proLékaře.cz | 21.11.2026

SBORNÍK ABSTRAKTŮ KONFERENCE ÚSMĚV 021

Dne 26. 3. 2021 se na Klinice zubního lékařství LF UP v Olomouci prostřednictvím online vysílání konal 13. ročník tradiční konference stomatologů „Úsměv 021“. Zaměřena byla především na prezentace postgraduálních studentů a mladých lékařů. Hlavní témata letošní konference byla: 1. Konziliární stomatologické vyšetření; 2. Onkologická problematika v ordinaci zubního lékaře; 3. Polytematika. Prezentovány byly práce jak autorů z domácího pracoviště, tak i z dalších pracovišť České a Slovenské republiky. Jako posluchači se konference zúčastnili lékaři a dentální hygienistky z různých míst České republiky, ale také studenti zubního lékařství. Celý organizační tým děkuje všem zúčastněným a těší se na setkání v Olomouci u příležitosti konference Úsměv 022.

Vědecký sekretář konference
Stomatolog Yuliya Morozova, Ph.D.

KONZILIÁRNÍ STOMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ ANEB FOKUSY

Slezák R.
Stomatologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Předmět sdělení: Konziliární stomatologické vyšetření je vyžadováno lékaři různých odborností z různých nemocničních a ambulantních pracovišť. Požadavky, jež mohou být kladeny na praktické zubní lékaře jakéhokoli odborného zaměření, lze rozdělit na obecné a specifické. Obecné požadavky se většinou týkají diagnostiky a léčby nejrůznějších afekcí v dutině ústní – postižení zubů, parodontu, ústní sliznice, slinných žláz včetně salivace, čelistního kloubu, nádorů, úrazů a zánětů v dutině ústní apod. Za specifické lze považovat požadavky obvykle nepřesně definované jako „vyšetření fokusů dentálního původu“. V současné terminologii hovoříme spíše o konziliárním stomatologickém vyšetření, požadovaném lékařem jiné odbornosti z určitého důvodu.

Dvě základní skupiny pacientů přicházejících k zubním lékařům s těmito požadavky tvoří (i) jedinci ohrožení komplikacemi plynoucími ze vzniku bakteriémie orálního původu (např. septické stavy, infekční endokarditida, mozkový absces) a (ii) jedinci ohrožení komplikacemi plynoucími ze stavu chrupu, který, není-li dobrý, může komplikovat základní chorobu a její léčbu v přítomnosti či budoucnosti (např. onkologické, hematologické a osteologické choroby). Tyto dvě základní situace nelze v současnosti směšovat, jejich řešení vyžaduje dosti odlišný přístup. Vždy je však zapotřebí získat dostatek informací o celkovém zdravotním stavu pacienta, jeho současné a plánované budoucí léčbě, a provést podrobné stomatologické vyšetření doplněné vyšetřením rentgenovým. Na základě vyhodnocení všech těchto informací podá poučený stomatolog odesílajícímu lékaři zprávu o výsledcích vyšetření a uvede je do vztahu k pacientovu celkovému zdravotnímu stavu, včetně návrhu řešení problémů, které byly při vyšetření zjištěny. Názory na rozsah péče plynoucí z těchto nálezů se během doby mění, zřetelný je zejména požadavek na ústup od nadbytečné radikality těchto „sanací“. Realizace potřebného ošetření může být velice snadná, ale také náročná, obtížná, i dnes dosti často ústící v mnohočetné extrakce zubů. Může být negativně ovlivněna nedostatkem času potřebného k rozsáhlejšímu ošetření zubů a parodontu, základní chorobou a její léčbou a mnoha dalšími faktory.

Závěr: Počet pacientů, u nichž jsou tato vyšetření vyžadována, trvale narůstá. Zůstává otevřenou otázkou, zda současný praktický zubní lékař nemající na rozdíl od lékařů jiných odborností možnost oficiálního specializačního (atestačního) vzdělávání, je vybaven dostatkem recentních vědomostí potřebných ke korektnímu hodnocení těchto stavů, zejména po stránce diagnostické. Sdělení doprovází demonstrace některých typických situací řešených v poslední době na pracovišti autora.

proLékaře.cz | 21.11.2026

CÍL LÉČBY PARODONTITIDY

Hromčík F.
Stomatologická klinika LF MU a FN u svaté Anny, Brno

Předmět sdělení: Za cíl léčby parodontitidy je považován stav, kdy není přítomno postižení furkace a viklavosti vyšší než jeden stupeň. Hloubka sondáže dosahuje nejvyšší hodnoty pět milimetrů na maximálně čtyřech místech, přitom BOP (index krvácení po sondování) je ve všech kapsách negativní. Postulát vychází ze statistického hodnocení prognózy léčby zubů s různým postižením parodontu. Znalost léčby je vhodné zohlednit už při vstupním vyšetření a usměrňovat nechirurgické i chirurgické léčebné kroky tak, aby byl cíl co možná rychle naplněn. Vedle klinických cílů je nutné vzít v úvahu také aspekt mikrobiologický, psychologický, finanční a organizační. Jejich prolínáním vzniká dokonalý léčebný plán.

REMINERALIZAČNÍ MATERIÁLY POUŽÍVANÉ V INDIKACI SEKVENČNÍ EXKAVACE

Novotná B., Harvan L´., Somolová L., Holík P.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Předmět sdělení: Ač je ošetření kazu blízkého zubní dřeni i v dnešní době velmi aktuální téma, stále není zcela jednotný přístup, jak ošetření ideálně provést. Existují tři zcela odlišné techniky, jejichž společným cílem je zachování vitality daného zubu. První technikou je totální exkavace, kdy je z kavity odstraněn všechen kariézní dentin a zhotovena definitivní rekonstrukce/výplň. Druhou technikou je selektivní exkavace, kdy se odstraní kariézní dentin především z periferních částí kavity. Na pulpální straně může být změklý dentin ponechán. Defekt je ihned adhezivně uzavřen kompozitní výplní. Posledním typem ošetření je metoda sekvenční neboli odložené exkavace. Ošetření probíhá ve dvou etapách. V první je odstraněno největší množství kariézních tkání, pulpálně zůstává tenká vrstvička afektovaného dentinu. Je aplikován remineralizační materiál s provizorní výplní. Druhá fáze ošetření následuje po několika měsících. Za tuto dobu dojde ke tvorbě terciárního dentinu a remineralizaci změklé vrstvy dentinu na pulpální straně. Tato skutečnost výrazně snižuje riziko vzniku perforace při dokončení exkavace. Je tedy možné odstranit všechny zbytkové kariézní tkáně a zhotovit definitivní výplň.
V našem sdělení přehledně seznamujeme s jednotlivými typy ošetření kazu blízkého zubní dřeni, s podmínkami, pracovními postupy a jejich rozdíly u jednotlivých metod a s jejich výhodami i nevýhodami. Dále představujeme přehled v dnešní době dlouhodobě používaných i nových remineralizačních materiálů užívaných v indikaci ošetření hlubokého kazu.
Tato práce vznikla za podpory grantového projektu č. IGA_LF_2021_037.

UNICONE PLUS VS. UNICONE – PŘEDČÍ NOVINKA SVÉHO PŘEDCHŮDCE?

Jusku A.[1], Malohlava J.[2], Harvan L´.[1]
[1]Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc
[2]Ústav lékařské biofyziky a Ústav molekulární a translační medicíny LF UP, Olomouc

Úvod a cíl práce: Jednou z možných proceduálních komplikací je separace nástroje v průběhu opracování kořenového systému. V současnosti se přisuzuje největší výskyt fraktur nástrojů v kořenovém systému plastickým deformacím materiálu, které vznikají opakovaným zatěžováním v místech napětí.

Cílem naší práce bylo porovnat množství cyklů vedoucí k selhání nového nástroje českého výrobce Unicone Plus (Medin a.s., Nové Město na Moravě, Česká republika) s jeho předchůdcem Unicone (Medin a.s., Nové Město na Moravě, Česká republika), a tím objektivně zhodnotit technologický vývoj jediného tuzemského výrobce.

proLékaře.cz | 21.11.2026

Metodika: K testu cyklické únavy bylo vybráno dvacet kusů nástrojů každého systému s identickým apikálním průměrem, které se využívají pro stejný krok endodontického ošetření. Pro tento typ testu bylo zkonstruováno speciální zařízení, které je složeno ze dvou částí, stabilního držáku pro uchycení kolénka endomotoru a bločku s maketou kořenového kanálku z nerezové oceli. Umělý kanálek má zakřivení 60° s pětimilimetrovým poloměrem v místě zakřivení a šestiprocentní stoupání. Testování nástrojů proběhlo pomocí endomotoru WaveOne (Dentsply Sirone Global Headquartes, Charlotte, NC 2877, USA) v programu „Reciproc ALL". Nástroje byly v kanálku centrovány a zavedeny k referenčnímu bodu. K minimalizaci tření byl kanálek lubrikován olejem WD40. Byl sledován čas, za který došlo k fraktuře nástroje od počátku rotace. Tento čas byl pomocí vzorce: počet otáček za minutu × čas (sekundy)/60 přepočítán na počet otáček vedoucích k fraktuře.
Výsledky: Mezi vybranými endodontickými systémy byly statisticky významné rozdíly v počtu otáček vedoucích k fraktuře, kdy odolnější systém v tomto testu byl Unicone Plus.
Závěr: Test cyklické únavy vypovídá o průměrné časové hodnotě (počtu cyklů), po kterou můžeme v kořenovém kanálku pracovat bez rizika zalomení nástroje z pohledu cyklické únavy. Vzhledem k faktu, že na frakturu nástroje mají vliv i další proměnné, nedá se spolehnout pouze na výsledky tohoto testu, nicméně je tento ukazatel podle odborníků nejdůležitější.

HALL TECHNIKA A PULPOTOMIE – METODY OŠETŘENÍ KARIÉZNÍCH DOČASNÝCH MOLÁRŮ

Šmihalová M., Míšová E.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Předmět sdělení: Zubní kaz je nejčastějším chronickým onemocněním u dětí. Neošetřený kaz vede k předčasným ztrátám dočasných zubů, a to se všemi důsledky. Kromě konvenční výplňové terapie kazem postižených dočasných zubů patří mezi metody ošetření také Hall technika nebo pulpotomie. Skotská zubní lékařka Norna Hall roku 2006 popsala v literatuře ve své retrospektivní studii minimálně invazivní ošetření kariézních dočasných molárů. Hall technika probíhá bez nutnosti lokální anestezie při odstranění kariézní léze či preparace tvrdých zubních tkání. Kaz se hermeticky uzavře prefabrikovanou kovovou korunkou, fixovanou skloionomerním cementem, čímž se zastaví přísun sacharidů pro bakterie a zároveň se uplatní remineralizační efekt fluoridových iontů uvolněných ze skloionomeru. Pulpotomie dočasných molárů je metoda endodontického ošetření, kdy se odstraní postižená koronární část pulpy. Vitální nepoškozená pulpa v kořenových kanálcích se ponechává s cílem zachovat zub až do fyziologické eliminace. Tato metoda se často používá u hlubokých kariézních lézí a stává se běžnou součástí pediatrického ošetření.
Závěr: Cílem sdělení je seznámit zubní pediatry s nekonvenční metodou ošetření kariézních dočasných molárů, a to správnými indikacemi, výhodami a mírou úspěšné terapie u pacientů.

MOLÁROVĚ- ŘEZÁKOVÁ HYPOMINERALIZACE – METODIKA VÝZKUMU

Hepová M., Míšová E.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Předmět sdělení: Molárově řezáková hypomineralizace (MIH) je porucha vývoje skloviny postihující první moláry a řezáky ve stálé dentici. Jedná se o hypomineralizaci skloviny u prvních stálých molárů 1–4, často spojenou s výskytem esteticky rušivých opacit na stálých řezácích.
Publikovaná prevalence MIH ve světě se pohybuje od 2,8 až do 40,2 %. MIH je onemocnění bez dosud objasněné etiologie. Při hledání příčiny vzniku se odborná literatura soustřeďuje na období prenatální, perinatální a na časné dětství (do tří let věku dítěte), což odpovídá období vývoje skloviny. Ve sdělení se zabýváme metodikou ošetřování molárů a řezáků u MIH v závislosti na míře jejich poškození. Sanace probíhá od nejméně invazivních ošetření fluoridovým lakem, sanací výplněmi, korunkovými náhradami až po extrakce a ortodontické posuny. Opacity se esteticky korigují miniinvazivními metodami.

proLékaře.cz | 21.11.2026

VHODNÝ VĚK PRO ZAPOČETÍ ORTODONTICKÉ TERAPIE

Rogozná B., Dubovská I.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Předmět sdělení: Vhodný věk pro zahájení ortodontické léčby není stejný pro všechny ortodontické vady. Liší se podle typu vady, v některých případech i podle míry závažnosti. Ortodontickou terapii začínáme v takovém okamžiku, kdy v reálném čase pravděpodobně přinese vyřešení a dokončení léčby nebo má výrazný přínos pro zlepšení vady a následné zkrácení druhé fáze léčby. Je potřeba brát v úvahu případný další vývoj anomálie a zvážit možnosti včasné interceptivní léčby. Pokud zubní lékař odešle pacienta dostatečně včas, je možné zahájit interceptivní léčbu a předejít pozdějším komplikacím.
Závěr: Cílem prezentace je shrnutí základních diagnostických pravidel pro včasné odeslání ortodontických vad ke specialistovi.

SKELETÁLNÍ VĚK U PACIENTŮ S ROZŠTĚPEM

Židoň P., Koťová M., Borovec. J.
Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl práce: Autoři ověřují, zda a jak se liší kostní věk/kostní zrání u pacientů s celkovým jednostranným rozštěpem a u pacientů bez rozštěpu.
Materiál a metodika: Bylo vyšetřeno 106 pacientů s celkovým jednostranným rozštěpem, jejich průměrný věk byl 11,48 roku. Kontrolní skupinu tvořilo 111 ortodontických pacientů bez rozštěpové vady průměrného věku 11,06 roku. Byly analyzovány digitální dálkové boční snímky lebky podle metody publikované Baccettim a Franchim v roce 2005, která vychází z popisu šesti základních stadií vývoje krčních obratlů. Byla stanovena fáze maturace krčních obratlů C2–C4. Získaná data byla statisticky zpracována. Sledovány byly přesnost a opakovatelnost měření maturace krčních obratlů, rozdíly maturace u obou vyšetřených skupin a závislost na kalendářním věku a pohlaví.
Výsledky: Reliabilita měření byla dobrá, kalendářní věk obou sledovaných skupin je srovnatelný. U pacientů s rozštěpem prokazujeme signifikantně nižší skeletální věk. Silnější korelace mezi chronologickým a skeletálním věkem je u pacientů s rozštěpem. Nejsilnější je tento vztah u dívek s rozštěpem. Nebyl prokázán vliv laterality rozštěpového postižení na sledované parametry.
Závěr: Dálkový boční snímek lebky pacienta s rozštěpem je, na rozdíl od snímku ruky a zápěstí, v rámci ortodontické léčby běžně dostupný. Získáme tak snadno základní orientační údaje o skeletálním zrání a získané výsledky můžeme flexibilně použít při sestavování a aktualizaci plánu víceoborové péče o pacienty s rozštěpem.

INTERCEPTIVNÍ LÉČBA RETENCE ŠPIČÁKŮ

Dubovská I.[1], Rogozná B.[1], Sedlatá Jurásková E.[1], Urbanová W.[2]
[1]Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc
[2]Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Předmět sdělení: Špičáky mají důležitou roli ve funkční okluzi a estetickém úsměvu. Faktory, které narušují normální vývoj a prořezávání špičáků, mají závažné důsledky pro funkci dentice i jeho estetiku.
Zárodek stálého špičáku je ve třech letech umístěn vysoko v maxille a jeho korunka má meziální a palatinální sklon, hrot stálého špičáku je v šesti letech na úrovni spodní hrany cavum nasi. V průběhu erupce se špičák posouvá meziálně a dolů směrem k okluzní rovině. V průběhu erupce dochází postupně k napřimování sklonu špičáku, dokud nedosáhne distální stěny kořene laterálního řezáku, podél kterého prořezává do okluze. Deviace erupční dráhy špičáku kromě jeho retence může vést i k poškození sousedních zubů. Nejčastější rizika spojená s retencí špičáku jsou poškození kořenů sousedních zubů resorpcemi, které mohou být od mírných až po závažné, jež zasahují zubní

proLékaře.cz | 21.11.2026

dřeň a vedou k extrakci postiženého zubu. Tyto komplikace jsou těžko předvídatelné a jsou nezvratné, je však prokázáno, že včasná léčba může snížit riziko jejich výskytu. Proto je důležité deviace erupční dráhy špičáku rozeznat včas a zahájit interceptivní léčbu.
Metodika, terapie: Erupce špičáku by měla být sledována palpací v průběhu preventivní prohlídky již od 8–9 let věku. Při asymetrii nebo nepřítomnosti vyklenutí ve vestibulu v devátém roku věku by praktický zubní lékař měl standardně provést kontrolní OPG vyšetření a při odchylce erupční dráhy nebo dystopii špičáku pacienta odeslat k ortodontistovi. Interceptivní terapie retence špičáku je plánována podle příčiny retence. Pokud je retence způsobena nedostatkem místa v zubním oblouku, léčba spočívá v získání místa expanzí zubního oblouku ortodontickým aparátem (např. transverzální expanzí v případě zkříženého skusu) nebo v sériových extrakcích dočasných špičáků a případně i dočasných prvních molárů (pokud je kvůli nedostatku místa ve stálém chrupu plánována extrakce stálých zubů). Retence způsobená nevyhovujícím sklonem erupční dráhy je podle stupně sklonu léčena extrakcí dočasných špičáků nebo ponechána bez léčby.
Závěr: Výsledkem interceptivní léčby je zlepšení sklonu prořezávání špičáku, snížení rizika poškození sousedních zubů a zjednodušení, zkrácení nebo absence další terapie.

VLIV PALATINÁLNĚ VEDENÉHO AKTIVNÍHO TAHU NA FUNKCI A ESTETIKU VÝSLEDKU LÉČBY RETENCE STŘEDNÍCH ŘEZÁKŮ

Janková A.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc
Stomatologické centrum STOMMA, s.r.o., Břeclav

Úvod a cíl: Cílem této retrospektivní studie bylo zhodnocení estetického a parodontologického stavu u pacientů s retencí stálého horního středního řezáku a porovnání výsledku ortodontické léčby u dvou základních použitých léčebných metod. Jde o otevření místa s následnou spontánní erupcí zubu a použití chirurgické metody uzavřené erupce a aktivního tahu.
Metodika: V této studii byl hodnocen soubor 34 pacientů po ortodontické terapii fixním aparátem, kteří byli minimálně 12 měsíců v retenční fázi. Ze studie byli vyřazeni pacienti s rozštěpy nebo jinými těžkými vývojovými poruchami. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin podle léčebného plánu. První skupina obsahovala 13 pacientů, u kterých byla provedena léčba malým fixním aparátem s otevřením adekvátního místa pro spontánní erupci retinovaného řezáku. Druhá skupina zahrnovala 21 pacientů, kteří byli léčeni plným fixním aparátem a podstoupili chirurgický zákrok uzavřené erupce s nalepením ortodontického knoflíku s řetízkem na palatinální plochu retinovaného řezáku, tak aby aktivní tah směroval na vrchol alveolárního výběžku. Byly zaznamenány potřebné údaje z dokumentace každého pacienta. Pro hodnocení byla použita fotografická dokumentace pacientů, ortopantomogram a kefalometrické rentgenové snímky.
Výsledek: Retence horního stálého středního řezáku podle pohlaví byla u 19 děvčat a 15 chlapců. Průměrný věk začátku ortodontické terapie byl 9,5±2,3 roků, častější byla levostranná retence. Nejčastější příčinou retence byl výskyt nadpočetného zubu. Bylo prokázáno, že doba léčby nezávisí na uzávěru apexu na začátku terapie, na příčině retence ani na věku pacienta na začátku terapie. Délka terapie koreluje statisticky významně se stupněm retence zubu. Při hodnocení estetiky zařazeného zubu v porovnání se sousedním zubem bylo prokázáno, že pouze devět pacientů má na původně retinovaném zubu horší estetiku klinické korunky než u zubu sousedního. Dále bylo prokázáno, že průměrná hodnota připojené gingivy zubu retinovaného je statisticky významně nižší než průměrná hodnota připojené gingivy zubu sousedního.
Závěr: Výsledky studie korelovaly s výsledky jiných doposud zveřejněných studií ukazujících, že léčebná metoda uzavřené erupce je jednou z nejvhodnějších metod terapie těžce retinovaných řezáků s dosažením přijatelného estetického a funkčního výsledku. Výsledky u spontánní erupce s otevřením adekvátního místa a aktivním tahem na vrchol alveolu byly srovnatelné.

proLékaře.cz | 21.11.2026

ONKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA V PRIVÁTNÍ PRAXI

Doležalová H.
Můj zubař, s. r. o., Hradec Králové

Předmět sdělení: Ve svém sdělení se autorka zamýšlí nad propojením klinické praxe a svou vlastní zkušeností z praxe v privátní stomatologické ambulanci, která je zaměřena na stomatochirurgii, preventivní stomatologii a psychologii pacienta/klienta/blízkého člověka, dále převedením pojmu kvalita života ve vztahu k orálnímu zdraví onkologicky nemocných do praxe a také významem stavu bolesti u onkologického pacienta. Autorka předkládá konkrétní kazuistiky, na kterých demonstruje roli praktického zubního lékaře, a zejména jeho spolupráci s onkologem, maxilofaciálním chirurgem a komplementárními obory medicíny, a zároveň vyzdvihuje význam praktického zubního lékaře i v primární, sekundární a terciární onkologické prevenci v oblasti hlavy a krku i všeobecně. Na praktických příkladech ukazuje komplexní přístup k onkologickým nemocným s důrazem i na psychologický aspekt. V závěru sdělení prezentuje vlastní zkušenosti s chodem ambulance v rámci pandemie COVID-19.

POSTUPY V PREVENCI ZUBNÍHO KAZU

Merglová V.
Stomatologická klinika LF UK, Plzeň

Předmět sdělení: Česká společnost pro dětskou stomatologii za finanční podpory firmy Colgate – Palmolive, s. r. o., předkládá souborně vydaná aktualizovaná doporučení v prevenci zubního kazu.
Zubní kaz je multifaktoriální onemocnění, které je sice dobře preventabilní, ale má stále vysokou prevalenci v populaci. Soubor opatření k zamezení vzniku a progresi zubního kazu sestává z opatření individuálních a z těch, která provádí poskytovatelé zubní péče. Mezi preventivní opatření patří včas zahájené a pravidelné prohlídky chrupu, analýza rizika vzniku zubního kazu, individuální plán preventivních opatření, výživová doporučení, ústní hygiena, fluoridace a pečetění fisur.
Postupy v prevenci zubního kazu jsou nově doplněné o Bangkokskou deklaraci IAPD, o kapitolu zabývající se erozemi zubů u dětí, infografiku k Bangkokské deklaraci a BEWE index.

OCHRANA ZUBNÍHO LŮŽKA PO EXTRAKCI

Staněk J.[1, 2], Azar B.[1],
[1]Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc
[2]Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN, Olomouc

Úvod: Po extrakci zubu dochází k remodelaci alveolárního výběžku. Tyto změny jsou však nepříznivé z funkčního i estetického hlediska. Nežádoucím výsledkem může být nedostatečné množství kosti a keratinizované tkáně pro budoucí náhradu dentálním implantátem. Augmentace tvrdých a měkkých tkání zatěžuje pacienta přetrvávající bolestí, finančními náklady a také prodlužuje celkový čas léčby.
Za určitých okolností, pokud existuje dostatečné množství kosti v apikální oblasti extrakčních lůžek, je možno zavést implantát okamžitě po extrakci zubu. Výhody okamžitých implantací spočívají ve značně zkráceném časovém období mezi extrakcemi zubů a nasazením definitivní náhrady, dále se redukuje množství chirurgických výkonů a pacient lépe akceptuje celkový léčebný plán. Bukální lamela extrakční rány představuje kritický faktor úspěchu okamžité implantace. V případě dehiscentní bukální lamely klesá úspěšnost okamžité implantace na 89,6 % oproti 98,6% míře úspěchu pro socket preservation (podle systematického přehledu s metaanalýzou, Zhou, 2019).
Cíl: Objasnit indikace a kontraindikace „socket preservation" a vhodné techniky pro odlišné klinické situace, tak aby bylo dosaženo maximální ochrany objemu a kvality ústních tkání.

proLékaře.cz | 21.11.2026

DENTÁLNE IMPLANTÁTY V OSEÁLNYCH MIKROVASKULÁRNYCH LALOKOCH

Hocková B.[1], Azar B.[2], Slávik R.[1], Stebel A.[1]
[1]Oddelenie maxilofaciálnej chirurgie FNsP, Banská Bystrica
[2]Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc

Úvod a cieľ: Pre nádory v oblasti hlavy a krku sa najčastejšie uplatňuje kombinácia viacerých spôsobov liečby, od chirurgickej resekcie, rádioterapie, chemoterapie až po biologickú liečbu. Dôsledkom chirurgickej liečby v zmysle resekcie je tkanivový defekt, ktorý si vyžaduje následnú rekonštrukciu. Štandardným spôsobom uzáveru veľkých defektov po resekcii je použitie mikrovaskulárnych lalokov. V prípade, že dochádza k resekcii nielen mäkkých, ale aj kostných tkanív, je potrebné nahradiť aj kosť – najčastejšie sa používa fibulárny, prípadne bedrový mikrovaskulárny lalok. Po ukončení onkologickej terapie a dosiahnutí remisie ochorenia u pacienta aj v prípade, že je pacient po rekonštrukcii mikrovaskulárnym lalokom, kvalita jeho života klesá. Úplná, ale i čiastočná strata dentície výrazne zhoršuje kvalitu života pacienta, najmä mastikáciu a artikuláciu.
Terapia, záver: Protetická rehabilitácia snímateľnými náhradami je často kvôli zmeneným anatomickým pomerom nemožná. Dentálne implantáty v prípade rekonštrukcie rozsiahleho defektu čeľuste kostným mikrovaskulárnym lalokom poskytujú jedinečnú možnosť pevnej retencie protetickej náhrady. V medzinárodnom kontexte je tento spôsob ošetrenia pacientov dnes už štandardom. V prednáške sa prezentujú možnosti protetickej rehabilitácie pacientov po rekonštrukcii čeľuste mikrovaskulárnym lalokom pomocou dentálnych implantátov u pacientov operovaných na našom pracovisku v Banskej Bystrici.

PŘEDPLATNÉ ČSPZL NA ROK 2021 PRO ČESKO

Formulář pro objednávku předplatného najdete na **www.dent.cz** (Vzdělávání / Časopisy).

Celoroční předplatné (vychází 4x ročně):
• Pro členy ČSK a studenty zubního lékařství: **300 Kč**
• Pro firmy, instituce, soukromé osoby: **650 Kč**

Objednávku předplatného zašlete na adresu:
ČSK, Slavojova 22, 128 00 Praha 2
Ediční oddělení – Ing. Jolana Kunrtová
e-mail: kunrtova@dent.cz, tel.: +420 234 709 630

PŘEDPLATNÉ ČSPZL NA ROK 2021 PRO SLOVENSKO

Celoroční předplatné: 30 € s DPH (cena 7,5 € / 1 vydání)
Distribuci formou předplatného na Slovensku zajišťuje:
Mediaprint-Kapa Pressegrosso, a. s., oddelenie inej formy predaja
Stará Vajnorská 9, P. O. BOX 183, 830 00 Bratislava 6

Infolinka: +421 800 188 826, e-mail: predplatne@abompkapa.sk, www.ipredplatne.sk