

neu!

4 Fortbildungspunkte

implantate und sinus maxillaris

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationkurs für HNO-Ärzte, MKG-Chirurgen und Implantologen

| Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin |
| Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin |



inkl. DVD



SCAN MICH

Programm Kursreihe 2012 „implantate und sinus maxillaris“

QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z. B. mithilfe des Readers i-nigma)

Kursinhalte

Implantate und Sinus maxillaris – HNO (Theorie und praktische Demonstration)

- | Anatomie der Kieferhöhle
- | Die periimplantologischen endoskopischen Wege zum Cavum maxillae
 - a supratorbinal
 - b infratorbinal
 - c prälacrimale oder vordere Fontanelle mit intracavitären Operationsschritten
 - d Abtragen von Zysten
 - e Reposition von Blow-out-Frakturen
 - f Aufrichten von Mittelgesichtsfrakturen
- | Interdisziplinäre anatomische Demonstration
- | Instrumentenkunde

Implantate und Sinus maxillaris – Implantologie (Theorie und praktische Demonstration)

- | Bedeutung der Kieferhöhle aus zahnärztlicher Sicht
- | Möglichkeiten der zahnärztlichen Diagnostik im Grenzbereich zur HNO
- | Zahnärztliche Chirurgie an Alveolarfortsatz und Kieferhöhle
- | Der Sinuslift und Knochenaufbau am Kieferhöhlenboden (div. Techniken)
- | Komplikationen bei Eingriffen im Bereich der Kieferhöhle

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Implantate und Sinus maxillaris“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 25,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt Stand: 09.02.2012



Termine 2012

HAUPTKONGRESS

01.06.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Nord Rostock-Warnemünde	Ostseekongress/5. Norddeutsche Implantologietage
07.09.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
02.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage
30.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Süd Baden-Baden	2. Baden-Badener Implantologietage

Anmeldeformular per Fax an **0341 48474-390** oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „implantate und sinus maxillaris“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- NORD** 01.06.2012 | Rostock-Warnemünde **OST** 07.09.2012 | Leipzig **WEST** 02.11.2012 | Essen **SÜD** 30.11.2012 | Baden-Baden
- Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Unterschrift

E-Mail

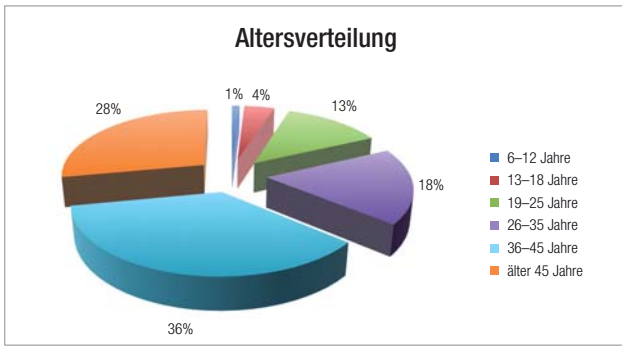


Abb. 3: Verteilung nach Altersgruppen, gesamt = 101 (€ 100 %), (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010).

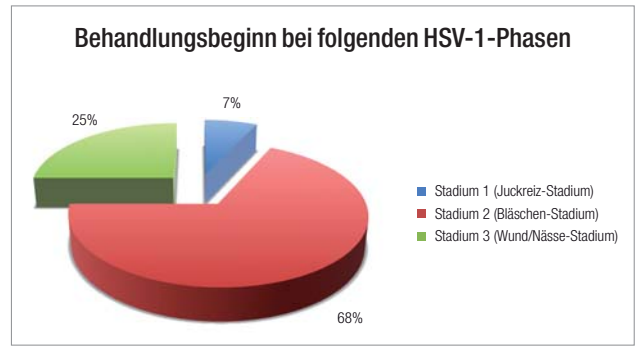


Abb. 4: Behandlungsbeginn gesamt = 101 (€ 100 %), (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010).

wurde in der Berechnung nicht berücksichtigt und auch in der Behandlung vernachlässigt, d.h. der Faserabstand zur Hautoberfläche bezog sich auf die gesunden Hautrandbereiche der Effloreszenz. Das ödematös veränderte Gewebe und die erhabenen Papeln und Vesikel blieben im Abstand zur Hautoberfläche unberücksichtigt. Die Faserführung erfolgte senkrecht zur Hautoberfläche. Die Laserbehandlung begann im gesunden Randbereich und verlief dann mit kreisförmigen Bewegungen zum Zentrum der Hauteffloreszenz. Die Patienten wurden wie folgt aufgeklärt:

1. Keine Berührung der Wunde.
2. Desinfektion der Hände.
3. Dexpanthenol-Salbe bei trockenen Lippen, Auftragung mittels Wattestäbchen.
4. Verwerfen aller bislang angewendeten Kosmetika und sonstiger Utensilien, welche direkt mit der Infektion in Kontakt gekommen sind.

Datenerhebung

In der Gesamtheit der untersuchten Patienten entfallen 88 % (89 Patientinnen) auf das weibliche und 12 % (12 Patienten) auf das männliche Geschlecht (Abb. 2). Die These, dass Frauen häufiger die HSV-1-Symptomatik als Männer zeigen, wird durch die Fallzahl erst einmal bestätigt. Sie bleibt jedoch durch alleinige Auswertung dieser Anwendungsbeobachtung unbelegt. Die Altersverteilung der einbezogenen Patienten im Untersuchungszeitraum zeigt, dass der HSV-1-Infektion in jedem Alter auftreten kann (Abb. 3). Es wird hier-

bei nicht unterschieden, ob es sich um Patienten mit einer Erstinfektion oder um Patienten mit einem Rezidiv handelt.

Die größte Gruppe der behandelten Patienten mit 95 % bildeten die älter als 18-Jährigen. Dies ist nicht verwunderlich, da die HSV-1-Infektion eine persistierende Infektion ist, die Triggerfaktoren für ein Rezidiv benötigt (Gross et al. 2003). Diese äußeren Einflüsse, wie zum Beispiel Sonneneinstrahlung und Stress, sind in der Regel im Erwachsenenalter manifestiert. Des Weiteren darf nicht unbeachtet bleiben, dass die Form meiner Datenerhebung die Kleinkinder nicht erreicht haben dürfte. Der Behandlungsbeginn umfasste die Herpes-Stadien eins bis drei. Die Krustenphase wurde vom Therapiebeginn ausgeschlossen, da dies das Therapieziel war.

Die Phase eins zu erfassen, war sehr schwierig (Abb. 4). Nach einer Inkubationszeit von sechs bis acht Tagen entstehen die Bläschen in weniger als zwölf Stunden (Lamey und Biagioni 1996). Bis auf 7 % der Patienten war es mir nicht möglich, dieses Stadium zu therapieren. Es wurden 68 % der 101 Patienten im Stadium zwei behandelt.

Typischerweise findet man zunächst klare Bläschen, die sich später eitrig eintrüben (Braun et al. 2007). Die Einteilungsmöglichkeiten der Krankheitsstadien erlauben eine Gliederung in die Pappel- und Vesikelphase (Gilbert et al. 2007). In meiner statistischen Auswertung wurde keine Unterteilung der Bläschenqualität vorgenommen, sondern nur als Stadium zwei, das Bläschen-Stadium, bezeichnet. War im klinischen Krankheitsbild ein Verschmelzen der Vesikel und nässende

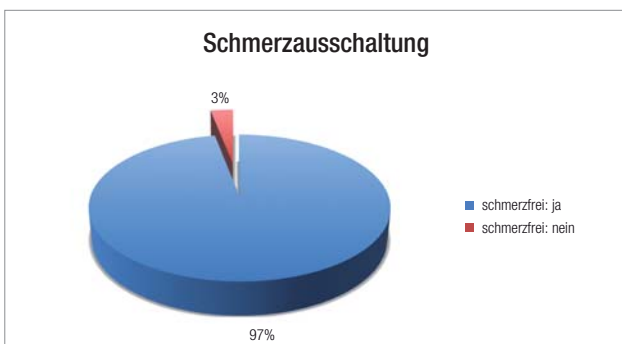


Abb. 5: Analgesie, gesamt = 101 (€ 100 %), (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010).

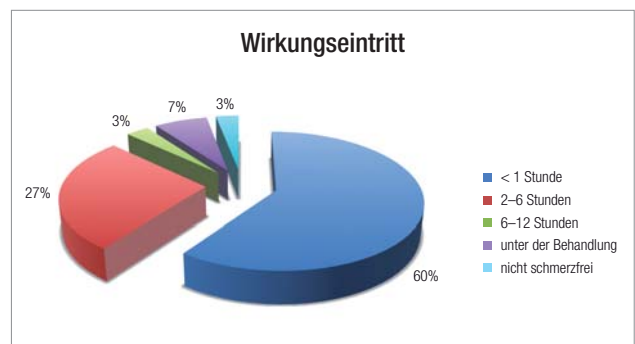


Abb. 6: Wirkungseintritte, gesamt = 101 (€ 100 %), Einteilung nach Patientenbeurteilung (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010).

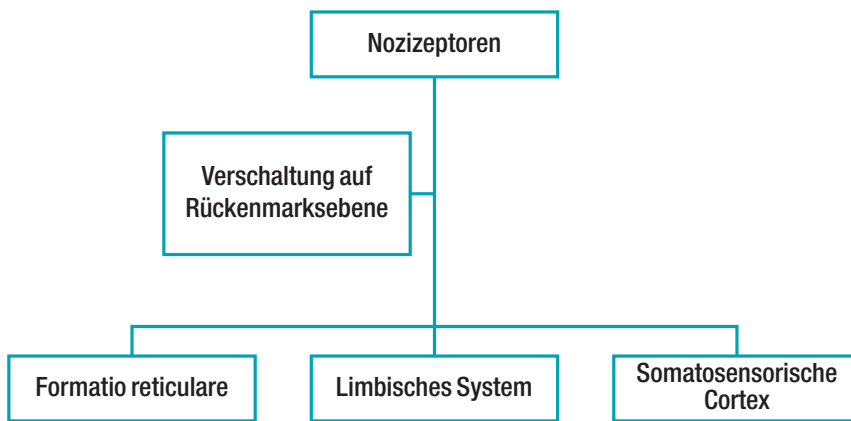


Abb. 7: Schmerzentstehung und Weiterleitung, Schematische Darstellung aus den Textpassagen Raßler (Raßler 1995).

Wunden zu erkennen, so wurde es der Phase drei zugeordnet, das mit 25 % in die statistische Erhebung einfluss.

Schmerzausschaltung

Im Rahmen meiner Anwendungsbeobachtung beschäftigte ich mich besonders damit, ob eine Analgesie unter der physikalischen Therapie, Laserbehandlung, möglich ist. Diese Frage wurde durch die standardisierte Lasereinstellung intensiviert. Die gewählte Lasereinstellung bezog sich auf Daten meiner Masterarbeit (Deumer 2010), die gute Behandlungserfolge widerspiegelte. Eine Unterscheidung der unterschiedlichen Hautpigmentierungen und der Vielzahl des Lippenrots blieb unberücksichtigt (Moll 2005). Die Schmerzausschaltung mit dem Diodenlaser lag bei 97 % (n = 101, Abb. 5 und 6). Die Ergebnisse decken sich mit der Schmerzausschaltung mittels Laserbehandlung in anderen Fachbereichen (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010; Simunovic 2000; Bernatzky 2007; Schwabe 2002). Obwohl 67 % aller Patienten innerhalb der ersten Stunde schmerzfrei waren und insgesamt bei 97 % aller Patienten eine analgesierende Wirkung erreicht wurde, muss dieses Ergebnis sehr kritisch beurteilt werden, da Schmerz eine komplexe subjektive Sinneswahrnehmung ist. Die entstehenden Aktionspotenziale in den Nozizeptoren werden peripher über die Axone und Dendriten auf das 2. Neuron im Rückenmark umgeschaltet. Dort gelangen sie über die Formatio reticulare zum limbischen System. In dieser zentralen Schaltstelle werden die Aktionspotenziale als Schmerz wahrgenommen (Raßler 1995, Abb. 7).

Verkürzung der Herpeseperiode

Darüber hinaus sollte die Anwendungsbeobachtung überprüfen, ob über eine einheitliche Lasereinstellung bei HSV-1-Infektionen die Hautpigmen-

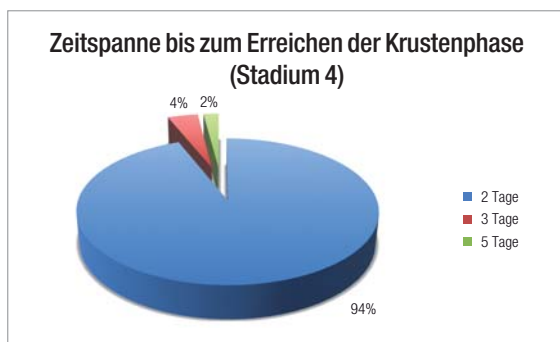


Abb. 8: Statistische Darstellung (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010).

Weltweite Kompetenz im medizinischen Laserschutz

- Laserschutzbrillen
- Patientenschutzbrillen
- Selbsthaftende Augenklappen
- Lupenbrillen
- Einhausungen, Systeme
- modulare Laserschutzkurse

WE PROTECT YOUR EYES





Abb. 9–12: a) Krankheitsstadien vor Behandlungsbeginn (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010), (Deumer 2010, Masterarbeit Lasers in Dentistry, Wirkungsvergleich zwischen Diodenlaser 810 nm und Chemotherapeutika bei HSV-1- Infektionen). **b)** Behandlungsergebnisse (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010), (Deumer Masterarbeit 2010).

Die Ausgangssituationen wurden mit dem Buchstaben a und die Behandlungsergebnisse mit dem Buchstaben b gekennzeichnet.

tierung, insbesondere das Melanin und das Lippenrot, vernachlässigt werden dürfen. Eine Lippenherpes-Episode dauert unbehandelt mindestens sieben bis zehn, teilweise bis zu 14 Tagen. Die HSV-1-Infektion ist in ihrem Verlauf typischerweise durch fünf Phasen gekennzeichnet (Whitley et al. 2001).

Die Inkubationszeit der HSV-1-Infektion beträgt sechs bis acht Tage. Die Bläschen entstehen dann in weniger als zwölf Stunden. Übertragen wird das Virus durch die Tröpfchen- und Schmierinfektion. Vom Ort der Infektion wandert das Virus über Nervenbahnen in das Ganglion Trigeminales, wo es dann sein genetisches Material in den Zellkern ablegt (Matz 2004).

Unter der Lasertherapie wurde nach zweimaliger Behandlung das Krustenstadium mit 94 % (n = 101) erreicht (Lampert, Gutknecht, Deumer 2010; Abb. 8).

Es ist erkenntlich, dass die Behandlung mit dem Diodenlaser bei 94 % der Patienten zu einer eindeutigen Verkürzung der HSV-1-Symptome führte und zum anderen, dass die einzelnen Phasen der HSV-1-Infektion teilweise übersprungen wurden (siehe Abb. 9–12).

Zusammenfassung

Diese Anwendungsbeobachtung sollte klären, ob es empfehlenswert ist, eine standardisierte Lasereinstellung bei HSV-1-Infektionen anzuwenden. Ist die Vernachlässigung von Hauttypen ratsam oder muss dieser Parameter berücksichtigt werden. Die Lippe ist pigmentlos oder besitzt nur vereinzelte Melanineinlagerungen.

Die Schmerzfreiheit unter der Behandlung liegt bei 97 % (n = 101). Die Ergebnisse decken sich mit der Schmerzausschaltung mittels Laserbehandlung in anderen Fachbereichen (Simunovic 2000, Bernatzky 2007, Schwabe 2002).

Darüber hinaus sollte verdeutlicht werden, inwieweit die Laserbehandlung bei standardisierten Parametern in den Krankheitsverlauf der HSV-1-Infektion eingreift. Ausgangssituationen waren die HSV-1-Phasen eins bis drei (Einteilung Whitley). Als Bewertungskriterium für eine erfolgreiche Behandlung wurde das Stadium vier festgesetzt. Die Diodeneinstellung war: 810 nm, 1 Watt, 300 µm Faser, 30 s/cm², Dauerstrichbetrieb. Der Hauttyp wurde vernachlässigt. Bei 94 % der Patienten (n = 101) unabhängig des Behandlungsbeginns konnte bereits nach zwei Tagen das Krustenstadium dokumentiert werden.

Fazit

Zuletzt bleibt zu erwähnen, dass die Diodenlaserbehandlung mit großer Begeisterung von 97 % (n = 55) der Patienten aufgenommen wurde (Deumer Masterarbeit 2010), ob allerdings die Diodenlaserbehandlung eine erfolgreichere Behandlungsmethode als mit herkömmlichen Therapien darstellt, bleibt durch diese Anwendungsbeobachtung unbelegt. Jedoch zeigt dieser Anwendungsbericht, dass das Krankheitsbild HSV-1-Infektion noch viele Diskussionsansätze bietet. ■

Literatur beim Verfasser.

■ KONTAKT

Jeannette Deumer, M.Sc.

Gatower Straße 296

14089 Berlin

Tel.: 030 36431844

Fax: 030 36431842

E-Mail: mail@zahnarztpraxis-deumer.de



WERDEN SIE AUTOR!

In der folgenden Publikation:
Laser Journal



- || Sie planen Fachbeiträge zu
- || herausfordernden Patientenfällen?
- || innovativen bzw. bewährten Arbeitstechniken?
- || Abrechnungsfragen?
- || Aus- und Weiterbildung?
- || Berufspolitik?

” Kontaktieren Sie uns.
Wir freuen uns auf Ihre Expertise. “

OEMUS MEDIA AG
Redaktion Journale || Dajana Mischke
E-Mail: d.mischke@oemus-media.de
Tel.: 0341 48474-335

www.oemus.com

0341 48474-335