

SEKCIJA ORALNIH HIRURGA I ORALNIH
IMPLANTOLOGA SRBIJE



14. SIMPOZIJUM
ORALNIH HIRURGA I
ORALNIH IMPLANTOLOGA SRBIJE

PROGRAM i ZBORNİK APSTRAKATA

Beograd, Sava Centar
24 - 25. novembar 2017. godine

S A D R Ž A J

Pozdravno pismo	4
Odbori Simpozijuma	5
Predavači po pozivu	5
Uputstvo autorima	6
Opšte informacije	7
Naučni program	11
<i>Petak</i>	15
<i>Subota</i>	18
Zbornik apstrakata	19

Poštovane kolegice i kolege,

Čast nam je i veliko zadovoljstvo da Vas u ime Predsedništva Sekcija za oralnu hirurgiju i oralnu implantologiju pozdravimo i poželimo dobrodošlicu na 14. Simpozijumu naših Sekcija koji se i ove godine održava u Sava Centru.

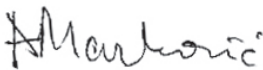
Devet istaknutih inostranih predavača i sedam domaćih izuzetnih stručnjaka diskutovaće o problemima i izazovima savremene oralne hirurgije i implantologije i mogućnostima njihovog prevazilaženja inovativnim zahvatima koji obezbeđuju uspešan ishod terapije u estetskom i funkcionalnom smislu. Program će se odvijati kroz četiri plenarne sesije, sesiju kratkih prezentacija i poster sesiju.

Podršku nam i ove godine pružaju naši verni sponzori koji će prirediti izložbu svojih dobro poznatih proizvoda kao i najnovijih proizvoda sa svetskog tržišta iz oblasti oralne hirurgije i implantologije.

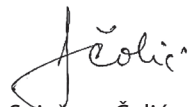
Pored bogatog naučnog programa, druženje je veoma važan deo Simpozijuma zbog čega smo organizovali koktel dobrodošlice.

Skup je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta za akreditaciju kao i prethodnih godina.

U ime Naučnog i Organizacionog odbora,



Prof. dr Aleksa Marković
Za Sekciju oralnih implantologa



Prof. dr Snježana Čolić
Za Sekciju oralnih hirurga

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsednik

Snježana Čolić

Članovi

Bojan Gačić

Bojan Janjić

Tijana Mišić

Miroslav Andrić

NAUČNI ODBOR

Predsednik

Aleksa Marković

Članovi

Radojica Dražić

Ljiljana Stojčev Stajčić

Zoran Lazić

Siniša Mirković

PREDAVAČI PO POZIVU

Anca Delia Vereanu (Rumunija)

Shahar Blachash (Izrael)

Samir Prohić (BiH)

Jörg Neugebauer (Nemačka)

Robert Haas (Austrija)

Attila Horváth (Mađarska)

Matteo Chiapasco (Italija)

Vincent Morgan (SAD)

UPUTSTVO AUTORIMA

Usmene prezentacije

Predavanja u okviru plenarnih sesija od 30 do 90 minuta, kratke prezentacije - 8 minuta.

U sali su obezbeđeni tehnički uslovi za kompjuterske prezentacije. Kompjuterske prezentacije pripremiti u programu MS Power Point i doneti na CD-Romu, USB memoriji ili na ličnom Notebook računaru.

Poster forum

Poster se postavlja 24. novembra 2017. u Sali 1, od 8.00.

Panoi za postere su visine 200cm i širine 95cm.

OPŠTE I TEHNIČKE INFORMACIJE

Mesto održavanja

Sava Centar
Milentija Popovića 9, 11070 Beograd
Sala 1/0

Datum održavanja

24 - 25. novembar 2017. godine

Kotizacija

Učesnici: 5.000,00

**Lekari na specijalističkim i
doktorskim studijama:*** 2.500,00

Studenti: besplatno - potvrda statusa (važeći studentski indeks)
je neophodna

*neophodno je priložiti potvrdu o specijalizaciji

Kotizacija se uplaćuje na račun Sava Centra:

Komercijalna banka, br. računa: 205-232035-55, poziv na broj 5917

Kotizacija uključuje: prisustvo Simpozijumu, sertifikat, program i zbornik apstrakata, kafe pauze, koktel dobrodošlice.

Prilikom registracije obavezno priložiti dokaz o uplati kotizacije.

Registracija učesnika

Registracioni pult kod Svečanog ulaza objekta A

Petak, 24.11. 8.00-17.00

Subota, 25.11. 8.00-15.30

Bedž

Bedž se dobija po uplati kotizacije i obavezan je za prisustvo naučnom programu.

Izložba

Izložba farmaceutskih proizvoda i medicinske opreme će biti otvorena za vreme trajanja naučnog programa u holu Sava Centra.

Izložba: Janko Tejić, tel. 011/220-67-04

Koktel dobrodošlice

Petak, 24. novembar od 12.20 do 13.20 Restoran "Sava" - Sava Centar

NAPOMENA: Bedž Simpozijuma je propusnica za prisustvo koktelu dobrodošlice.

Za učesnike Simpozijuma je obezbeđen simultani prevod.

Sekretarijat Simpozijuma



Aleksandra Jović

Sava Centar, Milentija Popovića 9

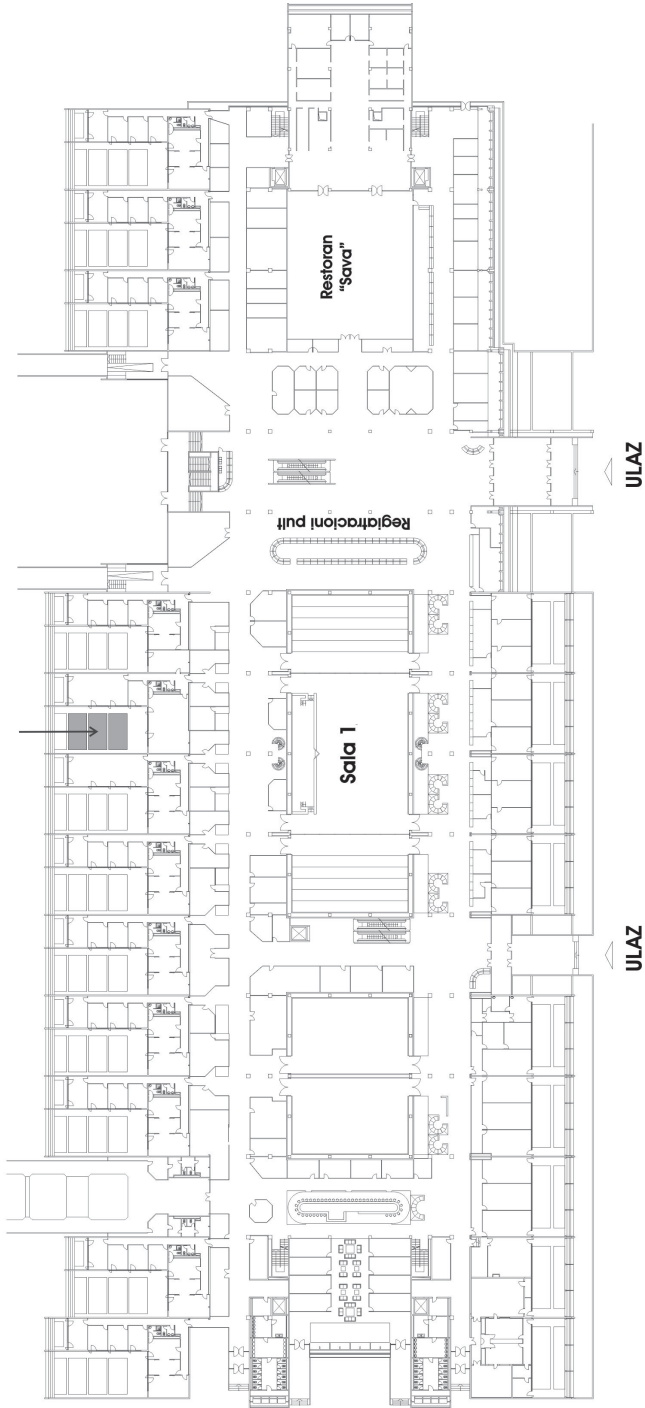
11070 Novi Beograd

Tel: 011/220 67 05

Fax: 011/220 60 81

e-mail: a.jovic@savacentar.net

PLAN SAVA CENTRA



BEOGRAD



Beograd, prestonica Srbije, ima izuzetan geografski položaj. Nalazi se na ušću Save u Dunav. Iznad ušća uzdiže se Kalemegdanska tvrđava koja datira od pre rimskih vremena. Danas je Kalemegdan najlepší park u Beogradu i najznačajniji kulturno-istorijski kompleks. Najstariji urbani deo Beograda, Kosančićev venac, izgrađen je van zidina Kalemegdana.

Današnji Kosančićev venac datira iz 19. veka i obuhvata oblast oko Saborne crkve, Konaka kneginje Ljubice, a tu je i najstarija beogradska kafana - Znak pitanja.

Beograd je danas dinamičan i moderan grad sa uzbudljivim društvenim i kulturnim životom. U samom centru Beograda su Trg Republike, Narodno pozorište i Narodni muzej. Među najznačajnijim simbolima Beograda su spomenik Pobedniku i spomenik knezu Mihajlu, Hram Svetog Save i Saborna Crkva. Uprkos burnoj istoriji Beograd je sačuvao optimizam. Beograd je gostoljubiv i veseo grad a istovremeno neukrotiv - grad koji ćete sigurno zavoleti.

SAVA CENTAR



Sava Centar je najveći kongresni, kulturni i poslovni centar u Srbiji i jedan od najvećih u Evropi, čija delatnost obuhvata organizaciju kongresnih i svih vrsta umetničkih skupova i manifestacija. Predstavlja moderan kompleks smešten u jednom od najboljih delova Beograda, udaljen svega pet minuta od centra grada i 15 minuta od aerodroma Beograd. U njegovoj neposrednoj blizini

nalazi se hotel deluxe kategorije Hyatt Regency.

14. SIMPOZIJUM
ORALNIH HIRURGA I
ORALNIH IMPLANTOLOGA SRBIJE

NAUČNI PROGRAM

Beograd, Sava Centar
24 - 25. novembar 2017. godine

Vreme Petak, 24. Novembar 2017.

08.00 - 17.00 Registracija učesnika

09.00 - 09.15 SVEČANO OTVARANJE**09.15 - 12.20 I SESIJA**09.15 - 09.55 „Implantna rehabilitacija pacijenata
nakon zatvaranja OAK primenom PRF-a“ *Prof. dr Bojan Gačić
(Srbija)*9.55 - 10.30 "Maxillary sinus pathology related to
failed implants" *Doc. dr Anca Delia Vereanu
(Rumunija)*10.30 - 11.05 „Značaj i mesto faktora rasta u
savremenoj regenerativnoj hirurgiji“ *Doc. dr Bojan Jovičić
(Srbija)*11.05 - 11.35 „Expand your possibilities - Atrophy
bone treatment with Ultra- Short
PYRAMID Shape implant“ *Dr Shahar Blachash
(Izrael)*11.35 - 12.15 „Implantološka terapija u estetskoj regiji.
Činjenice i zablude“ *Prof. Samir Prohić
(BiH)***12.20 - 13.20 KOKTEL DOBRODOŠLICE****13.20 - 17.00 II SESIJA**13.20 - 14.00 „Antibiotici u terapiji akutnih
dentogenih infekcija“ *Prof. dr Radojica Dražić
(Srbija)*14.00 - 14.35 „Kompleksni radovi na implantatima“ *Doc. dr Miodrag Šćepanović
(Srbija)*14.35 - 15.15 „Cone beam kompjuterizovana
tomografija u oralnoj hirurgiji i
implantologiji - uticaj na donošenje
odluka u kliničkoj praksi“ *Prof. dr Miroslav Andrić
(Srbija)*15.15 - 15.55 „Periapikalna hirurgija-faktori koji utiču
na uspeh“ *Prof. dr Branislav Bajkin
(Srbija)*15.55 - 16.25 „Apsces mozga kao jedna od komplikacija
odontogenih infekcija“ *Asist. dr Vojislav
Bogosavljević
(Srbija)*16.25 - 17.00 "Short implants- minimally invasive
options in atrophic situations" *Dr Vincent Morgan
(SAD)***17.00 - 17.40 KRATKE PREZENTACIJE I POSTER SESIJA**

Vreme	Subota, 25. Novembar 2017.	
08.00 - 15.30	Registracija učesnika	
09.00 - 11.10	I SESIJA	
09.00 - 09.45	„Angled implant placement to avoid grafting procedures in combination with immediate loading on a reduced number of implants“	<i>Prof. dr Jörg Neugebauer (Nemačka)</i>
9.45 - 10.30	“Elements of advanced surgery in the esthetic zone“	<i>Prof. dr Robert Haas (Austrija)</i>
10.30 - 11.05	„Keratinised mucosa. Does it really matter?“	<i>Doc. dr Attila Horváth (Mađarska)</i>
11.10 -12.30	<i>Pauza</i>	
12.30 - 15.30	II SESIJA	
12.30 - 13.45	„Tips and tricks to manage the difficult sinus lifts with lateral approach“– I part	<i>Prof. dr Matteo Chiapasco (Italija)</i>
13.45 - 14.15	<i>Pauza</i>	
14.15 - 15.30	“Tips and tricks to manage the difficult sinus lifts with lateral approach“– II part	<i>Prof. dr Matteo Chiapasco (Italija)</i>

SVEČANO OTVARANJE
14. SIMPOZIJUMA ORALNIH HIRURGA I
ORALNIH IMPLANTOLOGA SRBIJE

I SESIJA

Predsedavajući: *Aleksa Marković, Snježana Čolić*

09.15	IMPLANTNA REHABILITACIJA PACIJENATA NAKON ZATVARANJA OAK PRIMENOM PRF-A <i>Bojan Gačić (Srbija)</i>	.1
9.55	MAXILLARY SINUS PATHOLOGY RELATED TO FAILED IMPLANTS <i>Anca Delia Vereanu (Rumunija)</i>	.2
10.30	ZNAČAJ I MESTO FAKTORA RASTA U SAVREMENOJ REGENERATIVNOJ HIRURGIJI <i>Bojan Jovičić (Srbija)</i>	.3
11.05	EXPAND YOUR POSSIBILITIES - ATROPHY BONE TREATMENT WITH ULTRA- SHORT PYRAMID SHAPE IMPLANT <i>Shahar Blachash (Izrael)</i>	.4
11.35	IMPLANTOLOŠKA TERAPIJA U ESTETSKOJ REGIJI. ČINJENICE I ZABLUDE <i>Samir Prohić (BiH)</i>	.5
12.20	Pauza	

II SESIJA

Predsedavajući: *Ljiljana Stojčev Stajčić, Dragan Gazivoda*

13.20	ANTIBIOTICI U TERAPIJI AKUTNIH DENTOGENSKIH INFEKCIJA <i>Radojica Dražić (Srbija)</i>	6
14.00	KOMPLEKSNI RADOVI NA IMPLANTATIMA <i>Miodrag Šćepanović (Srbija)</i>	7
14.35	CONE BEAM KOMPJUTERIZOVANA TOMOGRAFIJA U ORALNOJ HIRURGIJI I IMPLANTOLOGIJI - UTICAJ NA DONOŠENJE ODLUKA U KLINIČKOJ PRAKSI <i>Miroslav Andrić (Srbija)</i>	8
15.15	PERIAPIKALNA HIRURGIJA-FAKTORI KOJI UTIČU NA USPEH <i>Branislav Bajkin (Srbija)</i>	9
15.55	APSCES MOZGA KAO JEDNA OD KOMPLIKACIJA ODONTOGENIH INFEKCIJA <i>Vojislav Bogosavljević (Srbija)</i>	10
16.25	SHORT IMPLANTS- MINIMALLY INVASIVE OPTIONS IN ATROPHIC SITUATIONS <i>Vincent Morgan (SAD)</i>	11

KRATKE PREZENTACIJE I POSTER SESIJA

Predsedavajući: Branislav Ilić, Tijana Mišić

- 17.00 SVILENI I POLIPROPILENSKI MATERIJAL ZA ŠAVOVE U ORALNOJ HIRURGIJI – KOLONIZACIJA MIKROORGANIZMIMA, INFLAMATORNA REAKCIJA I KLINIČKE KARAKTERISTIKE**
Dragović M, Pejović M, Stepić J, Dragović S, Nikolić N, Kuzmanović Pfićer J, Čolić S, Milašin J. (Srbija) 17
- 17.08 REZIDUALNA CISTA MOLARNE REGIJE U GORNJOJ VILICI**
Magazin T, Magazin M, Nikolić S. (Srbija). 18
- 17.16 PLATELET-RICH FIBRIN (PRF) U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI: NASTANAK, EVOLUCIJA, PRIMENA**
Donfrid D. (Srbija) 19
- STATISTIČKI PODACI HIPODONCIJE STALNIH ZUBA KOD DECE DO 18 GODINA**
Marjanović A, Dukić V. (Srbija) P20
- REHABILITACIJA ORO-FACIJALNOG SISTEMA KREZUBOG PACIJENTA INDIVIDUALIZIRANOM BIO-HPP SUPRASTRUKTUROM - PRIKAZ SLUČAJA**
Smiljanić Z, Cvetić M, Poštić D.S. (Srbija) P21
- IMPLANTOLOŠKO PROTETSKA REHABILITACIJA PARCIJALNE BIMAKSILARNE BEZUBOSTI KOD MLADOG PACIJENTA – PRIKAZ SLUČAJA**
Bijelić B, Mišić A, Vasović M, Gazivoda D. (Srbija). P22
- KOMPJUTERSKI VOĐENA UGRADNJA IMPLANTATA: SIMPLIFIKOVANI PROTOKOL**
Milinković N, Donfrid D. (Srbija) P23
- PROTETSKI VOĐENA NIVELACIJA ALVEOLARNOG GREBENA GORNJE VILICE**
Šupljeglav I, Branovački A, Ilić B, Šćepanović M. P24

SUBOTA, 25. 11. 2017.

09.00 - 11.10

Sala 1

I SESIJA

Predsedavajući: *Miroslav Andrić, Bojan Gačić*

09.00	ANGLED IMPLANT PLACEMENT TO AVOID GRAFTING PROCEDURES IN COMBINATION WITH IMMEDIATE LOADING ON A REDUCED NUMBER OF IMPLANTS <i>Jörg Neugebauer (Nemačka)</i>	12
9.45	ELEMENTS OF ADVANCED SURGERY IN THE ESTHETIC ZONE <i>Robert Haas (Austrija)</i>	13
10.30	KERATINISED MUCOSA. DOES IT REALLY MATTER? <i>Attila Horváth (Mađarska)</i>	14
11.10	Pauza	

SUBOTA, 25. 11. 2017.

12.30 - 15.30

Sala 1

II SESIJA

Predsedavajući: *Aleksa Marković, Radojica Dražić*

12.30	TIPS AND TRICKS TO MANAGE THE DIFFICULT SINUS LIFTS WITH LATERAL APPROACH- I PART <i>Matteo Chiapasco (Italija)</i>	15
13.45	Pauza	
14.15	TIPS AND TRICKS TO MANAGE THE DIFFICULT SINUS LIFTS WITH LATERAL APPROACH- II PART <i>Matteo Chiapasco (Italija)</i>	16

SEKCIJA ORALNIH HIRURGA I
ORALNIH IMPLANTOLOGA SRBIJE

**ZBORNİK
APSTRAKATA**

Beograd, Sava Centar
24 - 25. novembar 2017. godine

PLENARNA PREDAVANJA

IMPLANTNA REHABILITACIJA PACIJENATA NAKON ZATVARANJA OAK PRIMENOM PRF-A

Prof dr Bojan Gačić, prof dr Ljiljana Stojčev Stajčić, dr Kristina Rebić

Klinika za oralnu hirurgiju, Stomatološki fakultet, Univerzitet Beograd, Srbija

Oroantralne komunikacije predstavljaju najčešću komplikaciju pri ekstrakciji gornjih bočnih zuba. Ova patološka tvorevina mora biti zatvorena zbog prevencije propagacije infekcije iz usne u maksilarnu šupljinu, kao i nastanka oroantralne fistule. Tehnike za zatvaranje oroantralnih komunikacija zavise od mnogobrojnih faktora, ali se pri izboru vodi računa da ona bude minimalno invazivna, jednostavna za izvođenje kao i da se njenom primenom postigne očekivani rezultat.

Fibrin bogat trombocitima je autologi preparat koji se dobija iz venske krvi pacijenta. Sastoji se iz fibrinskog matriksa koji sadrži faktore rasta, leukocite i trombocite koji degranulacijom ispuštaju medijatore i vrše hemotaksu. Sve ćelije koje učestvuju u procesu zarastanja imaju osteokonduktivni i reparatorni potencijal kao i mogućnost diferencijacije. Fibrin bogat trombocitima u postekstrakcionoj rani ima protektivno dejstvo pri stvaranju koaguluma kao i njegovoj integraciji, značajno ubrzava proces zarastanja kao i stvaranje mekih i čvrstih tkiva.

Najsavremenija rehabilitacija mastikatornog kompleksa podrazumeva implantnu terapiju. Obzirom na biokompatibilnost samog implanta kao i njegovih svojstava u pravilnoj distribuciji mastikatornih sila, kod pacijenata sa saniranom OAK primenom PRF-a, upotreba implantne terapije pokazala se kao uspešna usled osteokonduktivnog potencijala PRF i stvaranja novog koštanog tkiva.

Reference:

1. Abubaker. Applied anatomy of the maxillary sinus. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America; 1999. p. 1-13.
2. Petrovic V. TL, Gavric M., Stajcic Z. Maksilarni sinus u hirurgiji maksilofacijalne regije. Beograd.: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva.; 1992.
3. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, et al. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part IV: clinical effects on tissue healing. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Mar;101(3):e56-60. PubMed PMID: 16504852. eng.
4. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, et al. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part V: histologic evaluations of PRF effects on bone allograft maturation in sinus lift. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Mar;101(3):299-303. PubMed PMID: 16504861. eng.
5. Gargari M, Prete V., Pujia A., Ceruso F.M.: Full-arch maxillary rehabilitation fixed on 6 implants. Oral implantol. 2013 Jan-Mar; 6(1) : 1-4.

ZNAČAJ I MESTO FAKTORA RASTA U SAVREMENOJ REGENERATIVNOJ HIRURGIJI

Doc. dr Bojan Jovičić

VMA, Beograd, Srbija

U poslednjoj dekadi, savremena hirurgija je značajno napredovala na polju regeneracije mekog i koštanog tkiva. Relativno ograničena moć obnavljanja periodontalnog i periimplantatnog tkiva je delimično uslovlila i neadekvatnu i nezadovoljavajuća regeneracija tkiva. Zbog toga se uvodi u praksu koncept aktivne regeneracije koji dovodi do razvoja tkivnog inženjeringa i primene faktora rasta kao glavnog nosioca tog koncepta. Faktori rasta kao inicijatori i promoteri regeneracije na ćelijskom nivou, intenziviraju pozitivne efekte primjene hirurške terapije, utičući na fiziološke mehanizme reparacije i regeneracije. Pozitivni efekti se ostvaruju zahvaljujući delovanju faktora rasta na periodontalni ligament kao glavni rezervoar progenitornih ćelija neophodnih za regeneraciju. Kroz menadžment mekog i koštanog tkiva, ukazaćemo na značaj primene faktora rasta i njihovu stvarnu ulogu u regenerativnoj hirurgiji.

IMPLANTOLOŠKA TERAPIJA U ESTETSKOJ REGIJI. ČINJENICE I ZABLUDE

Prof. Samir Prohić,

Klinika za oralnu hirurgiju sa dentalnom implantologijom Stomatološkog fakulteta u Sarajevu, BiH

Prezentacija predstavlja prikaz slučajeva implantološko-protetske rehabilitacije u pacijenata sa ugrađenim dentalnim implantatima u estetskoj regiji. Poseban osvrt prezentacije podrazumijeva tehnike ekstrakcije zuba sa minimalno invazivnim procedurama, metode nadomjestka insuficijentne kosti, te značaj menadžmenta mekih tkiva u periimplantnoj regiji.

Prezentacija se dijelom osvrće na analizu kliničkih studija objavljenih posljednje decenije u najreferentnijim časopisima te kritički osvrt prema metodologiji i dužini opservacionog perioda u navedenim studijama. U isto vrijeme pokušava navesti na zaključak o tome da li su navedeni radovi kvantitativno i kvalitativno dovoljni za definiranje terapijskih pristupa u šarolikim kliničkim situacijama koje viđamo svakodnevno u praksi.

Dugogodišnja praksa u implantološkoj rehabilitaciji pacijenata sa bezubošću estetske regije pokazuje da skoro pa ne postoji terapijski algoritam i da često svaki klinički slučaj treba sagledati individualno sa terapijskim rješenjem koje će zadovoljiti sve veće zahtjeve pacijenata, kako funkcionalno tako i estetski.

ANTIBIOTICI U TERAPIJI AKUTNIH DENTOGENIH INFEKCIJA

Prof dr Radojica Dražić

Klinika za oralnu hirurgiju, Stomatološki fakultet, Univerzitet Beograd, Srbija

Antibiotska terapija predstavlja veoma vaznu dopunu sveukupnoj i hirurškoj terapiji akutnih dentogenih infekcija (ADI).

Intramuskularna primena penicilina u kombinaciji sa metronidazolom se pokazala veoma efikasnom u terapiji ADI koje se leče ambulantno. Pored toga intravenaska primena penicilina se takodje primenjuje u terapiji dentogenih infekcija dubokih prostora glave i vrata koje zahtevaju hospitalno lecenje. Nazalost postoje dokazi da se broj mikroorganizama rezistentnih na beta laktamske antibiotike povecava kod pacijenata koji su u bliskoj proslosti iz bilo kog razloga dobijali ove antibiotike

Oralni penicilini :fenoksimetilpenicilin, ampicilin i amoksicilin se primenjuju u terapiji najcesjih formi ADI.

Makrolidni antibiotici: eritromicin, azitromicin, i klaritromicin se mogu primenjivati kod pacijenata alergičnih na penicilin u terapiji ADI.

Cefalosporini prve, druge, treće i četvrte generacije se mogu primenjivati kao jedini antibiotik ili u kombinaciji sa drugim antibioticima u terapiji najtežih formi ADI. Njihova primena kod pacijenata alergičnih na penicilin je diskutabilna

Klindamicin se moze primenjivati kao inicijalna terapija tezih formi ADI do nalaza antibiograma, u slucajevima alergije i rezistencije na penicilin, ili pak u slucajevima neuspeha prvobitno primenjene inicijalne terapije ADI.

Tetraciklini su bakteriostatici, i u terapiji ADI se retko primenjuju.

U terapiji najtezih ADI kombiuju se vise vrsta antibiotika uz obaveznu primenu hirurških postupaka kao sto su incizija i drenaza.

Antibiotska terapija u ranoj fazi ADI sprečava njeno širenje i nastanak komplikacija. U odmaklim stadijumima ADI antibiotici predstavljaju obavezan deo sveukupne terapije ADI.

Literatura

1. Flynn T. What are the Antibiotics of Choice for Odontogenic Infections, and How Long Should the Treatment Course Last Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America Volume 23, Issue 4, November 2011, Pages 519-536
2. Iwahara K, Kuriyama T, Shimura S, Williams WD, Yanagisawa M, Nakagawa K, Karasawa T. Detection of *cfxA* and *cfxA2*, the β -Lactamase Genes of *Prevotella* spp., in Clinical Samples from Dentoalveolar Infection by Real-Time PCR. Journal of clinical Microbiology Jan. 2006, 172
3. N. Demetriades Odontogenic Infections and the Administration of Appropriate Empirical Antibiotic Therapy as Documented by a 5-Year Retrospective Analysis Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 68, Issue 9, Supplement 1, September 2010

KOMPLEKSNI RADOVI NA IMPLANTATIMA

Doc. dr Miodrag Šćepanović

Klinika za stomatološku protetiku, Stomatološki fakultet, Univerzitet Beograd, Srbija

Kompleksnost izrade protetskog rada na implantatima je vrlo često u korelaciji sa obimom rekonstrukcije i brojem implantata. Pored toga, bitan uticaj na složenost protetskog rada ima postavljena indikacija, tip protetskih komponenti kao i vrsta retiniranja nadoknade na implantatima. Svedoci smo prisustva ogromnog broja mogućih rešenja u implantatnoj protetici po pitanju odabira komponenti, gradivnih materijala i tehnologije izrade. Timski rad stomatološke ordinacije i zubotehničke laboratorije, zajedničko napredovanje u savladavanju novih tehnologija i materijala, sada izgleda važnije nego ikada ranije.

U predavanju će biti opisani protokoli rada u izradi kompleksnih radova na implantatima retiniranih šrafom kao i mobilnih radova retiniranih prečkom. Osim detaljnih prikaza kliničkih slučajeva i planiranja rada, posebna pažnja će biti posvećena postizanju predvidljivosti u radu, kao i analizi grešaka i načinu da se one isprave.

CONE BEAM KOMPJUTERIZOVANA TOMOGRAFIJA U ORALNOJ HIRURGIJI I IMPLANTOLOGIJI – UTICAJ NA DONOŠENJE ODLUKA U KLINIČKOJ PRAKSI

Prof. Dr Miroslav Andrić

Klinika za oralnu hirurgiju, Stomatološki fakultet u Beogradu, Srbija

Cone beam kompjuterizovana tomografija (CBCT) ima sve širu primenu u oralnoj hirurgiji i implantologiji. Ovo je posledica pre svega porasta broja pacijenata kod kojih se nedostajući zubi nadoknađuju ugradnjom endosealnih implantata, ali i činjenice da CBCT kao dijagnostička metoda pruža lekarima mnogo više informacija nego što je to slučaj sa konvencionalnim radiografskim tehnikama.

Bez obzira na stalna tehnička unapređenja dijagnostičkih aparata, ova metoda je ipak povezana sa izlaganjem pacijenata većim dozama zračenja u odnosu na uobičajene metode snimanja. Zbog toga je veoma interesantno analizirati u kojoj meri dodatne informacije koje se dobiju CBCT-om utiču na promenu plana terapije u odnosu na onaj koji se postavi na osnovu konvencionalnih snimaka. Uz to, značajno je analizirati i kakav je klinički značaj identifikacije diskretnih anatomskih detalja, poput neurovaskularnih elemenata u bočnom zidu maksilarnog sinusa ili prednjem segmentu gornje vilice, koji se na standardnim radiografijama ne uočavaju, a mogu se naći u predelu u kome se planira ugradnja implantata.

Najzad, treba skrenuti pažnju i na često nekritičku primenu CBCT i činjenicu da svako dodatno izlaganje pacijenta jonizujućem zračenju treba da bude opravdano analizom potencijalne koristi i rizika od takve procedure.

PERIAPIKALNA HIRURGIJA-FAKTORI KOJI UTIČU NA USPEH

Prof. dr Branislav Bajkin

*Klinika za stomatologiju Vojvodine, Medicinski fakultet Novi Sad,
Univerzitet u Novom Sadu, Srbija*

Terapija hroničnih periapikalnih lezija podrazumeva endodontsko ili hirurško lečenje zuba. Zbog visokog stepena uspeha i manje invazivnosti, endodontski tretman se smatra terapijom izbora u lečenju periapikalnih lezija. U slučaju nepostojanja mogućnosti za adekvatnim lečenjem kanala korena zuba, neuspeha ili komplikacija endodontske terapije, resekcija korena zuba predstavlja jedini način da se zub sačuva i ukloni periapikalna lezija. Pod resekcijom vrha korena zuba podrazumeva se uklanjanje patološke lezije sa vrha korena i potpuna opturacija kanala korena zuba. Faktori od kojih zavisi uspeh intervencije su brojni i uključuju: položaj zuba u vlici, broj korenova i njihovu kanalnu morfologiju, veličinu i tip periapikalne lezije, postojanje endoparodontalne lezije, preoperativno prisustvo simptoma i znakova infekcije, potrebu za retrogradnom opturacijom, prisutvo recidiva nakon prethodne hirurška intervencije i starost pacijenta.

Kao poseban faktor koji utiče na uspeh intervencije može se izdvojiti poštovanje novih principa periapikalne hirurgije zasnovanih na uveličanju, osvetljenju, upotrebi mikrohirurških instrumenata i ultrazvučnih nastavaka za retrogradnu preparaciju i primeni novih, poboljšanih materijala za retrogradnu opturaciju kanala. Ovi novi principi čine osnov moderne apikalne hirurgije koja se često naziva i periapikalnom mikrohirurgijom.

Resekcija vrha korena zuba predstavlja intervenciju sa visokim stepenom uspeha. Novine u hirurškoj tehnici i upotreba biokompatibilnih materijala, kao što su mineral-trioksid agregat (MTA) i Biodentin, čine ovu intervenciju još uspešnijom i olakšavaju pronalaženje i uklanjanje eventualnih razloga neuspeha prethodne intervencije.

APSCES MOZGA KAO JEDNA OD KOMPLIKACIJA ODONTOGENIH INFEKCIJA

Asist. dr Vojislav Bogosavljević

Klinika za neurohirurgiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Životno ugrožavajuće infekcije porekla zuba ili gornjih disajnih puteva, mogu da se prošire u predeo lica, baze mozga ili u cervikalnoj regiji. Komplikacije uključuju opstrukciju disanja, mediastinitis, nekrotizirajući fascitis, trombozu kavernoznog sinusa, sepsu, empijem grudnog koša, Lemierrov sindrom, apsces mozga, apsces orbita i osteomijelitis. Incidenca javljanja navedenih infekcija je značajno smanjena pojavom moderne antibiotske terapije. Ipak ozbiljan morbiditet i smrtni ishod su i dalje prisutni.

Direktno širenje teži da izazove solitarni apsces, dok širenje hematogenim putem najčešće izaziva multiple apscese. Anaerobne bakterije su najčešći uzročnici apscesa mozga nastalog zbog odontogenih infekcija.

Klinička slika obično ima latentni period od nekoliko dana ili nedelja pre nego što se ispolje znaci intrakranijalnih tegoba. Neurološki znaci se javljaju kasnije u zavisnosti od lokacije lezije.

Prvi radiološki znaci apscesa mozga mogu se videti na CT pregledu 2-3 nedelje nakon početka infekcije, a inkapsulirani apsces se uočava 6 nedelja od početka infekcije kao jasan krug koji okružuje centralni nekrotični region.

Lečenje obuhvata hirurški zahvat i antiobitsku terapiju. Odontogeni apsces mozga se najbolje tretira kombinacijom intravenske terapije ceftriaxona i metronidazola.

ANGLED IMPLANT PLACEMENT TO AVOID GRAFTING PROCEDURES IN COMBINATION WITH IMMEDIATE LOADING ON A REDUCED NUMBER OF IMPLANTS

Priv.-Doz. Dr. J. Neugebauer, Germany

Parodontal compromised patients refuse dental treatment, due to the fear of removable and uncomfortable prosthetic reconstruction. Also the proposed grafting techniques resulting in unknown post-operative discomfort.

The placement of implants for fixed restorations without grafting procedures, requires a detailed preoperative planning and the possibility to reduce the risk of complication especially for immediate implant placement. Immediate loading with tilted implants requires components, which are optimized for angulated implant treatment.

In the last years clinical experience has shown that the adjunctive treatment with the antimicrobial photodynamic treatment reduces significantly the risk of wound healing disturbances. Immediate loading in the combination with three-dimensional planning and prefabricated components is possible directly after surgery and is the prerequisite for a long-term stable restoration. Comprehensive augmentation procedures are not necessary, which results in a very high patient acceptance, due to the reduced surgical efforts.

The SKY fast & fixed-System in combination with the Helbo-Disinfections shows a reliable procedure for the edentulous or nearly edentulous patient in the mandible and maxilla with a fixed implant borne superstructure.

ELEMENTS OF ADVANCED SURGERY IN THE ESTHETIC ZONE

Prof. dr Robert Haas, Austria

In order to get an optimal result especially in aesthetically demanding situations, there are some key factors that have to be strictly followed:

- the position of the implant
- the smallest surgical procedure that may be chosen
- the preservation of the soft tissue as it was present before the extraction and implant placement
- the immediate fixed restoration whenever possible and
- an implant system that provides optimal support for long term osseointegration

Of no importance is

- the biotype of the patient's gum.
- the alignment of the implant in the bone in relation to the occlusal plane
- the presence or absence of an intact buccal lamella

The presentation will focus on the topics mentioned above and will be based on the experience of more than 15.000 placed implants during the last 14 years. Moreover scientific background supporting the statements mentioned above will be presented based mostly on own research.

The results will be presented with special focus on the Astra Tech Implant System TX in order to enable the participants of the symposium to immediately transfer the key factors of implant treatment in aesthetically demanding situations into the routine of daily practice.

SHORT IMPLANTS- MINIMALLY INVASIVE OPTIONS IN ATROPHIC SITUATIONS

Dr Vincent Morgan, USA

In 2016 Guideline for Update on short, angulated and diameter-reduced implants-from 11th European Consensus Conference (EuCC) 2016 in Cologne there are provided the specific treatment parameters observed, the use of short, angulated or diameter-reduced implants in sites with reduced bone volume can be a reliable treatment option, given the risks associated with the use of standard-dimension implants in combination with augmentation procedures. The implant surgeon and the restorative dentist must have appropriate training to choose the best possible therapy for each patient.

According to Oikarinen and all 62% of population older then 65 years have less then 6mm bone in maxilla and 50% of population older then 65 years have less then 6mm bone in mandible. Implants are usually referred to as short if their designed intrabony length measures ≤ 8 mm with diameters ≥ 3.75 mm. Standard implants are considered to be those with lengths > 8 mm and diameters ≥ 3.75 mm. "Ultra-short" implants are considered to be those with lengths less than 6 mm. The clinical reality is that many potential implant patients have limited bone height. When placing longer implants, the maxillary sinus and inferior alveolar nerve often present risks. Although bone grafting procedures help alleviate these risks, patients may still avoid treatment because of the financial costs and time for grafting procedures. Additionally, bone grafting procedures have their own inherent risks and morbidities — which patients often find unacceptable.

Bicon SHORT® Implants afford simpler and consistently more predictable treatments, which can significantly increase a patient's acceptance of implant treatment. The Bicon SHORT® Implant is an example of a time proven geometric design that successfully transfers the occlusal forces on its prosthesis to its surrounding bone by appropriately integrating the following features: a bacterially-sealed, 1.5 degree locking taper abutment to implant connection and a sub-crestally placed, sloping shouldered implant with a plateaued tapered root form body.

Additionally, these integrated features not only compensate for the implant's ankylosed nature by successfully transforming occlusal forces to acceptable strains within the bone, they also provide for healthy and gingivally aesthetic peri-implant tissues, as well as for the callus formation of cortical like bone with central vascular systems. More importantly, the entirety of this design offers the patient and clinician alike the ability to place an implant in edentulous sites where there is minimal bone height, thus not only avoiding the costs and morbidity of bone grafting procedures, but also the costs of just not being able to place an implant.

KERATINISED MUCOSA. DOES IT REALLY MATTER?

Doc. Dr Horváth Attila, Hungary

There are still various pieces of evidence in the literature on the importance of keratinised gingiva and peri-implant mucosa. In addition, the presence/absence of attached mucosa often colours the picture. The lecture is going to answer the above question by giving an overview of the current literature with numerous clinical cases. Furthermore, handy recommendation of reconstructing the keratinised tissue in the daily practice will also be presented.

TIPS AND TRICKS TO MANAGE THE DIFFICULT SINUS LIFTS WITH LATERAL APPROACH

Prof. dr Matteo Chiapasco, Italy

Sinus grafting with a lateral approach has become a very well documented and predictable procedure to increase bone volumes in the posterior maxilla whenever the maxillary sinus is expanded and the residual alveolar bone is insufficient to host implants.

However, there are some peculiar clinical conditions, such as the presence of :
a) relevant atrophy associated to sinus expansion; b) large alveolar-antral arteries interfering with sinus lift; c) sequelae of previous attempts of sinus grafting such as chronic sinusitis or scarry tissues; d) large antral pseudocysts which may interfere with sinus grafting.

Aim of this lecture is to present rational protocols and surgical tips and tricks to overcome these "obstacles".

**KRATKE PREZENTACIJE I
POSTER SESIJA**

SVILENI I POLIPROPILENSKI MATERIJAL ZA ŠAVOVE U ORALNOJ HIRURGIJI – KOLONIZACIJA MIKROORGANIZMIMA, INFLAMATORNA REAKCIJA I KLINIČKE KARAKTERISTIKE

Miroslav Dragović¹, Marko Pejović¹, Jelena Stepić¹, Svetlana Dragović²,
Nadja Nikolić², Jovana Kuzmanović Pfićer³, Snježana Čolić¹, Jelena Milašin²

¹Klinika za oralnu hirurgiju, Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija;

²Odeljenje za humanu genetiku, Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija;

³Odeljenje za medicinsku statistiku i informatiku, Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Uvod/Cilj Cilj ove studije bio je poređenje svilenog i polipropilenskog konca u pogledu prijemčivosti za bakterije, stepena inflamatorne reakcije koju izaziva u tkivu i kliničkih karakteristika uključujući uticaj na zarastanje mekog tkiva u usnoj duplji.

Metodi U studiju je bilo uključeno 10 zdravih ispitanika kod kojih je bilo indikovano hirurško vađenje umnjaka. Gornji i donji umnjak sa jedne strane izvađeni su istovremeno, a rane su ušivene različitim koncima (jedan monofilamentni i jedan multifilamentni). Kvantifikacija bakterija na uzorcima konaca koji su uklonjeni sedam dana posle operacije urađena je metodom lančane reakcije polimeraze u realnom vremenu (Real-time PCR). Oralni hirurg je uz pomoć Vizuelno Analogne Skale (VAS) ocenjivao lakoću intraoperativnog rukovanja kao i lakoću uklanjanja konaca. Za procenu kvaliteta zarastanja mekog tkiva korišćen je indeks po Landriju. Stepenn inflamatorne reakcije koju konac izaziva u tkivu procenjivan je histološki na osnovu broja inflamatornih ćelija oko konca.

Rezultati Statistički značajno veća količina bakterija pronađena je na svim uzorcima svilenog konca u poređenju sa polipropilenskim koncem ($P = 0,005^*$). Polipropilenski konac se pokazao značajno lakšim za intraoperativno rukovanje u odnosu na svileni konac ($P = 0,005^*$). Takođe, zarastanje mekog tkiva je bilo značajno uspešnije oko polipropilenskog konca nego oko svilenog konca 3. i 7. dana postoperativno ($P = 0,016^*$). Neprijatnost zbog prisustva konaca bila je veća kod primene polipropilenskog konca u odnosu na svileni konac, ali bez statistički značajne razlike. Broje ćelija zapaljenja bio je statistički značajno manji na uzorcima polipropilenskog konca u poređenju sa svilenim koncem ($p=0,005^*$).

Zaključak Polipropilenski konac je u odnosu na svileni konac pokazao ne samo značajno manju prijemčivost za bakterije, već i bolje kliničke karakteristike uključujući i bolje zarastanje mekog tkiva. Pored toga, polipropilenski konac pokazao je značajno manju zapaljensku reakciju.

REZIDUALNA CISTA MOLARNE REGIJE U GORNJOJ VILICI

Tihomir Magazin, Mihajlo Magazin, Slobodan Nikolić

Stomatološka ordinacija „CANINUS,, Beograd, Srbija

Uvod: REZIDUALNE ciste su veoma česta pojava u viličnoj patologiji. Prema klasifikaciji cista (WHO 1991) spadaju u EPITELNE INFLAMATORNE RADIKULARNE CISTE. Dalje se dele na APIKALNE i LATERALNE i REZIDUALNE. Posledica su uglavnom nedovoljno dobro obrađene postekstrakcione rane, tj. zanemarivanja radiografije i njenog ispravnog očitavanja. Neuočavanje primarne periapikalne lezije na zubu koji je planiran za ekstrakciju, te neurađene kiretaže postekstrakcione alveole i detaljnog debridmana rane u pravilu kao nuz pojavu ima jedan oblik rezidue (cystis residualis).

Cilj: Ukazati na površnost rada u svakodnevnoj stomatohirurškoj praksi kako bi se izbegle neželjene posledice koje iziskuju mnogo komplikovanije intervencije i procedure u daljem lečenju našim nemarom izazvane patologije.

Metodologija: Pacijent (M) starosti 57 godina javlja se polivalentnom stomatologu zbog granulomatozne promene na delu bezubog grebena gornje vilice u projekciji palatinalnog korena zuba 26 gde ja ekstrakcija urađena pre oko 30 godina. Upućen je oralnom hirurgu sa dentoalveolarnim Rtg-snimkom. Nakon kliničkog pregleda gde se uočava gnojno-hemoragična drenaža iz granulomatozne lezije uputi se na „3D,, – CONE BEAM CT Tehniku snimanja maksille. Prikazom preseka iz tri ravni: aksijalni, koronarni i sagitalni uočava se difuzan prostor slabijeg rasvetljenja koji seže do poda maksilarnog sinusa te do aproksimalnih strana korenova susednih zuba. Radiografski je ustanovljeno da perzistira impaktirani umnjak tj. 28. Terapija rezidualne ciste je hirurška kao što će se hirurškim putem ukloniti i impaktirani umnjak. Nakon ekscizije i incizije za transpozicioni mukoperiostalni režanj uradi se cistektomija i ekstrakcija zuba 28.

Postavljen je zamenik za kost: Beta – Tricalciumphosphate + Collagen u koštane defekte. Graft se prekriva Collagen membranom, vrši se deperiostiranje mukoperiostalnog režnja i na taj način zatvaramo koštani i mekotkivni defekt. Suture uklanjamo deveti dan po intervenciji. U prikazanom slučaju nije postojala ORO – ANTRALNA komunikacija što je olakšalo postupak rada, a u većini slučajeva rezidualne ciste zbog hronične inflamacije prouzrokuju O – A komunikaciju.

Rezultati i Zaključak: Obzirom da je hronicitet rezidualne inflamirane ciste uništio mnogo koštane mase viličnog grebena u regiji 26 kao i perzistencija impaktiranog zuba 28 ovaj provedeni terapijski postupak dao je odlične rezultate u smislu regeneracije kosti a samim tim je sačuvan zub 27 koji je pre intervencije imao izvestan stepen klimavosti.

PLATELET-RICH FIBRIN (PRF) U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI: NASTANAK, EVOLUCIJA, PRIMENA

Dr Dejan Donfrid

Stomatološka ordinacija ORTO, Beograd, Srbija

Platelet-rich Fibrin (prev. fibrin bogat trombocitima), skraćeno PRF, naziv je metode za proizvodnju i kliničku primenu autoloških koncentrovanih faktora rasta u stomatološkoj praksi.

Iako je ova tehnika razvijena i prvi put publikovana pre više od 16 godina, od strane francuskog lekara i naučnika Dr Joseph Choukroun-a, mnogi kliničari svoja prva saznanja o ovoj "novoj" metodi stekli su tek nedavno.

Skoro dve decenije proteklo je u znaku borbe za dokazivanje bezbednosti metode, vrednosti njene primene, odbrane od suparnika i plagijatora. Međutim, autori PRF metode na svako osporavanje odgovarali su isključivo usavršavanjem i unapređivanjem protokola, kao i proširivanjem mogućnosti njegove primene u stomatološkoj praksi.

U poslednjih 5 godina brojni autori u in vitro, in vivo i kliničkim studijama na pacijentima pokazali su brojne benefite primene PRF metode, ali i dalje postoje stanovišta koja minimalizuju i diskredituju dokazane rezultate. Ova opovrgavanja posledica su najčešće nepoznavanja osnova protokola ali i primene brojnih improvizacija, kako u načinu dobijanja tako i u načinima kliničke primene.

U prezentaciji će, nakon kratkog osvrtu na istorijat primene faktora rasta u stomatologiji, kroz prikaz literaturnih podataka i kliničkih slučajeva biti objašnjene biološke osnove na kojima se zasniva PRF metoda, kao i načini pravilnog dobijanja i primene različitih proizvoda PRF protokola u oralno-hirurškim, parodontološkim i implantološkim procedurama.

STATISTIČKI PODACI HIPODONCIJE STALNIH ZUBA KOD DECE DO 18 GODINA

Dr.spec. Aleksandra Marjanović, dr.spec. Vanja Dukić

DZ "Voždovac", Beograd, Srbija

Cilj: Blagovremeno otkrivanje i rešavanje slučajeva hipodoncije stalnih zuba kod dece uzrasta do 18 godina, zajedničkom saradnjom dečijeg stomatologa, ortodonta, protetičara i zubnog tehničara.

Metodologija: Istraživala sam na uzorku od 350 kartona dece uzrasta do 18 godina poslatih na ortopedsku terapiju u vremenu od 2013. do 2016. na teritoriji opštine Voždovac. Evidentirano je 14-oro dece, od toga 5 dečaka i 9 devojčica sa hipodoncijom 33 zuba.

- Hipodoncija gornjih lateralnih sekutića kod 7-oro dece i jedno sa nedostatkom donjih lateralnih sekutića.
- Hipodoncija gornjih drugih prekmolara kod 4-oro dece.
- Hipodoncija više zuba kod dvoje dece.

Rezultat rada: Od 14-oro dece kod 5-oro dece je završena terapija (deca sa nedostatkom gornjih lateralnih sekutića) kod ostalih pacijenata idemo ka želenom cilju, tako što kod nekih čuvamo ili pravimo prostor za kasnije protetsko zbrinjavanje. A kod nekih još uvek usmeravamo rast zuba ortodontskim aparatom.

Zaključak: U cilju sprečavanja većih ortodontskih anomalija i očuvanja kako estetike tako i funkcije, potreban je dobar timski rad izabranog stomatologa i ortodonta uz saradnju roditelja i deteta.

REHABILITACIJA ORO-FACIJALNOG SISTEMA KREZUBOG PACIJENTA INDIVIDUALIZIRANOM BIO-HPP SUPRASTRUKTUROM - PRIKAZ SLUČAJA

Zaviša Smiljanić¹, Marko Cvetić², Srđan D. Poštić³

¹STADDENTAL, Privatna stomatološka ordinacija, Negotin, Srbija

²Cvetić-Lab, Privatna zubna laboratorija

³Klinika za stomatološku protetiku, Stomatološki fakultet u Beogradu, Univerzitet u Beogradu, Srbija

Uvod. Bezubost u gornjoj vilici može biti sanirana izradom pojedinačne i za posmatranog pacijenta oblikovane suprastrukture na implantima.

Cilj ove studije je bio da prikaže postupke u rehabilitovanju bezube gornje vilice implantima i odgovarajuće planiranom i izrađenom suprastrukturuom.

Prikaz slučaja. Na osnovu prečnika odabranih implanta, ukupno 4 zamenika implanta su učvršćeni na odgovarajućoj vertikalnoj dimenziji u bezuboj vilici pacijenta PS, starog 64 god. Pojedinačni abatmenti (nosači) su izrađeni pomoću 2 uređaja za presovanje. Posle ekstrahovanja svih zuba iz gornje vilice, 4 pojedinačna implanta (Implants Direct - Swish+™ Tissue-Level Implants, USA) sa paralelno orijentisanim vertikalnim osovinama i dovoljnom primarnom retencijom su ugrađeni u alveolarnu kost gornje vilice. Manji kostni defekti su popunjeni. Pojedinačni abatmenti su ugrađeni neposredno po ugradnji cilindričnih implanta uz minorna prilagođavanja mekim tkivima. Skeniran oblik suprastrukture od voska je skeniran i zatim je izrađena suprastruktura od Bio-HPP (Bredent, Germany). Biokompatibilna i inertna svojstva Bio-HPP materijala su sprečila bilo kakvu interakciju sa drugim okolnim materijalima. Suprastruktura je izrađena tako de je moguće jednostavno postaviti, a takođe i odvojiti od nosećih površina u ustima pacijenta.

Zaključak. Estetika i funkcije stomatognatog sistema pacijenta su rehabilitovane i ostvarene postavljanjem odgovarajuće suprastrukture u bezuboj gornjoj vilici pacijenta. Okluzija je rehabilitovana izrađenom Bio-HPP suprastrukturuom u gornjoj vilici i akrilatnom parcijalnom protezom u krezuboj donjoj vilici. Površine suprastrukture od Bio-HPP nisu vršile trauma na meka tkiva i gingivu, ostvarujući neophodne osnovne uslove za postizanje vrhunске estetike u posmatranom pojedinačnom slučaju.

IMPLANTOLOŠKO PROTETSKA REHABILITACIJA PARCIJALNE BIMAKSILARNE BEZUBOSTI KOD MLADOG PACIJENTA – PRIKAZ SLUČAJA

Borivoj Bijelić¹, Aleksandra Mišić¹, Miroslav Vasović¹, Dragan Gazivoda^{1,2}

¹ *Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, Srbija*

² *Vojno medicinska akademija, Klinika za stomatologiju, Odeljenje za oralnu hirurgiju, Beograd, Srbija*

Parcijalna bezubost kod mladih pacijenata predstavlja izazov jer zahteva kompleksnu stomatološku rehabilitaciju, a naročito kada je zbog potrebe za što bržim protetskim zbrinjavanjem neophodno izvršiti augmentaciju alveolarnih grebenova, ugradnju implantata i obezbediti adekvatne estetske i funkcionalne zahteve.

Pacijent muškog pola, star 27 godina, javlja se sa prisutnim gangrenoznim zubima, periapikalnim lezijama i narušenom vertikalnom dimenzijom okluzije u bočnim segmentima vilica. U jednom aktu izvršena je ekstrakcija zuba 16, 15, 14, 37, 36, 47, 46 i 45, kiretaža periapikalnih procesa i imedijatna ugradnja implantata odgovarajućih dimenzija (BioHorizons, Laser-Lok) u regijama 16, 14, 37, 35, 34 i 45. Nakon vađenja zuba 46 izvršena je augmentacija alveolarnog grebena zamenikom za kost (Geistlich Bio-Oss®) i membranom (Geistlich Bio-Gide®), ali je zbog nezadovoljavajućih dimenzija i kvaliteta kosti implantacija odložena za 6 meseci. Istovremeno, korektivnim procedurama na mekotkivnim strukturama i koštanom tkivu povećano je interalveolarno rastojanje.

Nakon perioda oseointegracije od 3 meseca, izvršena je definitivna protetska rekonstrukcija bočnih segmenata maksile izradom metalokeramičkog mosta u regiji zuba 27-24 i metalokeramičkog mosta na implantatnim suprastrukturama 16-14. U donjoj vilici izrađen je metalokeramički most čiji su nosači implantati postavljeni u regiji zuba 37, 35 i 34, dok je definitivno protetsko rešenje za donji desni segment mandibule odloženo do ugradnje implantata u regiji 47.

Prikaz slučaja demonstrira mogućnost uspešne implantološko protetske rehabilitacije u uslovima narušene vertikalne dimenzije okluzije, prisustva periapikalnih lezija i potrebe da se definitivna protetska sanacija izvrši u što kraćem roku.

KOMPJUTERSKI VOĐENA UGRADNJA IMPLANTATA: SIMPLIFIKOVANI PROTOKOL

Nenad Milinković¹, Dejan Donfrid²

¹*Dental SM, Beograd, Srbija*

²*Stomatološka ordinacija ORTO, Beograd, Srbija*

U savremenoj implantologiji termin “neuspeh” sve ređe se odnosi na samu oseointegraciju, sve češće na implantate koji sa biološkog i estetskog aspekta ne zadovoljavaju trenutne standarde prakse. Jedan od bitnijih uzroka neuspeha je ljudski faktor, odnosno neadekvatno pozicioniranje implantata.

Cilj: Prikazati kompjutersko planiranje i način izrade hirurških stentova za vođenu ugradnju dentalnih implantata, kao i rezultate njihove primene u sklopu minimalno invazivnih hirurških protokola.

Materijal i metod: U više od 40 slučajeva, CBCT i SLA reprodukcije operativne regije su u specijalizovanom programu (Implant Studio, 3Shape) upotrebljene za planiranje i virtuelnu ugradnju jednog ili više implantata. U istom programu izvršen je dizajn hirurških vodiča za ugradnju implantata, koji su zatim štampani 3D printerom visoke rezolucije (Form2, FormLabs). Ugradnja implantata, različitih proizvođača, sprovedena je u svakom od slučajeva primenom minimalno invazivnog flapless protokola. U slučajevima imedijatne ugradnje u ekstrakcionu alveolu, preostali prostor augmentiran je primenom A-PRF+ protokola.

Rezultati: Faze planiranja i izrade vodiča sprovedene su bez teškoća, kao i sama hirurška faza. Upoređivanjem virtuelne postavke i postoperativnih radiografija pokazano je da se primenom hirurških vodiča, dobijenih na opisani način, predvidljivo postiže željena pozicija implantata u sve tri dimenzije. Radiografske i analize estetskih rezultata terapije, 3-12 meseci nakon protetske rehabilitacije, pokazale su stabilnost periimplantnih tkiva.

Zaključak: Razvoj lakih za primenu, ekonomski pristupačnih, nezavisnih sistema za kompjuterski vođenu ugradnju implantata od presudnog je značaja za dalju popularizaciju ovog modaliteta terapije, koji predstavlja veoma korisno oruđe za praktičare naročito u slučaju nepovoljnih anatomskih situacija.

PROTETSKI VOĐENA NIVELACIJA ALVEOLARNOG GREBENA GORNJE VILICE

dr I.Šupljeglav, dr A.Branovački, assist.dr B.Ilić, Doc.dr M.Šćepanović

Klinika za oralnu hirurgiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu

Neravnine i oštre koštane ivice nastale neujednačenom resorpcijom kosti ili kao posledica ekstrakcija zuba mogu predstavljati smetnju za retenciju proteze ili stvarati nelagodu prilikom njenog nošenja. Korektivni hirurški zahvati na mekom i koštanom tkivu imaju za cilj da pripreme ležište buduće protetske nadoknade.

Pacijentkinja starosti 66 godina upućena je sa Klinike za stomatološku protetiku fakulteta u Beogradu radi nivelacije gornjoviličnog alveolarnog grebena. Specijalista stomatološke protetike je nakon radiranja gipsanog modela bezube gornje vilice na željenu dimenziju, napravio silikonski ključ koji je iskorišćen kao hirurški vodič.

Upotrebom silikonskog ključa oralni hirurg dobija veći broj informacija o obimu i budućem „proizvodu“ hirurške nivelacije. Ipak, upotrebu silikonskog ključa u ove svrhe treba uzeti sa dozom rezerve, s'obzirom na to da je on izrađen na gipsanom modelu koji nije ekvivalent potornih koštanih struktura (usled različite debljine mukogingivalnog fundamenta).

INDEX AUTORA I KOAUTORA

Andrić M.	8	Kuzmanović Pfićer J.	17
Bajkin B..	9	Magazin M.	18
Bijelić B.	P22	Magazin T.	18
Blachash S.	4	Marjanović A.	P20
Bogosavljević V.	10	Milašin J.	17
Branovački A	P24	Milinković N.	P23
Chiapasco M.	15, 16	Mišić A.	P22
Čolić S.	17	Morgan V.	11
Cvetić M.	P21	Neugebauer J.	12
Delia Vereanu A..	2	Nikolić N.	17
Donfrid D.	19, P23	Nikolić S.	18
Dragović M..	17	Pejović M.	17
Dragović S.	17	Poštić D.S.	P21
Dražić R..	6	Prohić S..	5
Dukić V.	P20	Šćepanović M.	7, P24
Gačić B.	1	Šupljeglav I	P24
Gazivoda D.	P22	Smiljanić Z.	P21
Haas R.	13	Stepić J..	17
Horváth A.	14	Vasović M.	P22
Ilić B.	P24		
Jovičić B.	3		

