápiás lehetőségek áttekintése.

Eredmények: 41 éves nőbetegünknel három hónapja fennálló, garati idegentest érzés miatt végzett fül-orr-gégészeti vizsgálat a nyelvgyök bal oldalán daganatra gyanús elváltozást talált, a szövettani vizsgálat basalooid sejtes laphám carcinoma lehetőségét vetette fel. A helyi onko-team által ajánlott kemo-radioterápiát a beteg nem fogadta el és második szakvéleményt kért klinikánkon. Egyetemünkön megismételt szövettani, immunhisztokémiai vizsgálat epithelialis-myoepithelialis carcinoma jelenlétét mutatta. Tekintettel a daganat ritkasára, a legoptimálisabb kezelési stratégia kiválasztása érdekében az internet és PubMed segítségével áttekintettük az irodalmi adatokat, melyet ismertettünk a beteggel és a családjával is. A terápiás opciók közül végül a sebészi kezelés mellett döntöttünk, a daganatot bal oldali selectív nyaki block disszekcióval egybekötött, lateralis pharyngotomia során távolítottuk el, a nyelvgyököt priméren zártuk. A műtéti specimen hisztológiai

feldolgozása ép resectió széléket és negatív nyaki nyirokcsomókat mutatott, ezért kiegészítő sugárkezelést nem alkalmaztunk.

Következtetések: Ritkán előforduló daganatok megfelelő kezelési módjának kiválasztása a rendelkezésre álló adatok és tapasztalatok limitált volta miatt igen nehéz, a döntés meghozatalában azonban az aktuális irodalmi adatok naprakész internetes hozzáférése a segítségünkre lehet. Esetünkben egy kisnyálmirigy eredetű, a nyelvgyökön extrém ritkán előforduló malignus daganat sikeres sebészi kezelését végeztük el, betegünk 16 hónap után mind lokálisan, mind lokoregionálisan recidívamentes.

O59 – Onkológiai betegellátási gyakorlatunk bemutatása

Paczona Róbert, Piffkó József

SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Szeged

Előadásunkban klinikánk jelenlegi onkológiai betegellátási gyakorlatát ismertetjük. Elsődleges célul tűztük ki egy egységes, nemzetközi standardokon alapuló, fej-nyaki onkológiai protokoll kialakítását. Ennek mintájaként az amerikai NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fej-nyaki daganatok terápiás protokollja szolgált, de természetesen felhasználtuk a hazai szakmai kollégiumok ajánlásait, az európai, elsősorban francia és angol iránymutatásokat is. A protokoll felöleli az egyes fej-nyaki régiókban előforduló daganatokat, azok kivizsgálási, osztályozási és terápiás ajánlásait, használata jelentősen megkönnyíti a gyors és hatékony onkológiai döntéshozatalt. Fontosnak tartjuk, hogy azonos staging vizsgálatok történjenek mindenkinél és hogy naprakész, uniformizált adatokkal rendelkezünk minden betegről. Az elsődleges adatrögzítés, előre rögzített szöveg panelek segítségével történik, de bevezettünk egy speciális onkológiai adatlapot is, valamint fotó is készül, mely egy visszakereshető rendszerben digitálisan kerül archiválásra. Ezen kívül sémás ábrákon berajzoljuk a primér elváltozást és a nyaki nyirokcsomókat, valamint egy speciális onkológiai kérdőív kiegészítő adatgyűjtést is végzünk a későbbi statisztikai feldolgozáshoz. Elsődlegesnek tartottuk az onkológiai munka hatékonyságának folyamatos elemzését, és egy saját informatizált adatbázis kialakítását, mely a későbbi klinikai tudományos kutatásokhoz is megfelelő alapot biztosíthat. További célunk volt egy hatékony, operatív multidiszciplináris onko-team megszervezése, valamint a már rendelkezésre álló speciális sebészi technikák mind optimálisabb alkalmazása a kezelés során.

A fentiek bevezetését követően a betegek onkológiai ellátása szignifikánsan javult és a folyamatos minőségbiztosítási rendszer működtetésével megteremtődött az állandó kontroll és továbbfejlesztés lehetősége is.

O60 – Maxillo-faciális határterületek: húgycső strikturák rekonstrukciója buccából nyert mucosa grafftal

Simay Attila¹, Redl Pál¹, Kiss Zoltán², Flaskó Tibor²

¹DEOEC, FOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Debrecen

²DEOEC, ÁOK, Urológiai Klinika, Debrecen

A rekonstrukciós sebészetben számos különböző vérellátású és szöveti típusú transzplantátumot használhatunk fel. A saját vérellátással rendelkező transzplantátumoktól – melyeket lebenyeknek nevezünk - meg kell különböztetni a saját vérellátásától megfosztott, átültetésre kerülő szöveteket, a graftokat. Az átültetett szövet táplálása diffúzió útján lehetséges az alapjául szolgáló szövetek irányából, így az alapot adó szövet típusa, valamint az átültetett szövet vastagsága kiemelkedően fontosak a graft életben maradása szempontjából. A graftok szövettípusuk alapján sokfélék

lehetnek. A rekonstrukciós sebészetben az átültethető szövetek széles tárháza áll rendelkezésre átültetés céljából. Cornea, ín, ér, ideg, zsír, csont, félvastag és teljes vastagságú bőr, kötőszövet, valamint nyálkahártya graftokat használhatunk fel.

Intraorálisan nyerhetünk mucosa grafftot az alsó ajakról, a bőr-ajakpír átmenet integritására ügyelve, a palatumról a foramen palatinum majus képleteinek a megsértése nélkül. Leggyakrabban a bucca belfelszínét borító mucosából nyerjük az átültetni kívánt nyálkahártya grafftot. A buccalis régió előnye között említhető, hogy nem látható helyen van, így esztétikailag nem zavaró, illetve a donor terület az esetek többségében primeren zárható. A graft nyérése közben gondot kell fordítani a Stenon-vezeték és a papilla ductus parotidei épségére. Az így nyert buccalis mucosa grafftot felhasználhatjuk különböző preprotetikai műtéteknél, a szemészetben conjunctiva pótlására, valamint az urológiában húgycsőszűkület rekonstrukciójára.

A húgycsőszűkületek leggyakoribb okai korábban lezajlott fertőzések, traumák vagy fejlődési rendellenességek lehetnek, mint a hypospadiasis vagy epispadiasis. Iatrogén ártalmak közül korábbi műtétek és sugárkezelés okozhat húgycső stricturát.

Klinikánk a DEOEC Urológiai Klinikával szoros együttműködésben vesz részt buccalisan nyert muscosa grafftal történő húgycső rekonstrukciós műtétekben. Tapasztalatink szerint az ezzel a módszerrel operált betegek számára hosszú távú siker és szövődménymentesség biztosítható. A maxillo-faciális sebészetnek ezt a határterületi részét szeretném eseteink ismertetésén keresztül bemutatni.

O61 – A 2-es típusú diabétesz a szájüregi laphámrák rizikófaktora? - Kórjelző biomarkerek klinikai proteomikai vizsgálata

Jancsik Veronika Ágnes¹, Olasz Lajos¹, Márk László², Wittmann István³,

Molnár Gergő Attila³

¹PTE, Arc- Állcsont- Szájsebészeti Tanszék, Pécs

²PTE, Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézet, Pécs

³PTE, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs

Céltűzés: A diabetes mellitus szisztémás betegség, melynek hátterében a szervezet szénhidrát anyagcseréjének zavara áll. Epidemiológiai vizsgálatok szerint a betegség előfordulása egyre gyakoribb. Ezzel párhuzamosan megfigyelhető, hogy a szájüregi laphámrák incidenciája, az intenzív kutatások ellenére, növekszik. A diabétesz és a szájüregi laphámrák kapcsolatát ez idáig csak epidemiológiai és állatkísérletes modelleken sikerült bizonyítani. Célunk ennek az összefüggésnek az igazolása volt, humán nyálból izolált, nem invazív detektáló módszerrel nyerhető biomarkerek segítségével.

Módszer: Standardizált körülmények között 17 diabéteszes és 15 egészséges önkéntes résztvevőt vettünk nem stimulált, teljes nyálmintát a bukkális és lingvális régiókból. A mintákat előbb SDS - PAGE elektroforézissel, majd tripszines emésztést követően MALDI TOF/TOF tömegspektrométer segítségével elemeztük. Az így keletkezett peptidfragmentumokat a MASCOT Server 2.2 Search Engine adatbázisban azonosítottuk.

Eredmények: Jelentős eltéréseket tapasztaltunk az expresszáldott proteinek és glükopeptidek mennyiségében. Bár általánosságban a proteinek mennyiségi csökkenése figyelhető meg a diabéteszes csoportban, az általunk vizsgált mintákban emelkedett Annexin A11, a Peroxiredoxin-2 és a Tirozin- protein foszfatáz biomarkerek expresszáldása.

Összefoglalás: A szájüregi laphámrákban lejátszódó molekuláris mechanizmusok felderítése, új kórjelző biomarkerek kutatása kulcsfontosságú szerepet játszik mind a betegség kialakulásának megértésében, mind pedig a terápiás lehetőségeink továbbfejlesztésében. Adatainkat a korábbi

vizsgálati eredményeinkkel összevetve megállapíthatjuk, hogy az általunk detektált overexpresszált peptidok és proteinek a szájrégi laphámrák lehetséges biomarkereinek tekinthetők. Ezért szükségesnek tartjuk vizsgálati eredményeink további, nagyobb beteganyagon történő validálását.

O62 – Suralis lebeny alkalmazása szájrégi defektusok zárására

Baán Szabolcs¹, Somlai Károly¹, Lóderer Zoltán²

¹Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Veszprém

²Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály, Veszprém

Bevezető: A szabablebenyek alkalmazása nagy szerepet kap kiterjedt szájrégi daganatok sebészi ellátása során. A szabad radialis alkarlebeny (FRFF) alkalmazása a szájrégi defektusok rekonstrukciójára gyakran használt eljárás, de a donorterületen jelentkező hátrányai jól ismertek a lebeny alkalmazása során. Előadásunkban egy alternatív fasciocutan lebenytípust, a suralis lebeny alkalmazását szeretnénk bemutatni.

Anyag és módszer: Három középkorú betegünk esetében T3 ill. T4 stádiumú nyelv, szájfenék daganat okán végzett radikális műtét után kiterjedt szövethiány keletkezett. A primer szövetpótlásra mindhárom esetben az alsó végtagról preparált suralis fasciocutan lebenyt (Medial Sural Artery Perforator Flap) alkalmaztunk.

Eredmények: A szabadlebenyes helyreállító műtét 2 esetben volt sikeres. A sikeres esetekben a műtétet követően néhány hónap múlva mind esztétikailag, mind funkcionálisan jó eredményeket tapasztaltunk a suralis lebeny alkalmazása során. A sikertelen primer rekonstrukció esetében pectoralis lebenyt használtunk fel a reoperáció során.

Következtetés: A nyelv és szájfenékrekonstrukcióban a suralis lebeny csekély donorterületi morbiditás mellett alkalmas alternatíva szájrégi lágyrészpótlásra. A lebeny a primer műtéttel egy időben vehető, a műtét időt a radialis lebenyhez viszonyítva nem növeli. A suralis lebeny alkalmazását folytatni kívánjuk a maxillofacialis régióban.

O63 – Fültőmirigy daganat miatt operált beteganyag retrospektív vizsgálata

Kozma Péter, Sass Tamás, Sántha Beáta, Oberna Ferenc

Kecskeméti Megyei Kórház, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Kecskemét

Céltűzés: Fültőmirigyét érintő daganat miatt operált beteganyag retrospektív vizsgálata.

Beteganyag, módszer: A Bács-Kiskun Megye Kecskeméti Oktató Kórház Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztályán 2008.01.01. és 2012.08.31. között 91 beteg került műtetre fültőmirigyét érintő daganat miatt. Az alkalmazott műtét típusok között a lateralis lobectomy, konzervatív parotis resectio, parotidectomy a n. facialis megkímélésével vagy feláldozásával, valamint egy vagy második ülésben elvégzett korlátozott vagy módosított radikális nyaki blokk disszekciók szerepelnek. A betegek kórlapban, műtét leírás, szövettani feldolgozás és kontroll vizsgálat során rögzített adatait dolgoztuk fel. Az adatokat egyszerű statisztikai módszerekkel retrospektív módon elemeztük.

Eredmények: A vizsgálatba vont 91 beteg esetében a szövettani feldolgozás 73-nál benignus, 18 alkalommal malignus folyamatot igazolt. A szövettani feldolgozás az irodalmi adatokkal korrelálón változatos képet mutatott mind a jó (12 szövettípus-leggyakoribb pleomorph adenoma), mind a rosszindulatú daganatok esetén (9féle szövettani típus-leggyakoribb laphám cc.). Benignomák esetén sem lokális recidiva, sem nyálsipoly miatt nem kényszerültünk reoperációra, míg malignus daganatok esetén 4 esetben jelentkezett lokális recidiva, 7 esetben távoli metasztázis. Az idegmegetartással végzett műtét típusoknál exmissziókor a leggyakoribb szövődmény a r. marginalis

és a kombinált n.VII. renyheség volt, mely spontán vagy alkalmazott fizioterápia mellett jól gyógyult.

Következtetés: Gondos előkészítést követően a megfelelően kiválasztott műtéttechnikával lehetőség van a szövődmények minimalizálására, melyek akár több hónap múlva is sikeres gyógyulást mutatnak.

O64 – Szájrégi, szájarati mikrosebészeti műtétek esetén felmerülő nosocomialis fertőzések és az alkalmazott perioperatív antibiotikus profilaxis retrospektív vizsgálata

Patyi Márta¹, Sántha Beáta², Sejben István³, Cserni Gábor³, Gál Zoltán⁴, Oberna Ferenc²

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Kórházhygiénés Osztály, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Kecskemét

³Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Patológia, Kecskemét

⁴Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Központi Intenzív Osztály, Kecskemét

Cél: A maxillofaciális helyreállító mikrosebészetben alkalmazott antibiotikus profilaxis retrospektív, kórlap alapú analízise.

Anyag és módszer: A Bács-Kiskun Megye Kecskeméti Oktató Kórház Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztályán 2007.01.09. és 2011.01.31. között 108 beteget operáltunk mikrosebészeti szövetátültetéssel. A betegek kórlapban és lázlapon rögzített adatait elemeztük. A primer és salvage műtétek eredményeit kettős T-próbával és Fischer exakt valószínűségi teszttel értékeltük.

Eredmények: A leggyakrabban alkalmazott cefotaxin + metronidazole kombinációval a profilaktikus antibiotikus terápia medián értéke 8,3 + - 5,2 nap volt. A tiszta – contaminált csoportban 8 betegnél (7,5 %) észleltünk műtét infékción. A primer és salvage műtét csoport között statisztikailag szignifikáns eltérést nem találtunk.

Következtetések: A gyakorlatunkban alkalmazott perioperatív antibiotikus profilaxis megfelelőnek bizonyult, ezért alkalmazását a maxillofaciális mikrosebészetben ajánljuk. Az antibiotikus rezisztencia kialakulásának elkerülése, a kezelési költségek csökkentése céljából, úgy tűnik, hogy a kezelés hosszát 3 napra csökkenthetjük.

O65 – Mandibula rekonstrukció fibula szabadlebennyel

Oberna Ferenc¹, Sántha Beáta¹, Sass Tamás¹, Kozma Péter¹, Juhász Tamás¹, Piffkó József², Redl Pál³, Tóth Ilona⁴

¹Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Arc- Állcsont Szájsebészeti és Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Kecskemét

²SZTE, ÁOK, Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika, Szeged

³DEOEC, FOK, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Debrecen

⁴Bács-Kiskun Megyei Kecskeméti Oktató Kórház, Központi Intenzív és Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Kecskemét

Cél: A szabad érnyeles fibulalebennyel végzett állkapocs pótlások retrospektív áttekintése.

Beteganyag, módszer: 2003.09.30 - 2012.06.30. között 44 szabad fibula lebeny átültetést végeztünk, 40 esetben az állkapocs segmentális hiányának pótlására vagy augmentatios céllal. Az onkológiai indikációk mellett szórányosan fejlődési rendellenesség, traumás korrekció, biphosphonate necrosis, gyulladás vagy jóindulatú daganatok is előfordultak. A lebenyt a rekonstruktv igényeknek megfelelően- bőrszigettel és/vagy izomcuffal kellő hosszúságban, vértelenségben 2 teames műtétben preparáljuk. Formálásának technikai elemeit az évek során

megváltoztatva, jelenleg a lábon, megtartott keringés mellett modelláljuk, gondot fordítva a műtét utáni esztétikai eredményre, a befogadó érnyle és a későbbi rágóképesség helyreállítására is. A fogazati rehabilitációhoz a könnyen eltávolítható minilemezes rögzítés, az olykor bonyolult feszes íny kialakítása és a megfelelő csontmagasság nélkülözhetetlen, utóbbi elérésére az átültetett csont distractiojára is szükség lehet.

Eredmények: A mikrosebészeti oldalról 2 %-os teljes, 4 %-os részleges lebenyelhalással járó mikrosebészeti rekonstrukciós műtét kockázata az előny-hátrányok mérlegelésével elfogadható. A műtėti technikánkat az idők folyamán módosítottuk. Így sikerült elérnünk, hogy a műtėti átlagidőt egy műszakra, a kezdeti 10-12 órától 6 órára csökkentettük.

Következtetések: A kevés szövődménnyel és mérsékelt donorhelyi morbiditással járó fibula szabadleány átültetés indikációs köre, különösen a szájüregi rosszindulatú daganatok ellátásában tovább bővíthető.

O66 – Arcüregi malignus fibrózus hisztiocitóma nyaki áttéttel, fiatal betegnél

Vuity Drázszen, Bogdán Sándor, Csurgay Katalin, Léhner György, Németh Zsolt
SE, FOK, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

A malignus fibrózus hisztiocitóma (MFH), olyan lágyrész-szarkóma, mely fibrohisztiociter morfológiát mutat, különösebb hisztiociter eredet nélkül. Először 1964-ben írták le és azóta mind a klasszifikációja mind a nevezéktana időről időre változott.

Fej-nyaki lokalizációja ritka (előfordulása 4-10%). A szakirodalomban is ritkaságszámba megy azonban az olyan MFH, mely nyirokcsomó áttétet ad. Ilyen eset eddig alig került közlésre.

A fej-nyak régióban leggyakrabban érintett régiók a nyak, a parotis, az arc és az orbita. A Orr és melléküregei és a fül ritkábban érintettek.

Tanulmányunkban egy az arcüregben elhelyezkedő, az orbita és az ethmoid régió felé terjedő, nyaki nyirokcsomóáttétet is adó, MFH-t és annak terápiáját szeretnénk bemutatni. Áttekintjük az elváltozás klinikopatológiai értelmezésének az elmúlt 50 évben történt változását is.

Poszterek

P67 – Postoperative Pain Management in the Maxillofacial Region – How we do it?

Bicsák Ákos, Schanbacher Monika, Reinbacher Knut Ernst, Kärcher Hans

Medizinische Universität Graz, Klinik für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie, Graz

2011 a new pain therapy protocol was initiated at the University Hospital Graz as part of the quality assurance. Most modern guidelines were used to set protocols for each specialities to treat acute and chronic pain so that we can manage our patients' disease at a higher niveau. Pain therapy efficiency before and after the initiation of the new protocol was monitored with questionnaires completed by each patients, nursing and medical staff.

In this poster authors present the new pain therapy protocol and summarize the significance, usage and outcome of the new treatment guidelines used at the Department of Oral- and Maxillofacial Surgery at the University Hospital Graz.

Background: pain management in surgery is a significant issue for centuries. Adequate pain therapy is not only a medical and ethical necessity, but is also a requirement set by the society.

Materials: International protocols were used to create the protocol used at the University Hospital Graz Department for Oral- and Maxillofacial surgery to treat postoperative pain in adults and children. Questionnaires were completed by patients, nursing and medical staff to assess the improvement of pain management at our Department. The assessment was completed by an extern company to provide independent opinion. A comparison was made between the results before and after the initiation of the protocol within the Clinics and in comparison with international data - so called reference clinics.

Results, conclusion: In comparison with reference clinics, a better outcome – e.g. more efficient pain therapy – was monitored at our clinic with the new protocol. Adequate training of staff regarding a well-founded protocol leads to clear improvement in quality of postoperative pain management.

P68 – Long-term results of maxillary distraction osteogenesis in nongrowing cleft patients : 3-years experience using internal device.

Czakó László, Hirjak Dušan, Janec Jaroslav

Comenius Egyetem, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Pozsony

Traditional Le Fort I osteotomy with miniplates fixation of mobilized maxillary segment is treatment of choice for correction of dentoskeletal deformities involving maxillary hypoplasia. This technique has its limitations particularly in a cases that require a greater than 8 mm advancement. Patients with a cleft lip and palate (CLP) related deformity frequently have maxillary hypoplasia in all dimension. Cleft lip and palate patients therefore usually present with class III malocclusion, retruded midface and narrow hard palate.

This skeletal problem can be treated with Le Fort I osteotomy followed by maxillary advancement. Treatment of severe maxillary hypoplasia, especially in patients with CLP has been unstable using conventional Le Fort I maxillary advancement. Necessity of extreme advancement and effect of palatal scarring can result in significant postsurgical relapse. Distraction osteogenesis (DO) has become an alternative option for treatment of maxillary hypoplasia in CLP patients. Presented study group consist of 15 nongrowing CLP patients with extreme maxillary hypoplasia. Distraction osteogenesis using intraoral distractors was successfully applied in all cases. Mean advancement of maxilla was 12,7 mm (range 9 – 15,0 mm). Long-term cephalometric and clinical evaluation after

minimum 24 months (mean follow-up 34 months) showed a stable results (A point position, SNA and ANB angles and distances SN- line A point and overjet in mm). Presented results showed, that distraction osteogenesis in nongrowing CLP patients with severe maxillary hypoplasia is a predictable and stable option.

P69 – Kezdeti tapasztalataink Sanat Smile implantációs rendszerrel

Lempel Edina¹, Olasz Lajos², Muzsek Zsófia³, Vajta László², Szalma József²

¹PTE, Konzerváló Fogászati és Parodontológiai Tanszék, Pécs

²PTE, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Tanszék, Pécs

³PTE, Fogpótlástani Tanszék, Pécs

Célkitűzés: Klinikai környezetben is fontos, hogy az orvos/intézmény több árkategóriában (természetesen a minőséget is szem előtt tartva) is kínáljon implantációs alternatívát. Az elmúlt 12-14 évben körülbelül 12 implantációs rendszer felhasználása történt klinikánkon. Portfóliónkban stabilan szerepel az Alpha Bio, a Camlog, a Replace (Nobel Biocare) és a Straumann (SLA, SLActive) rendszer. Ezen rendszerek mellett a tavalyi évben megkezdtük a Sanat Smile (Sanatmetal, Magyarország) implantátumok behelyezését és protetikai ellátását is.

Jelen poszter prezentációnkban kezdeti sebészi és protetikai tapasztalatainkat szeretnénk volna bemutatni 23 behelyezett és protetikailag „felépített” Sanat Smile implantátumon keresztül.

Páciens és Módszer: A Sanat Smile rendszer Helix és Helix-D, 3.75 és 4.2 mm átmérőjű csavarjait használtuk (10-14mm hossz). A kezdeti felhasználás és tapasztalatszerzés miatt minden betegnél követelménynek tartottuk, hogy sem autogén, sem allogén csontpótlás ne történjen az implantációs területen. Protetikai szempontból először szülő foghiányok pótlását, később rövidebb hídpótlásokat majd kiterjedtebb hidakat készítettünk. Értékeljük a sebészi fázis, a lenyomatvétel és a protetikai felépítés során tapasztalt - más rendszerrel szembeni- előnyöket és hátrányokat, esetleges hiányosságokat.

Eredmények: Az implantátumok vizsgálatánál a követési idő átlagosan 11 hónap (± 6 hónap). Ezen időszakban implantátumaink 100%-a teljes osseointegrációt mutatott, implantátumvesztés nem történt. Poszterünkön két esetet mutatunk be részletesen. Egy szülő implantátum behelyezését a bal alsó 6-os fog területére egy fiatal hölgypáciensnél, valamint egy középkorú férfi páciens ellátását alsó bilaterális foghiánynál.

Konklúzió: A rendszernek sem a sebészi, sem a protetikai felhasználása során nem tapasztaltuk komoly hiányosságát, hátrányát (leszámítva a jelenleg még hiányzó menetvágási lehetőséget), más - praxisunkban felhasznált- implantációs rendszerekkel összehasonlítva, főként az ár-érték arányokat figyelembe véve. Fontosnak tartjuk leszögezni azonban, hogy tekintettel az eddig beültetésre került kisszámú implantátumra és a relatíve rövid követési időre, mindenképpen kezdeti eredményekről beszélhetünk csak.

P70 – Ritka megjelenésű „osteoid osteoma” a maxillo-faciális régióban – diagnosztikától a kezelési alternatívákig

Fülöp Gábor¹, Szökendy Tamás¹, Horváth Gyula², Horváth Zoltán³, Rózsa László⁴

¹Kaposi Mór Oktató Kórház, Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Osztály, Kaposvár

²Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Radiológiai Osztály, Kaposvár

³Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

⁴Kaposi Mór Oktató Kórház, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A jóindulatú, de jelentős szubjektív panaszokat okozni képes csont-tumor, az osteoid osteoma többnyire a hosszú csöves csontokban jelenik meg, ám kis túlzással szinte minden csontban leírták korábban az elváltozást. A kórkép számos esetben okoz komoly dilemmát a kezelőorvos számára, mind a diagnosztika, mind a kezelés megtervezése, kivitelezése és módjának megválasztása tekintetében. A gondos kivizsgálás és egyértelmű műtét előtti diagnózis előfeltétele az adekvát kezelés kiválasztásának. Általános összefoglalás mellett a poszter-prezentáció hagyományos és új eljárások lehetőségeit taglalja.

Beteganyag (1 eset): az előadás egy középkorú nőbeteg esetén keresztül mutatja be a modern radiológiának köszönhető szemléletes „képanyaggal”, a fej-nyak régióban rendkívül ritkán diagnosztizálható csontelváltozást. Emellett említésre kerülnek egyéb (hosszú csöves csontokon előforduló), gyakrabban észlelt esetek, kezelési alternatívákkal.

Eredmények: esetünkben a valódi dilemmát (sebészi vagy konzervatív kezelés és obszerváció?) a tumor rendkívül ritka és veszélyes anatómiai lokalizációja okozta. Esetünkben a végső döntést többszöri multidiszciplináris egyeztetés előzte meg (maxillo-faciális-sebészet; orr-fül-gégészet; radiológia; idegsebészet).

Összefoglalás: ez az eset is hűen tükrözi, mennyire nehéz néha odáig eljutni, mi is valójában a kezelő-gondozó orvos teendője. Prezentációnkban a kezelést megelőző pontos diagnózis jelentőségét és az interdiszciplináris párbeszéd fontosságát emeljük ki.

Szerzői index

A

Abrudan C. 23, 51
Altay Zoltán 18, 34
Armencea G. 23, 51

B

Baán Szabolcs 25, 63
Băciut Gr. 23, 51
Băciut Mihaela 23, 51
Bandula Mihály 24, 55
Barabás József 6, 7, 16, 18, 21, 22, 33, 45, 46, 48
Barabás József Béla 16
Barabás Péter 24, 53
Baráth Zoltán 24, 54
Barnaföldi Ádám 24, 55
Bérczy Kinga 20, 21, 43
Bicsák Ákos 19, 66
Bogdán Sándor 18, 21, 24, 26, 33, 45, 57, 65
Bögi Imre 25, 58
Boros Mihály 20, 42
Bran S. 23, 51
Bschorer Reinhard 19, 38
B. Tóth Barbara 22, 50

C

Csáki Gábor 25, 60
Cséplő Krisztina 20, 21, 43
Cserni Gábor 26, 64
Csurgay Katalin 26, 65
Czakó László 19, 20, 41, 66
Czinkóczy Béla 24, 56

D

Decker Iván 18, 33
Dinu C. 23, 51
Dobai Adrienn 21, 46
Dúcz András 18, 24, 33, 57

E

Ewers Rolf 16

F

Farkas Dóra 21, 44
Flaskó Tibor 25, 61
Fülöp Gábor 19, 20, 21, 41, 44, 68

G

Gális Branislav 20, 41
Gál Zoltán 26, 64
Garab Dénes 20, 42
Garagiola Umberto 17, 19, 28
Gehrke Gerd 17, 20
Gelencsér Gábor 20, 40
Grubeanu Daniel 23
Gwen Swennen 20, 39

H

Helfferich Frigyes 25, 60
Hirjak Dušan 19, 20, 41, 66
Horváth Dóra 25, 59
Horváth Gyula 19, 68
Horváth Zoltán 19, 68
Hurubeanu Lucia 23, 51
Huszár Tamás 18, 33

J

Jancsik Veronika Ágnes 25, 62
Janec Jaroslav 19, 66
Janovszky Ágnes 20, 42
Jeges Sára 17, 30
Joób-Fancsaly Árpád 16, 17, 18, 35
Juhász Tamás 26, 64

K

Kámán Attila Sándor 24, 58
Kärcher Hans 19, 66
Kardos István 21, 47
Kassai Tamás 23, 53
Katona József 18, 32
Kis Mária 21, 46
Kiss Zoltán 25, 61
Klenk Gusztáv 20, 24, 41, 58

Kocsis András 17, 20, 24, 31, 39, 56
Kohal Ralf 23, 50
Kolarovszki Béla 21, 44
Koppány Ferenc 16, 18, 35
Körmöczy Kinga 16
Kovács Evelin 22, 48
Kozma Péter 26, 63, 64

L

Léhner György 26, 65
Lempel Edina 17, 19, 20, 30, 40, 67
Lestyán János 23, 51
Lóderer Zoltán 25, 63
Lőrincz Ádám 16
Lukáts Olga 21, 45, 46

M

Major László 17, 29
Maka Erika 21, 22, 46, 48
Markella Zsolt 18, 19, 21, 33, 37, 45, 46
Márk László 25, 62
Márton Ildikó 17, 29
Marton Rita Margita 18, 31
Mitre Ileana 23, 51
Moldovan I. 23, 51
Molitorisz Dániel 23, 53
Molnár Gergő Attila 25, 62
Molnár Gyöngyi 17, 29
Muzsek Zsófia 19, 67

N

Nagy Krisztián 20, 39
Nagy Róbert 24, 57
Nemes Bálint 20, 39
Nemes István Sándor 21, 48
Németh János 21, 46
Németh Zsolt 17, 24, 26, 53, 65
Nyárády Zoltán 18, 34

O

Oberna Ferenc 20, 25, 26, 41, 58, 63, 64
Olasz Lajos 17, 18, 19, 20, 25, 30, 34, 40, 62, 67
Orsi Enikő 17, 20, 30, 40

P

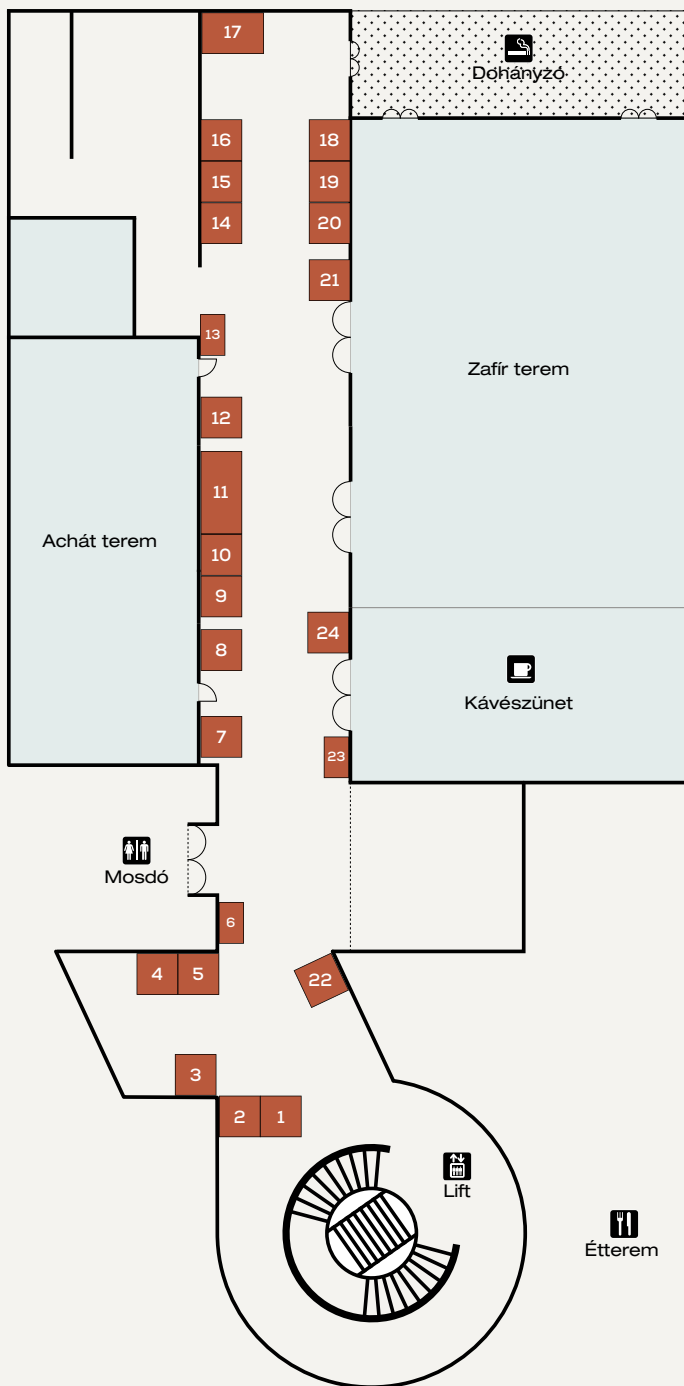
Paczona Róbert 17, 25, 29, 60, 61
Paput László 25, 60
Park Jun-Woo 17, 28
Pataky Levente 18, 35
Patyi Márta 26, 64
Perényi János 17, 31
Piffkó József 16, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 29, 41, 42, 50, 56, 60, 61, 64
Plachtovics Márk 18, 33, 36
Pozsgay Sarolta 18, 31

R

Radnai Márta 24, 54
Raskó Zoltán 20, 22, 24, 39, 50, 54, 56
Rásonyi-Kovács Orsolya 16, 18, 35
Redl Pál 20, 22, 23, 25, 26, 41, 49, 59, 61, 64
Reinbacher Knut Ernst 19, 66
Restár László 20, 21, 43
Révész Petronella 22, 49
Révész Zsuzsanna 18, 34
Rodler András 21, 47
Roşca D. 23, 51
Rotaru Al. 23, 51
Rotaru Horatiu 23, 51
Rotaru O. 23, 51
Róthy Ákos 21, 48
Rózsa László 19, 68
Ruszin Tamás 16

S

Sántha Beáta 26, 63, 64
Sass Tamás 25, 26, 58, 63, 64
Sas Tamás 22, 50
Schanbacher Monika 19, 66
Schmidt Levente 18, 32
Sejben István 26, 64
Seres László 17, 20, 22, 24, 25, 31, 39, 41, 50, 56
Sidó Levente 21, 45
Simay Attila 22, 25, 49, 61
Somlai Károly 20, 25, 63
Somogyi Zsófia 24, 53
Stan H. 23, 51
Steigmann Marius 23



Alaprajz

- 1 Medi-Cont Kft.
- 2 Merfol Kft.
- 3 Nouvag+Botiss
- 4 TitánDent Kft.
- 5 Implantrade Kft.
- 6 Konsens Kft.
- 7 SynthesMedical Kft.
- 8 S.G.S. International Ltd.
- 9 Front-Dent Kft.
- 10 Savaria-Dent Kft.
- 11 SIC-Invent Hungary Kft.
- 12 ProMed 2000 Kft.
- 13 Pro-dental Kft.
- 14 Alpha Implant Kft.
- 15 Dentech Bt.
- 16 Logintech
- 17 Valid Kft.
- 18 UNIMET Kórháztechnikai Kft.
- 19 Dent-East Kft.
- 20 Denti System Kft.
- 21 Varinex Informatikai Zrt.
- 22 Full-Tech Kft.
- 23 Szakács & Szakács Kft.
- 24 Sanatmetal Kft.

ProMed 2000 Orvostechnikai Kft.

TÖBB, MINT 25 ÉVE A SZÁJSEBÉSZET SZOLGÁLATÁBAN

- mini- és mikro csontöngző rendszerek
- instrumentumok
- speciális titán-dioxid bevonatú termékek
- országos szinten elismert
- sikerrel beépíthető implantátumok



Elérhetőségek: H-6800 Hódmezővásárhely, Rigó utca 33.

Telefon/Fax: +36-62/242-849

E-mail: promed@promed2000.hu

Website: <http://www.promed2000.hu>