

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Hungary Edition 

BUDAPEST, 2020. MÁJUS

www.dental-tribune.com

XVI. ÉVFOLYAM, 2. SZÁM



IRÁNYVONALAK, ALKALMAZÁSOK

Az utóbbi évtizedekben robbanásszerűen növekedett a rögzített fogszabályzó készülékek alkalmazásának a gyakorisága. Nem szabad azonban elfelejteni, annak ellenére, hogy amíg a felhasználásuk rendkívül előnyös lehet...

→ 4. oldal



GYAKORLÓ FOGORVOS AJÁNlja

Mi az Ön protokollja, amikor a cementelt fogászati implantátumok koronájában a csavarok meglazulnak? Stacey L. Gividen (DDS) bemutatja az alábbiakban két esetét...

→ 6. oldal



GYAKORLÓ FOGORVOS AJÁNlja

Craig Harder (DDS) egy 19 éves nő orális patológiai esetét mutatja be; a páciens panaszai közt volt duzzanat és fájdalom a jobb alsó mandibuláris területen, valamint éles fájdalom a nyelv alatt.

→ 8. oldal

**TÖBB MINT 10 000 STERILITÁSI
CIKLUSRA TERVEZVE**



KAVO
1:5 GYORSÍTÓ
Bruttó: 249 000 Ft

*ajándék Dürr FD 366
felületfertőtlenítő
kézidarabokra*

E-mail:
technology@euromedic-hungary.com

**EURO
MEDIC**

A leves kerül többbe, vagy a hús? Kárminimalizálás után a helyreállítás akcióterve kerül előtérbe

Csapatommal újtára indítottuk válságkezelő programunkat, ahol elsőként az újraindulásra való stratégiai felkészülésre fókuszálunk. Egy válság kezelésének lépései a gyakorlat és a válságkezelő irodalom alapján:

1. Jelek felismerése
2. Megelőzés
3. Kárminimalizálás
4. Helyreállítás
5. Következtetések levonása. Mit tanulunk?

A helyreállítás fázisába értünk.

Különös világ a számok világa, engem lépten-nyomon lenyűgöz. Bizonyos, akár komplex kérdésekre kaphatsz egyértelmű választ, amikor egy száraz adathalmaznak tűnő információteveget megfelelő rendszerbe rendezel. Ezt tettük a sürgősségi ellátás kapcsán felmerülő költségekkel és várható bevételekkel.

Ez nem feltétlenül egyszerű feladat, már pusztán az extra kiadások tekintetében sem. Az egyéni védőeszközökkel kapcsolatban nem mindegy ugyanis, hogy van-e állandó, stabil beszerzési forrásod, vagy alkalmilag vásárolsz, ahonnan éppen aktuálisan jobb ajánlatot kapsz, nem mindegy, meddig marad az egekben ezeknek az ára, és természetesen – nem mindegy, hogy milyen infekciókontroll-protokollt követsz. És persze ki fogja mindezt megfizetni? Mennyit érdemes és mennyit etikus egy sürgős kezelésre szoruló páciensből elkérni? És

mi az az összeg, ami alatt biztosan veszteséges a tevékenységünk? És ha veszteséges, vajon milyen mértékben befolyásolja azt, hogy még hány hónapig vagyok képes meg tartani a munkavállalóimat, fizetni a fix kiadásaimat?

Néhány számítás alapján ezek az iránymutató számaink:

Heti 2-3 sürgősségi nap szervezésével (5-8 páciens per nap), nagyjából 80-100 000 forint közötti napi bevétellel lesz ott, hogy a betegellátás költségeit fedezed csak (változó költségeket). Tehát pont annyi céges fix költség marad, mint ha otthon a TV-t néznéd. A számításaink azt mutatják, hogy nagyságrendileg óránként minimum 30-35 ezer forintos bevételre van szükséged, hogy gazdasági értelemben legyen értelme a védőfelszereléssel történő ellátásnak. Ez 12 000 Covid-19 díj + 18 000 forint kezelés díj.

És végül a – talán – legfontosabb kérdés: ha többet veszítek rajta, mint amennyit nyerek, miért csináljam? Miért vállalkozok kockázatot? A tapasztalatom az, hogy a pácienseitek iránt érzett felelősségtudat, a munka szeretete és a segíteni vágyás gyakran győzi le a pusztá matekot. De ahhoz, hogy a felelős döntést meghozd, ismerned kell, mi van a mérleg két serpenyőjében, ehhez pedig szükséges jó barátságot kötni a számokkal.

Máté Zoltán

A vírusveszély vitte el a tavaszt

Katona József

Márciusban vészfékezéssel állt le az egészségügy, s ami a május elején kezdődött újraindításig történt, azt még sokáig fogják elemezni. Talán nem is volt még egy ilyen rövid időszak az ágazat történetében, ami ekkora felfordulással járt volna. Ez a hatvan nap annyi váratlan, s részint máig megmagyarázatlan fordulatot hozott, hogy ez után talán nincs is sima visszaút a korábbi kerékvágásba. Ki emlékszik már az egészségügy februári slágertémáira? Például arra, hogy valóban leállítanak-e minden más fejlesztést, amíg nem sikerül a kórházakat kifesteni? Vagy: sikerül-e a kényszerhitelező beszállítók lejárt követeléseiből „lecsipenteni” húsz százalékot, mondván: „Nem engedhető meg, hogy bárki is a magyar betegeken nyereszkedjen”? Latolgatja-e ma még valaki, hogy elkészül-e a tárca júniusra a finanszírozási és strukturális reform alapjául ígért felmérésekkel és számításokkal? Ezeket félresöpörte a közeledő koronavírus-járvány. Sőt már talán arra is kevesen emlékeznek, hogy februárban a tisztifőorvos még úgy képzelte, hogy a lehetséges covidosok kivizsgálását



majd a házhoz menő „szkafanderes” háziorvosok végzik. Ezt talán azért is könnyű felejtetni, mert nem ez volt az utolsó életszerűtlen szakmai útmutatás, amit a terepen dolgozó egészségügyiek kaptak. Február covidos slágertémája végül a védőeszköz lett: már a járvány közeledésének hírére kiderült, hogy nincs elegendő belőlük az országban. A krízis kezelésére – a behozatal szervezésénél túl – kommunikációs eszközöket is bevetettek. A hivatalos nyilatkozatok igyekeztek az eszközök beszerzésének felelősségét a háziorvosokra tolni, a civileket pedig lebeszélni a maszkviselésről.

Hasonló volt a helyzet a tesztekkel, hosszú időn keresztül csak azt hallhatta a közönség e forrásokból, hogy a védekezés szempontjából nincs haszna a tesztelésnek. Így nem is indult meg a rutinszerű szűrés a kórházi felvételeknél, áthelyezéseknél, s a haza-, illetve közösségbe bocsátásoknál sem. Ennek következtében az ilyen betegekkel érintkezők is maximális kockázatot viseltek. Persze a hivatalos nyilatkozatok rendre azt tartalmazták, hogy a dolgozók számára van elegendő védőeszköz, csak használniuk kell. Ugyanakkor

→ 3. oldal

hirdetés

FLEXI ENT®

Több mint fogászati szoftver

Ingyenes demo 60 napig:

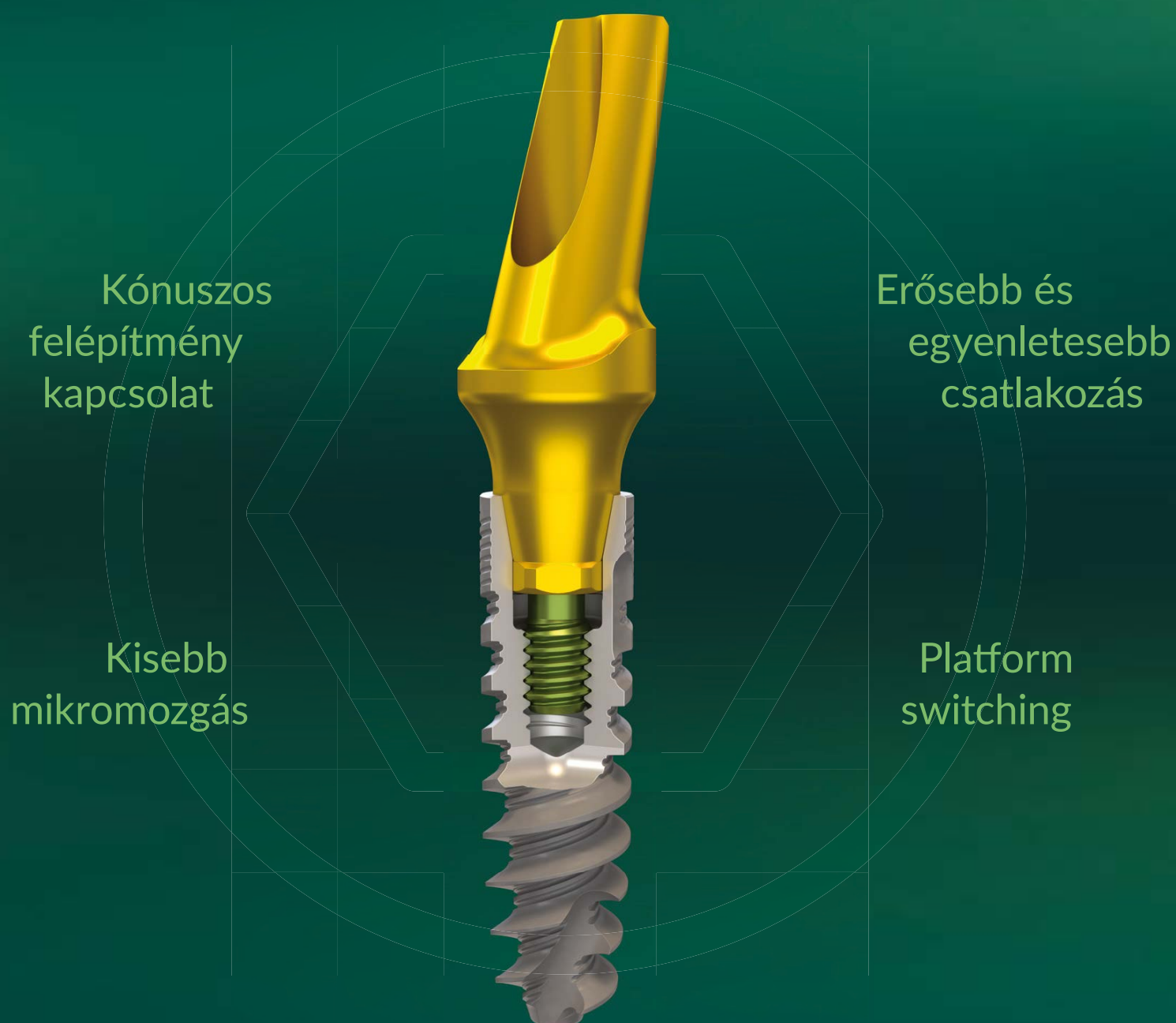
www.flexi-dent.hu/demo

Az ÁEEK hivatalos EESZT partnere



MULTIneoTM

ONE IMPLANT **MULTIPLE OPTIONS**



**Conical Narrow
Connection (CHC)**



**Conical Standard
Connection (CS)**



**Internal Hex
Connection (IH)**

KIZÁRÓLAGOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓ

◀ 1. oldalról

számtalan panasz került napvilágra arról, hogy még az időközben befutás hatalmas szállítmányokból sem jutott megfelelő eszköz mindenhova. Ezt az ellentmondást feloldani már csak azért sem volt mód, mert a védekezésről szóló tájékoztatás mindvégig szűrt és szelektív volt. Nem csak a betegségtől tartó közönség, hanem az érintett szakemberek számára is fontos adatok maradtak megismerhetetlenek. A kórházi vezetők a járványt illetően még a maguk tapasztalatairól sem tájékoztathatták a nyilvánosságot. A „szólásszabadságot központosító” operatív törzs pedig egy idő után csak azokat a kérdéseket tette fel magának, amit jónak gondolt. Márciusban a járvány ideérkezével félelmetes gyorsasággal állt le az egészségügy. A miniszter elrendelte a nem sürgős beavatkozások elhalasztását, egyúttal a „különösen veszélyeztetett”, 65 év feletti szakembereket eltiltotta a betegekkel való közvetlen találkozástól. Sok területen önmagában ez utóbbi is elegendő lett volna az ellátás összeomlásához. *„A járóbeteg ellátás lényegében szünetelt – szűrte le, A láthatatlan áldozatok’ című állásfoglalásában az orvosi kamara elnöksége. – Az, hogy a korábban ezen rendelőket akutan vagy rendszeresen felkereső betegek jelenleg kihez, hova fordulhatnak, szintén tisztázásra vár. Telefonos tanácsadás, a kiesett ellátás pótlása itt is csak esetlegesen áll rendelkezésre.”* A kórházi aktív ágyak egy része is rendkívül gyorsan ürült meg. Utóbb egy parlamenti kérdésre, amely azt firtatta, hogy mekkora restanciát halmozott fel ekkor az egészségügy, kiderült, hogy az elmaradt műtétekről, beavatkozásokról adatokat sem gyűjtöttek. A Társi egy későbbi felmérése szerint minden tizedik magyarnak maradt el valamilyen vizs-

gálata, kezelése ebben az időszakban. Bár a két hónapos védekezés terhét elsősorban az egészségügyiek viselték, az egész akció a nyilvánosság előtt sokkal inkább politikai-katonai műveletként jelent meg. Az ágazat vezetésének legfeljebb csak mellékszerepek jutottak. A belügyminiszter vezetésével alakult meg a járványvédekezést irányító testület, aminek napi kommunikációját is rendőrök dominálták. A kórházakban is feltűntek az egyenruhás parancsnokok, hogy „biztosítsák a készletek védelmét” és a „hiteles adatszolgáltatást”. S bár a vártnál jóval kevesebb beteget kellett kórházban ápolni, e hetekben éltek azzal a lehetőséggel is, hogy civil egészségügyi dolgozókat amúgy katonásan, vezénnyel küldjenek a „frontra”, covidosokat ápolni. A szűkebben vett egészségügyi védekezés is eléggé katonásra sikeredett, több volt a parancs, mint a magyarázat, illetve a szakmai konzultáció. Ezen időszak jellegzetes eszköze lett a „miniszteri levél”, amelyben Kásler Miklós különféle feladatokat és utasításokat adott az intézményeknek, illetve az ágazat dolgozóinak. A feszültségek odáig vezettek, hogy a szakmai javaslatait egyébként is többször megfogalmazó orvosi kamara április közepén nyílt levélben kért magyarázatot a minisztertől az egyeztetés nélküli intézkedésekre. *„Az elmúlt két hét eseményeire nem kaptunk eddig sehonnan racionális érveket, sem tényeket, sem valós indoklást – írták. – Nemcsak az elmúlt események okát nem ismerjük, de a jövőre vonatkozó terveket sem.”* E levél közvetlen előzménye a hús-



véti rapid kórházküirítés volt, amikor az igazgatók gyakorlatilag három munkanapot kaptak arra, hogy az ágyaik legalább 60%-át felszabadítsák a covidos betegek számára. A sajtót szinte azonnal elárasztották a megrendítő történetek arról, hogy professzionális ápolásra, rehabilitációra szorulókat küldtek haza a teljesen felkészületlen családjaikhoz. De ennél is nagyobb feltűnést keltett, amikor a miniszter melesztette az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) vezetőjét, miután úgy vélte, hogy Cserháti Péter nem eléggé tempósan hajtott végre a parancsot. Az erről szóló tárcaközlemény hangvétele is igen érdes volt. Abban – a kiürítéssel kapcsolatban – *„mind szakmailag, mind emberileg elfogadhatatlan”*-nak és a *„a betegek biztonságát, az életükért való küzdelem eredményességét veszélyeztető”*-nek nevezték a korábbi helyettes államtitkár tevékenységét. De legalább ilyen szokatlan volt, hogy ezt követően milyen sokan fejezték ki szolidaritásukat Cserháttal. Az eseményeket közelről is ismerő OORI-dolgozókon túl közöt-

tük volt a Magyar Kórhákszövetség, Balog Zoltán, a szaktárca korábbi vezetője, a Magyar Evangélikus Egyház, valamint a a Semmelweis Egyetem is. Ez utóbbi honlapján a menedzserképző központ külön nyilatkozatot is közzétett *„Dr. Cserháti Péter mindannyiunk számára emberi zsinórmérték”* címmel. A tárcsa szerint azonban semmi drámai nem történhetett húsvétkor, hiszen akkor – a tervezhető ellátások korábbi visszavágása miatt – már csak az ágyak mintegy 2%-át kellett felszabadítani. Ezzel lett meg – a tervezett – 36 ezer üres ágy a covidosoknak. Ám ez az érvelés elfedte, hogy a fűnyíróelven előírt 60%-os kiürítés mélyen belehasíthatott számos, ápolási, krónikus, illetve rehabilitációs ágyakat fenntartó intézmény még akkor is működő szolgáltatásaiba. Sok szakember azt is vitatta, hogy kellett-e egyszerre felszabadítani 36 ezer ágyat, ha a csúcson is csupán mintegy ezer covidos beteget kellett ezeken ellátni. Voltak, akik egyenesen már egy kórházi ágyszámcsökkentés első lépését látták az akcióban. A kedélyeket

némely kormányzati nyilatkozat is borzolta. *Gulyás Gergely* kancellária-miniszter április végén már a járvány tanulságai kapcsán arról beszélt, hogy a kapacitásokat a tényleges igénybevételükhöz kell szabni. Egy héttel később pedig az újraindításról beszélve ugyancsak őt idézte a Portfolio: *„a koronavírus-válság felhívja a figyelmet arra, hogy az aktív kórházi ágyak jelentős részét kizárólag rehabilitációra használták.”* A május eleji adatok alapján úgy tetszhet, Magyarország egyelőre sikeresen elfojtotta a koronavírus-járványt, de fogalmunk sincs, hogy ezért milyen árat fizetünk. Az egészségügyben is napirendre került a fokozatos újraindítás, de már látszik, hogy ez talán bonyolultabb is lesz, mint a leállítás. Például az első lépcsőben reaktivált fogászati alapellátás esetében – lapzártánk idején – már a harmadik eljárásrend-variációnál tartunk. A kulcskérdések zömmel ugyanazok, amelyek két hónappal korábban is: Kiket és milyen beavatkozások előtt kell tesztelni? Mi ennek a gyakorlatban is használható eljárása? Milyen felszerelés védje az egészségügyi dolgozókat, s hogyan jutnak hozzá azokhoz? [▶](#)

IMPRESSZUM

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE:
Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173
Általános megkeresések:
info@dental-tribune.com
Hirdetésfelvétel:
mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

A Dental Tribune International GmbH azon anyaga, amelyet újra nyomtattak vagy lefordítottak és újból kinyomtattak ebben a kiadásban a Dental Tribune International GmbH szerzői jogi védelme alatt áll. Az ilyen anyagokat a Dental Tribune International GmbH engedélyével lehet csak közzétenni. A *Dental Tribune* a Dental Tribune International GmbH védjegye.

Minden jog fenntartva. © 2020 Dental Tribune International GmbH. A Dental Tribune International GmbH előzetes írásbeli engedélye nélkül bármilyen módon, egészben vagy részben történő sokszorosítása kifejezetten tilos.

A Dental Tribune International mindent megtesz annak érdekében, hogy a klinikai információkat és a gyártók termékeiről szóló híreket pontosan adja közre, nem vállal azonban felelősséget a termékekről szóló állítások helytállóságáért vagy a nyomdahihibáért. A kiadó nem vállal továbbá felelősséget sem a termékekért vagy leírásokért, sem a hirdetések közleményeiért. A szerzők által kifejtett véleményt a sajátjuknak kell tekinteni, és azok semmi módon nem tükrözik a Dental Tribune International véleményét.

Kiadja: DP Hungary Kft.

1012 Budapest, Kuny Domokos u. 9.

FELELŐS KIADÓ: Laczkó Tamás

SAKFORDÍTÓ: Molnár Dávid

NYOMDAI ELŐKÉSZÍTÉS: DP Hungary Kft.

NYOMDAI KIVITELEZÉS: Prime Rate Kft.

ADATEGYEZTETÉS, INFORMÁCIÓ: Bárdos Veronika, telefon: 06-30-472-0030

HIRDÉTFELVÉTEL: Laczkó Tamás, telefon: 06-30-472-0030

Vizsgálat: A Waterpik szájuhanyok javítják a szájegészséget, pláne, ha megfelelő elektromos fogkefével társítják

Fort Collins: a Waterpik az első szájuhany-márkaként egy olyan négyhetes, randomizált, kontroll klinikai vizsgálatban vett részt, ahol rezgőfrekvenciális elektromos fogkefe mellett vizsgálták az eszköz működésének hatékonyságát. A vizsgálat alapján írt tanulmány megállapította, hogy bár a szájuhany csak az oszcilláló – rezgőfrekvenciális – elektromos fogkefével társítva javította a szájegészséget, használatával az enyhe vagy közepesen súlyos ínygyulladás kezelése szignifikánsan jobb eredményekkel párosult. Ez a tanulmány kiegészít egy korábban közzétett kutatást is, mely kézi vagy ultrahanggal működő fogkefék hatékonyságáról szól: függetlenül a használt fogkefe típusától és minőségi osztályától, a Waterpik szájuhany jelentősen hatékonyabb a plakk eltávolításában és az íny egészségének, állapotának javításában, mint az önállóan alkalmazott fogmosás. A vizsgálatban 70 felnőtt résztvevőt vizsgáltak; a jelöltek a Waterpik



Waterpik – hatékonyabb plakkeltávolítás és egészségesebb íny (Fotó: Waterpik)

Water Flosser plusz az Oral-B Pro 2000+Precision Clean Brush Head (WF) csoportba, vagy az Oral-B Pro 2000 Precision Clean csoportba (OR) kerültek. A vizsgált tulajdonságok a plakkeltávolítás mértéke, valamint az íny állapot-javítási képesség voltak. A klinikai vizsgálat után a vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy a Waterpik Water Flosser és az Oral-B Pro 2000 együttes használatával a Pre-

cision Clean Brush Head szignifikánsan hatékonyabbak, mint ugyanezen fogkefe és kefefej használata önmagában. A WF használatával:

- 37 százalékkal hatékonyabb az ínyvérzés csökkentése
- 36 százalékkal hatékonyabb az ínygyulladás csökkentése
- 33 százalékkal hatékonyabb a plakk csökkentése.

Ezenkívül a résztvevők által kitöltött kérdőív feltárta, hogy mindkét csoport alanyai úgy érezték, a Waterpik szájuhany és az Oral-B Pro 2000 fogkefe könnyen használható, a termékek használati utasításai világosak és könnyen követhetők. A vizsgálatban résztvevő Waterpik Water Flosser készüléket is használók 91%-a azt mondta, hogy a szájuhanyt a vizsgálatot követően is alkalmazni fogja. „Minden fogorvosi rendelésem végén a betegeimnek azt javasolom,

legyen szájaápolási rutinjuk része a Waterpik szájuhany használata” – mondta dr. Chris Strandburg fogorvos. „Első kézből meggyőző eredményeket tapasztaltam a saját betegeimen, nyilvánvaló volt, hogy önmagában a fogmosás nem elegendő a megfelelő szájhigiéné kialakítása és fenntartása érdekében.” „A Waterpik klinikai és szakmai igazgatója azt nyilatkozta: „Folyamatosan arra törekszünk, hogy olyan, klinikai szempontból releváns és tudományosan megalapozott eredményeket szolgáltatassunk, melyek kielégítik célfogyasztóink igényeit, miközben megmutatjuk azt is, hogy a Waterpik szájuhany egyszerű és hatékony alternatívája a fogszelvényeknek és az interdentális keféknek.”

A tanulmánnyal kapcsolatos további információkért látogasson el a www.waterpik.com/oral-health/pro/clinical-research/water-flosser-oral-b-electric-toothbrush-inflammation-2020/ webhelyre.

Forrás: us.dental-tribune.com

Fogszabályzó kezelés közben kialakult gingiva hypertrophia diódalézerrel történő eltávolítása

Esetbemutató

**Prof. dr. Carlo Fornaini,
dr. Aldo Oppici, dr. Luigi Cella,
dr. Elisabetta Merigo
(Olaszország)**

Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben robbanásszerűen növekedett a rögzített fogszabályzó készülékek alkalmazásának a gyakorisága. Nem szabad azonban elfelejteni, annak ellenére, hogy amíg a felhasználásuk rendkívül előnyös lehet, addig néhány esetben a kezelések során komoly szövődmények jelennek meg a fogak körül található lágyrészekben. A rögzített fogszabályzó készülékek viselése többek között az alábbi szövődmények kialakulását okozhatja: az ajak belső felszínének desquamatioja¹, erythema multiforme², gingivitis³, valamint gingiva hypertrophia.

A fogszabályzó kezelések során viszonylag gyakran alakul ki gingiva hypertrophia⁵. Szerencsére ez az állapot legtöbbször átmeneti, és a fogszabályzó kezelés befejezését követően általában – de nem minden esetben – nyomtalanul elmúlik. A fogszabályzó készülék viselése során kialakult gingiva hypertrophia klinikai megjelenési formája eltér az allergiás vagy a gyulladásos eredetű nyelvváltozások képétől. Míg az előbbinél az íny sajátos fibrotikus megvastagodásával állunk szemben, addig az utóbbi kórképeket az erythemás ínyvérzés és a szakadékos gingiva jellemzi.⁶ Már több klinikai tanulmányban leírták, hogy a fogszabályzó készülék viselése a parodontális állapot romlását okozhatja, és vélelmezhetően ez áll a gingiva hypertrophia kialakulásának hátterében. Még mindig nem teljesen tisztázott az ínymeg-

nagyobbodás hátterében álló folyamat pontos pathomechanizmusa, de nagy valószínűséggel szerepet játszik benne a fibroblasztok által termelt magas glükózaminoglikán tartalommal rendelkező amorf alapállomány mennyiségének a növekedése. Néhány kutatás szerint a rossz szájhygiénés státusz mellett megfigyelhető ínymegnagyobbodás kialakulásában, valamint az epitheliális sejtek proliferációs aktivitásának fokozódásában fontos szerepet játszhat az I-es típusú kollagén mRNS-ének, valamint a keratinociták növekedési faktor receptorának fokozott expressziója.⁷ Továbbra sem tudjuk pontosan meghatározni az elváltozás kialakulásának hátterében álló etiológiai faktorokat, de a folyamat kialakulása gyaníthatóan összefüggésben van a fogszabályzó készülékek felszínén meginduló korróziós reak-

ciókkal. Ezeknek a kémiai reakcióknak a megjelenése a nikkeltartalmú ötvözetekből előállított készülékek viselése során a legjellemzőbb.⁸ Az ilyenkor kialakuló gyulladásos reakciót a IV. típusú túlérzékenységi reakciók közé soroljuk, továbbá annak ellenére nikkeltartalmú kontakt allergiás stomatitisként hivatkozunk rá, hogy még ebben az esetben sem teljesen tisztázott a folyamat pontos pathomechanizmusa.⁹ Az előbbieken bemutatott elváltozások sebészeti kezelést igényelnek. Szöveti és histokémiai vizsgálatokkal bizonyították, hogy a papilla eltávolítása hozzájárulhat a fiziológiai kötőszövet kialakulásához.¹⁰ A hagyományosan szikével végzett beavatkozáshoz kapcsolódó hátrányok általában a páciensek által érzett kellemetlenségekből erednek (pl.: az injekciós tüvel végzett érzéstelenítés, varratok behelyezése). A fentiek miatt nagy igény mutatkozott arra, hogy ezen a téren is kiaknázzák a lézerek alkalmazásából fakadó előnyöket.

Vélelmezhetően a rövid idő alatt kivitelezett rész-zárás, valamint a fogmosást követő vérzés miatt elhanyagolt egyéni szájhygiénia áll. A rögzített készülék eltávolítását követően egy felületi érzéstelenítő hatással rendelkező krém (EMLA, AstraZeneca) vittünk fel az íny felszínére (**2. ábra**). Ezt követően a papillák eltávolítására vonatkozó protokoll szerint egy diódalézer (XD-2, Fotona) segítségével gingivectomiát hajtottunk végre (**3. ábra**). A lézerkészüléket az alábbi paraméterekkel üzemeltettük: 808 nm-es hullámhossz, 3 W teljesítmény, folyamatos üzemmód. A beavatkozáshoz egy 320 µm-es optikai szálát használtunk, kontakt üzemmódban. A 375 másodpercig tartó beavatkozás során a páciens nem számolt be fájdalomérzetről (**4. ábra**). A beavatkozást követően nem volt szükség fájdalomcsillapítók alkalmazására, továbbá a teljes gyógyuláshoz szükséges idő mindössze 5 napra korlátozódott (**5. ábra**).

Esetbemutató

A Fogszabályzó Részleg egy 14 éves hölgybetegét utalt az osztályunkra a rögzített fogszabályzó készülékkel történő kezelés végén kialakult felső fogív melletti ínymegnagyobbodás kezelése céljából (**1. ábra**). Az elváltozás kialakulásának hátterében

Megbeszélés

Maiman 1960-ban építette meg az első lézerkészüléket, és néhány év múlva már az általános orvoslásban és a szájsebészeti beavatkozások során is sikeresen fordították a páciensek javára a készülék alkalmazása során elérhető előnyöket. A lézersugarak hatékonysága elsősorban a szövetek vágása során tapasztalható. A kis véres nyirokerek azonnali lezárásával hamarabb alakul ki a haemostasis, és csökken a posztoperatív oedema mértéke. A lézersugárral kapcsolatba került szövetekben lévő kórokozók a hőhatás miatt elpusztulnak, és a szövetek felszínén létrejövő kéregszerű réteg (eschar layer) miatt csökken a posztoperatív szövetkontrakció mértéke. Ez lehetővé teszi, hogy elkerüljük a sebselek varratokkal történő egyesítését, valamint hozzájárul a beavatkozást követően kialakult hegyszövet mennyiségének a csökkenéséhez. A diódalézerek – a fogászatban alkalmazott lézerek legújabb generációja – alkalmazása számos előnnyel jár. Az eszközök beszerzésének alacsony a költségvonzata, kis méretűek, valamint a beavatkozást végző orvos folyamatos és impulzus üzemmódban is használhatja a készüléket. Az eddigi gyakorlati tapasztalataink alapján kijelenthetjük, hogy a diódalézerek alkalmazása egy új, a páciensek számára kevesebb intra- és posztoperatív kellemetlenséggel járó lehetőséget teremt a fogszabályzó kezelés során kialakult gingiva hypertrophia megszüntetésére.

Szerkesztői megjegyzés: az irodalomjegyzék listája elérhető a kiadónál. A cikk eredetileg az Ortho – international magazine of orthodontology 2017/2-es számában jelent meg.



1. ábra: A bracketek eltávolítása előtt látható klinikai képen jól megfigyelhető a gingiva megnagyobbodása.



2. ábra: A felületi érzéstelenítő krém applikálása.



3. ábra: Sebészeti lézerkészülékkel végzett gingivectomia.



4. ábra: A sebészeti beavatkozást követően látható klinikai kép.



5. ábra: A beavatkozást követő 5. napon látható klinikai kép.



6. ábra: Az egy hónappal később végzett kontrollvizsgálaton látható klinikai kép.

A fogorvosok a COVID-19 idején egész Európában üzleti kihívásokkal néznek szembe

A fogorvosok egész Európában kiveszik részüket a COVID-19 terjedésének lassítási folyamatában és naprakészek is maradnak a nemzeti és helyi hatósági szigorított előírásokkal kapcsolatban, azok alkalmazásával. Mivel azonban egyre több tagállam korlátozta a fogorvosi ellátást – sürgősségi esetekre –, a fogorvosok többsége nehezen tudja teljesíteni szakmai kötelezettségeit, küzdenek a meglévő és az új fertőzéscellenes protokollok betartásával. Mivel a fogorvosok így elhalasztják az elektív eljárásokat és csökkentik a praxisban töltött munkaidőt, a kezelendő fogászati páciensek száma érthető módon rendkívül alacsony. A fogorvosok kezdik megérezni a világjárvány hosszú távú, főként gazdasági hatásait rendelőjükre, mint vállalkozásukra.

A legtöbb fogászati beavatkozás nagy mennyiségű aerosolt és vízpermetet generál, ami veszélyezteti a fogászati pácienseket és valószínűleg a fogorvosok és a fogorvosi csapat többi tagját is: a SARS-CoV-2 számára kitűnő terjedési lehetőség a szituáció. Az aeroszol átjutásának megakadályozására a fogorvosi rendelőben elengedhetetlen a megfelelő egyéni, egyszer használatos vagy sterilizálható védőeszközök használata. Számos országban azonban nem sikerül ellátni a fogorvosokat védőruházattal, például FFP2 vagy FFP3 maszkokkal, ami szinte lehetetlenné teszi a fogorvosok számára szakmai kötelezettségeik teljesítését, valamint a SARS-CoV-2 átvitelének megakadályozását.

Az Európai Fogorvosok Tanácsának (CED) elnöke, dr. Marco Landi egy közelmúltbeli nyilatkozatában kijelentette: „A COVID-19 válság egyértelműen megmutatta a közegészségügy területén folytatott nemzetközi együttműködés és az EU központi szerepét az egészségpolitikai folyamatokban és az egészségügybe történő beruházások nagy szükségességét. A CED továbbra is támogatja azon tagjainkat, akik más egészségügyi szolgáltatásokkal együtt a COVID-19 elleni küzdelem élvonalában vannak, főleg az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ és az Európai Bizottság általános útmutatásainak továbbítása révén.”

„Készen állunk arra, hogy szükség esetén további feladatokat vállaljunk a közegészségügy, a betegek és a közösségek érdekében. Felhívjuk a tagállamokat és az Európai Bizottságot, hogy tegyenek lépéseket: a COVID-19 hosszú távú negatív hatásainak ellensúlyozására a fogorvosok, ideértve a magánrendelők dolgozóit is, támogatásra szorulnak. A nemzetközi sürgősségi támogatások segítségével eszközöket és hozzáférést kell nekik biztosítani és uniós szinten a rendelkezésre álló finanszírozásból arányos részesedést szükséges adni” – tette hozzá Landi.

Hogyan befolyásolta a COVID-19 a német fogászati rendelőket?

A Német Fogorvosok Szövetsége és a kötelező egészségbiztosításban dolgozó fogorvosok nemzeti szövetsége elrendelte a németországi fogorvosok számára, hogy az egészségbiztosító társaságuk engedélyének függvényében tartsák nyitva praxisaikat. A Robert Koch Intézet, a Német Fogorvos Társaság és a regionális fogorvosi szövetségek azonban az elektív kezelések elhalasztását javasolták. Az NTV német televíziós hírcsatornán megjelent cikkben dr. Thorsten Nassauer fogorvos és rendelőtulajdonos a németországi Wiesbadenben azt mondta, hogy a sürgősségi betegek száma az átlagos páciensforgalom maximum 20%-át teszi ki. Mivel a kezelések nagy részét most el lehet és kell is halasztani pandémias megfontolásból, a fogorvosok jelenleg elveszíthetik bevételeik 80%-át is: semmilyen konzervatív és esztétikai beavatkozás nem javallt.

A COVID-19 válság gazdasági terheinek enyhítése érdekében a németországi fogorvosok részt vehetnek a német kormány által kínált különféle segélyprogramokban, például a rövidített munkaidő után járó kompenzációban és támogatott kkv-kölcsönökben. Hamarosan felállításra kerül egy egymilliárd euró nagyságrendű gazdaságvédelmi ernyő kkv-fogorvosi vállalkozások számára, valamint a kormány kijelentette, hogy keményen dolgozik annak biztosításán, hogy a szabadúszó fogszakorvosok is pénzügyi támogatást is kapjanak.

Miközben a szövetségi és az állami kormányok segítséget nyújtanak a vállalkozó tulajdonosoknak, Nassauer elmondta, hogy eddig nem is léteztek ezek a mentőcsomagok a fogorvosi magánrendelés számára! A németországi kórházak általánosságban kötelesek lemondani minden halasztható beavatkozást annak érdekében, hogy a kórházi ágyak szaba-



Míg a havi fogászati praxisműködési költségek továbbra is fennállnak, az európai fogorvosok hatalmas kihívásnak néznek elébe vállalkozásuk működtetése szempontjából. (Kép: Brian A Jackson/Shutterstock)

don maradjanak fertőzött betegek részére – ennek ellenére kompenzációt kapnak. Hasonlóképpen támogatja a fogászati szakma is az egészségügyi rendszert sürgősségi ellátással és kapacitások felszabadításával, ezért már nagyon hiányzott és hiányzik ezen szakembereknek a valódi anyagi segítség.

A frontvonalban dolgozók védelme a SARS-CoV-2 ellen

Egy nemrégiben kiadott nyilatkozatban az európai egészségügyi szakemberek és tagszervezeteik felszólították az Európai Bizottságot és az unió kormányait, hogy támogassák és védjék meg a SARS-CoV-2 elleni küzdelemben részt vevő egészségügyi szakemberek között a fogorvosokat is. A fogászati szakembereket az EU munkaidőről és anyagi arányosságról szóló irányelv hivatalosan védi, ezért biztosítani kell a megfelelő munkakörülményeket, pihenőidőt és a műszakok közötti regenerációs időt. Végezetül, mivel a jelenlegi körülmények közti munkavégzés súlyos károkat okozhat pszichés oldalon is, az egészségügyi dolgozók számára biztosítani kell a mentálhigiénés támogató szolgáltatásokhoz való ingyenes hozzáférést is.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint április 1-jéig 503 730 megerősített COVID-19 eset volt Európában és 33 617 ezekhez kapcsolódó haláleset.

Iveta Ramonaite, DTI



Új év. Új tudás.

Kezdje 2020-at a legfrissebb és a legfontosabb fogászati információk megszerzésével.

Rendelje meg napi egy kávé árértékéért*:

2020-ban 12 online és 12 print magazinból értesülhet a legfontosabb fejlesztésekről, technológiákról és lehetőségekről.

dental.hu



* éves előfizetési díj: 15.000 Ft, azaz 41 Ft/nap

Amikor a csavarok meglazulnak cement-rögzített implantátumkoronákban

Mi az Ön protokollja, amikor a cementelt fogászati implantátumok koronájában a csavarok meglazulnak? Stacey L. Gividen (DDS) bemutatja az alábbiakban két esetét, valamint néhány saját tapasztalatán alapuló tanácsot is megoszt.

Az elmúlt hónapban két beteg (összesen három implantátum) érkezett hozzám cementelt anterior implant restaurációval, melyek meglazult, ill. kilökődött csavarral rendelkeztek. Mindkét beteg esetében a helyreállító beavatkozást más fogorvos végezte el. Az első kettőt 2005-ben a 8., ill. 9. fogra (Straumann), a második betegnél az implantátumot a 10. fogra, 2003-ban helyezték el (Steri-Oss).

Amikor a csavarok meglazulnak – és szerintem egy bizonyos ponton ez minden esetben megtörténhet – mi a protokoll?

Az aktuális állapotot nem lehet fenntartani, ugyanakkor az implantátum kora miatt nem lehet mást tenni és másból kiindulni, mint amit a beteg mond (vagy néha nem tud megmondani). Ha szerencséje van, felvételeket kérhet szájszészttől és a helyreállítást végző fogorvostól – ez esetben ez egy „ziccer”. Azonban, ha ezek nem érhetők el, helyben kell megtervezni a játék menetét... Ennek ellenére egyszerű kérdések

feltevése révén betekintést nyerhetünk a páciens kórtörténetébe, ami könnyítést jelenthet egy rejtélyesebb, nehezebb helyzetben, vagy kapaszkodót kaphatunk a szituáció megoldásához. A jelenleg tárgyalt páciensek esetében minden volt.

Első beteg

Ez a beteg új volt számomra. Fő panasza az volt, hogy a két első front implantátuma közül az egyik meglazult – tudakolta, hogy meg tudok-e javítani bármit, ami rossz. A 9. fogra mutatott. A radiográfiai vizsgálat implantátumra készített borítókoronát jelzett a 8. és 9. fogon. Klinikailag nem. A 9. minden klinikailag vizsgált irányban mozgatható, a 8-nak is enyhe buccolingualis kitérése volt. Kérdésekre a beteg elmondta, hogy ki volt a sebész. Néhány telefonhívás után kiderítettem, hogy a műtétet végző fogorvos 2005-ben visszavonult, a betegemről készített felvételeket később ki is selejtezték. A szájszészttől ugyan meg tudtam szerezni az implantátumrendszerre vonatkozó információkat, de ennyi volt a maximum.

A nyolcadik fog Straumann vékony kúpos RN (normál nyak), a 9. standard RN volt. Így legalább azt tudhattam, hogy milyen csavarok legyenek kéznél. A meglévő csavarok

elfordultak, újakra volt szükség – ez természetesen annak volt viszont a függvénye, hogy minden más stabil és egészséges-e. A bemeneti nyílás megtalálása volt az igazi trükkös kérdés.

Nagyon nem szerettem volna bemenni és megsemmisíteni a beteg koronáit, ezért megkérdeztem, emlékszik-e bármilyen információra, amelyet a fogorvosa mondott neki az implantátumok helyreállításakor. Azt mondta, hogy „nem akarta becsavarni őket, mert amikor lefelé harapott volna, az alsó fogai beleütöknének a csavarbemenetbe”. Bingó! Egy arany információ! Végre lett egy feltételezhető kiindulási pontom, hogy lingual felől honnan is érjem el a koronákat. Mindannyian tudjuk, nem ritka, hogy a anterior implantátumkoronáknak facialis felől legyen bemeneti nyílása – ez az információ kulcsfontosságú volt.

Többé-kevésbé endodontusként közelítettem a nyílást és szerencsém lett (2. ábra). A külső porcelánréteg gondos eltávolítása után átvághattam a fémét, jöhettem a pamut labdaccsal, majd a csavarfejjel (3. ábra). A koronát eltávolítva enyhe gyulladást észleltem (4. ábra), de egyébként minden rendben volt. Ugyanezt tettem a 9. fog esetében is (5. és 6. ábra). Mindkét koronát új csavarokkal visszahelyeztem 32 Ncm-es nyomatékkal, majd zártam.

A harapást kiértékeltem és beállítottuk, majd a beteget elengedtük.

Második beteg

Ez a beteg négy éve látott engem. Kontroll során felfedeztem, hogy a cementelt implantátumkorona a 10. fogon ismét meglazult – egy kifordult csavar miatt. A beteg nem tartott az implantátum mozgékonyaságától. Mint korábban, most is meg tudtuk szerezni az alkalmazott implantátumrendszer típusára (Steri-Oss) és az behelyezés dátumára (2003) vonatkozó információkat. A helyreállítást végző fogorvos csak annyit tudott nekem mondani, hogy cementelt, a hozzáférési pont-referencia hiányzik – fogalma sincs, hogy facialis, incizialis vagy lingualis.

Három különféle csavart rendeltem, ugyanis nem voltak pontos adatok, információk a specifikációra vonatkozólag. Arra gondoltam, ha meg tudom őrizni a koronát anélkül, hogy újra kellene készíteni, nagy esélyem van arra, hogy cserecsavart alkalmazzak; ha nem, láthatom a pontos helyzetet és megrendelhetem a megfelelő csavart a képviselőtől. A hozzáférési pont ismét a nyelv felé volt szerencsére, a korona integritása totál sértetlen volt. A csavarok az interface összetevő miatt túl rövidek vagy túl szélesek voltak, ezért készítettem egy fényképet (7. ábra), és elküldtem kollégámnak, aki

azonnal rendelni tudott egy megfelelő csavart. Helyzet pipa!

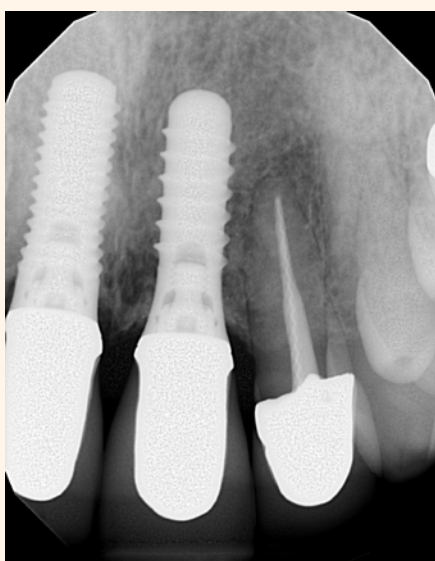
Amiről érdemes beszélni

Sok vita folyt és folyik a csavarozott és cementelt implantátumok előnyeiről és hátrányairól. Elég azt mondani, hogy mindegyiknek megvan a helye és időszaka a fogászatban, de általában véve a csavarral rögzített implantátumok biztosabb megoldások a fenti két esetben is leírt okok miatt – nem is beszélve a cementtöltétsről és az azt követő periimplantitisről.

Nem ez az első eset, amikor kifordult csavarokkal foglalkoztam – és szerintem nem is az utolsó. Kihívást a cement jelent; amíg nincs információ a bemeneti pontokról, azok ismeretlenek. Az utolsó dolog, amit a betegek hallani akarnak, az az, hogy új koronára van szükségük, de sajnos nem tudjuk mindet megmenteni. Az arany szabály az, hogy elmondja a betegeknek a legelején: «Reméljük a legjobbat, de a legrosszabbra tervezzünk.»

Ha egy korona feltétlenül cementelt, a következőket tanácsolom. Húzza fel a fejet, majd készítsen fényképet a korona beragasztása előtt. Ilyen módon, ha Önnek vagy más fogorvosnak a csavarhoz hozzá kell férnie, akkor van egy referenciapontja.

Forrás: www.dentistryiq.com



1. ábra: Műtét előtti elölti feltárás.



2. ábra: Hozzáférés a 8. és 9. koronához a csavarok feltárásával.



3. ábra: Hozzáférés a 8. és 9. koronához a csavarok feltárásával.



4. ábra: A lágyszövet kiértékelése a korona eltávolítása után.



5. ábra: Hozzáférés a 8. és 9. koronához a csavarok feltárásával.



6. ábra: Régi csavar és korona.



7. ábra: A különböző csavarok összehasonlítása a meglévő csavarok illesztésekor.

BC orális patológia, 46. esetbemutató: Amikor a Lemonheads nem működik

Craig Harder (DDS) egy 19 éves nő orális patológiai esetét mutatja be; a páciens panaszai közt volt duzzanat és fájdalom a jobb alsó mandibuláris területen, valamint éles fájdalom a nyelv alatt.

Meghatározás és etiológia

A sialolithiasis a nyálkö képződésének patológiai állapota, mely a nyálmirigy gyulladását és duzzanatát okozza. Leggyakrabban a submandibularis nyálmirigyben és a Wharton-csatorna papillájában jelentkezik. A gl. submandibularis általában sűrűbb, mucinban gazdag nyálat termel egy kivezető csatorna segítségével, mely baktériumokkal könnyen megfertőződik. A betegség leggyakrabban a 30–60 éves férfiakat érinti, dohányosoknál nagyobb az előfordulás kockázata.

Kőképződés

A calculusok vagy sialolitok egy baktériumtelepből alakulnak ki és szervetlen anyagok (kalcium-kar-

bonátok és kalcium-foszfátok) rétegeinek lerakódásával növekednek. A kövek növekedésükkel megakadályozzák a nyál mirigy-kivezető csatornán való továbbhaladását, ami a mirigy duzzanatát eredményezi. Korai stádiumú betegség esetén a kezelések általában antibiotikumokat és sialalogokat, például pilocarpint vagy akár egyszerű citromos cukorkát jelentenek - ilyen a címben említett Lemonheads is. A sialolithiasis előrehaladott esetei elég fájdalmasak – mind a duzzadt mirigytől, mind pedig a fűrészfűlű calculusoktól, melyek megpróbálnak a mirigy-kivezető csatornába jutni. Ilyen szituációkban műtéti beavatkozásra lehet szükség.

Esettanulmány és klinikai vizsgálat

Egy 19 éves nő a klinikánkba érkezett: panaszai duzzanat, valamint a jobb alsó mandibuláris terület és a nyelv alatti éles fájdalom voltak. A vizsgálat duzzadt jobb submandibularis mirigyet, szignifikánsan megnövekedett Wharton-csatorna papillát, valamint a csatorna

belsejében egy körülbelül 4 mm széles calculust tárt fel (1. és 2. ábra).

A beteg kórtörténete

A kórtörténet jelentős volt – leginkább a cisztás fibrózis (CF) miatt. Általában véve a CF a beteg összes biológiai csatornarendszerét befolyásolja, főképp azáltal, hogy lassítja a csatornák motilitását – ez nagyobb kockázatot is jelent a sialolithiasis kialakulásának. A most tárgyalt eset a nő harmadik, kevésbé szignifikáns tüneteket mutató beteg állapota volt.

Differenciáldiagnosztika

A differenciáldiagnosztika – elkülönítendő esetek:

- A submandibularis mirigy akut gyulladása
- Neoplasztikus okok, például a csatorna papillomája, pleomorph adenoma vagy adenoid cysticus carcinoma

Autoimmun betegségek, például a Sjögren-szindróma vagy lupus.

Kezelés

A beteg 500 mg-os amoxicillin kúrát és Lemonheads cukorkát kapott, megnövelte napi vízfogyasztását és megpróbáltuk „masszírozni” a Wharton-vezetékét az elzáródás területén – a mozgás elősegítése érdekében. Az egy héttel későbbi újraértékelésen kevés javulást láttunk, ugyanakkor a kezdeti csatorna-blokk már elmúlt. A beteget egy orr-fül-gégészhez referáltuk, Joseph C. Sniezek-hez, MD-hez – további értékelésre.

Diagnózis és műtét

Dr. Sniezek ultrahangvizsgálat segítségével megerősítette a sialolithiasis diagnózisát, ezért a páciens 1,3 mm átmérőjű sialendoszkópiára jegyezték elő.

A műtét viszonylag egyszerű volt. Öt nyálkővet szétbontottak lézer-sialolitotripsia segítségével (3. és 4. ábra). Mivel a helyzet megismétlődésének kockázata a beteg számára nagy volt, úgy döntöttek, hogy jelentősen kiszélesítik a csatorna végén található papillákat. A Wharton-csatorna 5 mm-es végét kiemel-

ték, tisztították és a helyi szövetbe (5. ábra), ágyazták vissza. A gyógyulás üteme jó volt, bár sok másik calculus is végighaladt a regenerálódó csatornában a felépülés háromhetes időtartama alatt. Az egyéves nyomonkövetés sikeres eredményt mutatott, a mirigy duzzanata nem ismétlődött és szépen meggyógyult a kitágított Wharton-csatorna is a papilla kialakulása mellett (6. ábra).

Vita

A sialolithiasis meglepően fájdalmas lehet a betegségben szenvedők számára. A bemutatott esettel kapcsolatban, különösen, hogy a beteg egyben a lányom is volt, nagy örömmel jelenthetem a műtéti beavatkozás sikerességét!

A műtét utáni első néhány nap szerencsétlen volt és a nyelv végén a nem szándékos kémiai égés (5. ábra) még súlyosabbá tette a fájdalmat. A legtöbb esetet műtét nélkül is meg lehet oldani, ugyanakkor ismétlődő nyálkővek esetén sialendoszkópiában jártas sebész véleményét kell kikérni.

Forrás: www.dentistryiq.com



1. ábra: Betegbemutató.



2. ábra: Duzzadt jobb submandibularis mirigy és a Wharton-csatorna megnagyobbodott papillája.



3. ábra: Lézeres sialolitotripsia a kövek szétbontására. Fotó: MD C. Sniezek, MD. Engedéllyel felhasználva.



4. ábra: Lézeres sialolitotripsia a sialitok szétbontására. Fotó: MD C. Sniezek, MD. Engedéllyel felhasználva.



5. ábra: Műtét - Az izolált Wharton vezetéke a helyi szövetekben és sutura preparálás.



6. ábra: Egyéves nyomonkövetés – gyógyult állapot.

Nem szükséges őssejtátültetés előtt radikális fogászati beavatkozás

A hematopoietikus őssejt-transzplantációt rák, súlyos vér- és autoimmun betegségek kezelésére használják. Az átültetés utáni lassú immunrendszer-helyreállítás miatt a betegek fokozott fertőzésveszély-fogékonyságot mutatnak. Egy nemrégiben készült tanulmány arról számolt be, hogy a transzplantáció előtt megtalálható akut vagy krónikus orális fertőző góccal jelenlétükkel nem befolyásolják a betegek túlélési arányát az eljárás követő hat hónapon belül.

A tanulmányt a Helsinki Egyetem, a Helsinki Egyetemi Kórház, a Bázeli Egyetem és a Bázeli Egyetemi Kórház készítette és a hozzá kapcsolódó méréseket kollégáik végezték. A vizsgálatban a Bázeli Egyetemi Kórházban kezelt betegek szerepeltek, akik közül 341 allogén őssejtátültetést és 125 autológ őssejt-transzplantációt kapott. Az eljárásokat 2008 és 2016 között végezték. A transzplantáció előtt minden beteg klinikai és radiográfiai fogászati vizsgálaton esett át, hogy azonosítsák a fertőzések esetleges fókuszát, valamint a hiányzó és pótoltt fogak számát.

Összesen 51 őssejt-transzplantációs beteg halt meg az eljárás hat hónapja alatt. Az adatok azonban azt mutatták, hogy a fertőzés fókuszai, a hiányzó vagy pótoltt fogak száma és a vizsgálatok során azonosított parodontitisszel rendelkező esetek nem voltak összefüggésben a betegek alacsonyabb túlélési arányával.

„Feltevéseinkkel ellentétben a kezeletlen orális fertőzések nem voltak összefüggésben az őssejtátültetés utáni túléléssel a hat hónapos követési időszakban. Egy másik meglepetés az volt, hogy nincsen direkt kapcsolat a nyomon követési időszakban bekövetkezett súlyos fertőző szövődeményekkel” – mondta prof. Tuomas Waltimo, a bázeli egyetem Biomedicinális Mérnöki Tanszékének egyik vezető oktatója.

„Mindazonáltal, ha a beteg egészsége lehetővé teszi és ha a sebnek elegendő ideje van a gyógyulásra a kemoterápiát megelőzően, az ilyen fertőzések radikális kezelése természetesen indokolt. Ettől eltekintve a konzervatív, nem radikális rákkezelés tűnik a legalsóbb kockázatnak a fertőző és vérző komplikációk szempontjából” – jegyezte meg Waltimo.

Waltimo szerint azonban fontos, hogy a tanulmány eredményei nem alkalmazhatók semmilyen más betegcsoportra, különösen a fej és a nyak rákos eseteire, valamint a szívbillentyűvel vagy protézisizülettel rendelkező betegek esetében sem tanácsos ezt a logikát követni!

A „A fertőzések orális góccinak társulása fertőző szövődeményekkel és a hematopoietikus őssejt-transzplantáció utáni túl-

éléssel” című tanulmányt 2019. december 18-án tették közzé a PLOS ONE folyóiratban.

Dental Tribune International



Egy nemrégiben elvégzett tanulmány eredményei azt sugallják, hogy az akut és krónikus orális fertőzések radikális kezelését el lehet halasztani a hematopoietikus őssejt-transzplantációt követően. (Fotó: Vadym Wedmov/Shutterstock)

hirdetés



Woodpecker nagynyomású plazma légtisztítók Rendelői légtisztítás és légfertőtlenítés

Miért jobb, mint egy hagyományos HEPA szűrővel működő légtisztító?

- 20-40.000 Volt feszültségű ionizációs kamra pusztítja el a baktériumokat és vírusokat 99,9%-ban
- Filtercsere mentes: nincs HEPA szűrő – nem kell szűrőt cserélni - nincs fogyóeszköz költség
- A kollektor csap alatt, vagy mosogatógépben mosható
- Folyamatosan használható a rendelés közben is – csendes működés – nincs káros ion és ózon kibocsátás
- Kiváló légtisztítási teljesítményt nyújt – a Q3 1 óra alatt 340 m³, míg a Q7 1 óra alatt 800 m³ levegőt tisztít át
- Intelligens üzemelés: automatikusan figyeli és beállítja a szükséges energiát a mindenkor levegőminőség alapján

Magyarországon forgalmazza:



sanitaria

1024 Budapest, Rómer Flóris u. 34.
Tel.: (+36-1) 336-0884

Bővebb információ, megrendelés:

Honlap: https://sanitaria.hu/legztisztitas_legfertotlenites
E-mail: shop@sanitaria.hu