



C.WITT
DENTAL

Katalog szkoleń 2020

Na drodze do doskonałości
cwittdental.pl

Droscy przyjaciele, klienci i pracownicy C.Witt Dental

Od grudnia 1987 r. Polska znajduje się w centrum mojego życia zawodowego. Miałem przyjemność być świadkiem niesamowitej transformacji politycznej i gospodarczej tego kraju. Wasza otwartość i chęć podróżowania z pewnością przyspieszyły te zmiany. W latach 80. XX wieku, wyrażenie „za granicą” istniało tylko w teorii, później było ono szeroko stosowane w praktyce. Skutki tej chęci podróżowania i zdobywania wiedzy są teraz widoczne w całym kraju. Nowoczesna architektura, sklepy, restauracje, różnorodność kulturowa... w niewielu krajach żyje się dziś lepiej niż w Polsce.

Oczywiście ta modernizacja i chęć uczenia się dotyczy nie tylko stomatologii, ale ten sektor zasługuje tutaj na szczególne wyróżnienie. Większość gabinetów w krótkim czasie osiągnęło wysoki standard i pracuje na najnowocześniejszym sprzęcie. Lekarze dentyści poświęcają wiele swojego wolnego czasu i inwestują dużo środków finansowych, aby brać udział w wysokiej jakości szkoleniach krajowych i zagranicznych na temat najnowszych osiągnięć nauki i technologii.

Jako C. Witt Dental cieszymy się, że możemy przyczynić się do tego rozwoju i ponownie zaoferować liczne kongresy, seminaria i warsztaty z udziałem uznanych na arenie międzynarodowej ekspertów. Mam nadzieję, że wielu z was znajdzie w tym katalogu interesujące wydarzenia.

Chciałbym szczególnie podziękować wszystkim naszym klientom za wspaniałą współpracę i cieszę się na jej kontynuację.

Chciałbym również szczególnie podziękować moim pracownikom, którzy są odpowiedzialni za realizację tych licznych wydarzeń i robią to wielkim zaangażowaniem i ogromną motywacją.

Christian Witt-Döring
Christian Witt-Döring



Prezes C.Witt Dental
Christian Witt-Döring.



Dyrektor handlowy
Marcin Miłkowski.

Biuro C.Witt Dental

(od lewej: Karolina Aulich, Natalia Białek, Agata Radzka, Anna Rybacka, Joanna Sandecka, Maja Brodzińska, Hanna Jankowska, Monika Löhrke)



Najnowsze trendy w CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ,
8-9 listopada 2019, DoubleTree by Hilton Kraków Hotel & Convention Center (Kraków)

(od lewej: Marcin Synoradzki, Łukasz Keffer, Grzegorz Palicki, Marcin Miłkowski, Christian Witt-Döring, Jacek Skonieczny, Rafał Topolewski, Maja Brodzińska, Agata Jędrzejczyk, Agata Maciejewska, Radosław Cebulski, Joanna Sandecka)

C. Witt
dental

Dział szkoleń C.Witt Dental
+ 48 663 133 163
+ 48 515 336 436
biuro@cwittdental.pl

BGŻ BNP 56 1600 1127 0003 0122 8462 1001

Plan gry



26 - 1
styczeń luty 2020

Dr Mariusz Botzan
Dr Marcin Sobotka
Dr Bartosz Matejkowski
Dr n.med. Daniel Ciapiński
Dr n. med. Marcin Krywult
Dr Michał Sypień
Dr n. med. Jacek Żurek
Dr Khrystyna Ryzhuk

XIV Zimowe Spotkanie Implantologiczne.

St. Lambrecht, Austria

ORGANIZATOR: C. Witt Dental

KONFERENCJA Z WARSZTATAMI PRAKTYCZNYMI

30-31
styczeń 2020



Dr Michał Szczutkowski

Regeneracja kości.

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI

CENA: 5990 PLN

TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY NA MODELACH

6-7
luty 2020



Dr Michał Szczutkowski

Gospodarowanie tkankami miękkimi.

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI

CENA: 3990 PLN (4290 PLN)

TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY NA MODELACH

Styczeń - Luty

20-21
luty 2020



Dr Michał Szczutkowski

Estetyczne i długoterminowo stabilne uzupełnienia na implantach.

Podstawy uzyskania sukcesu w zabiegach implantacji i gospodarowania tkankami miękkimi.

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI, C.Witt Dental

CENA: 3500 PLN (3000 PLN)

TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY NA MODELACH

27-28
luty 2020



Dr Michał Szczutkowski

Chirurgia plastyczna tkanek miękkich. Pokrywanie recesji zębów.

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI

CENA: 3990 PLN (4290 PLN)

TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY NA MODELACH

28
luty 2020



Dr n. med. Marcin Krywult

Protetyczna przebudowa zgryzu.

Chorzów

ORGANIZATOR: Meritum Center i C.Witt Dental

CENA: 1800 PLN

TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY NA MODELACH

Luty - Kwiecień

28-29
luty 2020

Kongres CAD CAM.

Jachranka k. Warszawy

ORGANIZATOR: Optident

KONGRES

5-6
marca 2020



Dr Michał Sypień
Dr Tomasz Sypień

Backward planning w implantologii

- obietnica sukcesu
w implantoprotetyce.
Czyli na co zwracać uwagę
podczas planowania
kompleksowego leczenia
implantoprotetycznego.

Bielsko - Biata

ORGANIZATOR: C. Witt Dental
i 3S - Stomatologia Sypień

CENA: 3500 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY NA MODELACH
ZABIEGI NA ŻYWO**

6-7
marca 2020



Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk

Implanty - praca w pełnej nawigacji.

Częstochowa

ORGANIZATOR: C. Witt Dental

CENA: 3500 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY
ZABIEGI NA ŻYWO**



20-31
marca 2020



Marcelo de Faveri, DDS MSc PhD
Fábio Shiniti Mizutani, DDS MSc
Danilo Maeda Reino, DDS MSc
Danilo Lazzaro Ciotti, DDS MSc

Zaawansowana regeneracja kości i tkanek miękkich w implantologii.

(5 dni zabiegów z pacjentami)

Brazylia,
Rio de Janeiro - São Paulo

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Bionnovation

CENA: 19800 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA WARSZTATY
ZABIEGI NA ŻYWO**

21
marca 2020



Dypl. asyst. stom. Olga Synoradzka
Dypl. hig. stom. Justyna Musiał

Profesjonalna asysta implantologiczna.

Częstochowa

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Alfamedica

CENA: 700 PLN

*Całodniowy kurs indywidualny
1 osoba - 1200 PLN
2 osoby - 1500 PLN

TEORIA I PRAKTYKA



2-3
kwietnia 2020



Dr Otto Zuhr

Challenges & Perspectives

in Peri-implant Soft
Tissue Reconstruction
- paving the way to
biological and esthetic
long-term success.

Monachium

ORGANIZATOR:
C. Witt Dental,
Thommen Medical,
Hurzeler/Zuhr

CENA: 6400 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY
RETRANSMISJE**

Kwiecień - Maj

WYJĄTKOWE
WYDARZENIE

16-17
kwietnia 2020



Prof. Markus Hürzeler

NOWE TRENDY W IMPLANTOLOGII I CHIRURGII PRYZĘBIA.

Warszawa

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Pracownia Pozytywnych Zmian

CENA: Od 1380 PLN
Warsztat 5000 PLN

**KONFERENCJA
Z WARSZTATAMI
PRAKTYCZNYMI**

24
kwietnia 2020



Dr Mariusz Botzan

Chirurgia plastyczna przyczębna. Zarządzanie tkanką miękką.

Poznań LAB,
Przeźmierowo k. Poznania

ORGANIZATOR: Poznań LAB,
C.Witt Dental

CENA: 3800 PLN

CADAVERY

24-25
kwietnia 2020



Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk

Horyzontalna augmentacja kości.

Częstochowa

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Alfamedica

CENA: 3500 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY
ZABIEGI NA ŻYWO**

25
kwietnia 2020



Dr Mariusz Botzan

Mocne podstawy implantologii i chirurgii stomatologicznej.

Poznań LAB,
Przeźmierowo k. Poznania

ORGANIZATOR: Poznań LAB,
C.Witt Dental

CENA: 3400 PLN

CADAVERY

9
maja 2020



Dypl. asyst. stom. Olga Synoradzka
Dypl. hig. stom. Justyna Musiał

Profesjonalna asysta implantologiczna.

Częstochowa

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Alfamedica

CENA: 700 PLN

*Całodniowy kurs indywidualny
1 osoba - 1200 PLN
2 osoby - 1500 PLN

TEORIA I PRAKTYKA

16-17
maja 2020



Dr Mariusz Botzan
Dr Tomasz Żabski

IMPLANT HERO 1 – Chirurgia.

Szczecin

ORGANIZATOR: C.Witt Dental,
Biała Szuflada

CENA: 3400 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY**

WYJĄTKOWE
WYDARZENIE

28-31
maja 2020



II DNI OKLUZJI.

Dr Thomas Schindler
Dr Mariano Rocabado
Dr Maria Jesus Provedo
Dr Wolf Dieter Seeher
Dr hab. n. med. Jan PIETRUSKI

Sopot

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Pracownia Pozytywnych Zmian

CENA: od 1380 PLN

**KONFERENCJA
Z WARSZTATAMI
PRAKTYCZNYMI**

29-30
maja 2020



Prof. Dr hab. med. Marzena
Dominiak - kierownik naukowy

Wrocławskie Dni Implantologii.

Śleza, Zamek Topacz

ORGANIZATOR: PTS

KONGRES

4-6
czerwca 2020

Kongres PSI.

Poznań, Novotel

ORGANIZATOR: PSI

**KONFERENCJA
Z WARSZTATAMI
PRAKTYCZNYMI**

Maj - Czerwiec

4
czerwca 2020



Dr Mariusz Botzan

Praktyczne zastosowanie przeszczepów dziąsłowych. (w ramach KONGRESU PSI)

Poznań, Novotel

ORGANIZATOR: PSI

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY NA MODELACH**

18-19
czerwca 2020



Dr Michał Szczutkowski

Implanty w strefie estetycznej i odcinku funkcjonalnym.

STI - Betchatów

ORGANIZATOR: STI

CENA: 3990 PLN (4290 PLN)

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY NA MODELACH**



20-27
czerwca 2020



Dr n. med. Daniel Ciapiński

Rejs po Morzu Śródziemnym.

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Alfamedica

CENA: 3500 PLN

**TEORIA
ANALIZY PRZYPADKÓW
KLINICZNYCH**

Lipiec - Wrzesień



1-4
lipca 2020



Dr Mauro Merli

Implant therapy. The integrated treatment plan.

Rimini, Włochy

ORGANIZATOR: C. Witt Dental

CENA: 6800 PLN



5-11
lipca 2020

VII Młodzieżowe Spotkanie Implantologiczne.

St. Lambrecht, Austria

ORGANIZATOR: C. Witt Dental

CENA: 2200 PLN

**KONFERENCJA
Z WARSZTATAMI
PRAKTYCZNYMI**



Dr Michał Sypień
Dr Tomasz Sypień

Backward planning w implantologii

– obietnica sukcesu
w implantoprotetyce.
Czyli na co zwracać uwagę
podczas planowania
kompleksowego leczenia
implantoprotetycznego.

Bielsko - Biała

ORGANIZATOR: C. Witt Dental
i 3S - Stomatologia Sypień

CENA: 3500 PLN

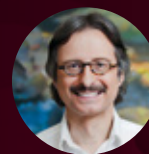
**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY NA MODELACH
ZABIEGI NA ŻYWO**

3-4
września 2020

WYJĄTKOWE
WYDARZENIE



10-13
września 2020



Dr Konrad Meyenberg
Prof. Ulrike Kuchler
Dr Andriy Huk
Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk

THOMMEN MEDICAL EASTERN EUROPE.

Dubrovnik

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Thommen Medical

CENA: 600 €

**MIĘDZYNARODOWA
KONFERENCJA**



27 - 4
września października 2020



Dr Monika Puzio

Wyprawa na najwyższy szczyt Maroka - Jebel Toubkal 4167 m. n. p. m.

Maroko

ORGANIZATOR: C. Witt Dental

TREKKING

19-20
września 2020



Dr Mariusz Bołzan
Dr Tomasz Żabski

IMPLANT HERO 2 – Chirurgia.

Szczecin

ORGANIZATOR: C. Witt Dental,
Biała Szuflada

CENA: 3400 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY**

Październik

1-2
października 2020



Dr Michał Szczutkowski

Estetyczne i długoterminowo stabilne uzupełnienia na implantach.

Podstawy uzyskania sukcesu w zabiegach implantacji i gospodarowania tkankami miękkimi.

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI, C.Witt Dental

CENA: 3500 PLN (3000 PLN)

TEORIA I PRAKTYKA,
WARSZTATY NA MODELACH



1-2
października 2020



Prof. Markus Hürzeler

New digital treatment strategies and procedures with dental implants.

Monachium

ORGANIZATOR: Thommen Medical, C.Witt Dental

CENA: 6400

TEORIA I PRAKTYKA,
WARSZTATY,
RETRANSMISJE

9
października 2020



Dr Mariusz Botzan

Chirurgia plastyczna tkanek przyzębia. Zarządzanie tkanką miękką.

Poznań LAB,
Przeźmierowo k. Poznań

ORGANIZATOR: Poznań LAB,
C.Witt Dental

CENA: 3800 PLN

CADAVERY

10
października 2020



Dr Mariusz Botzan

Mocne podstawy implantologii i chirurgii stomatologicznej.

Poznań LAB,
Przeźmierowo k. Poznań

ORGANIZATOR: Poznań LAB,
C.Witt Dental

CENA: 3400 PLN

CADAVERY

22-23
października 2020



Dr Michał Szczutkowski

Implantacja natychmiastowa.

Jak ukształtować profil wyłaniania i wykonać indywidualną śrubę gojącą w 5 minut?

STI - Bełchatów

ORGANIZATOR: STI

CENA: 3990 PLN (4290 PLN)

TEORIA I PRAKTYKA,
WARSZTATY NA MODELACH

Listopad - Grudzień



6-7
listopada 2020



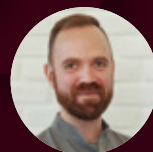
Prof. Markus Hürzeler

KONFERENCJA.

Kijów, Ukraina

ORGANIZATOR: Dr Roman Kuts

KONFERENCJA



Dr Mariusz Botzan
Dr Patrycja Dziuban

IMPLANT HERO 3 – Protetyka.

Szczecin

ORGANIZATOR: C.Witt Dental,
Biała Szuflada

CENA: 3400 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY**

7-8
listopada 2020



Dr n. med. Adam Ziemlewski

Zaawansowane techniki chirurgiczne w implantologii ze zwróceniem uwagi na szczegóły wpływające na przewidywalność terapii.

Gdańsk, Impladent Medical &
Dental Clinic

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

CENA: 3500 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY
ZABIEGI NA ŻYWO**

13-14
listopada 2020



20 - 1
listopada - grudnia 2020



Marcelo de Faveri, DDS MsC PhD
Fábio Shiniti Mizutani, DDS MsC
Danilo Maeda Reino, DDS MsC
Danilo Lazzaro Ciotti, DDS MsC

Zaawansowana regeneracja kości i tkanek miękkich w implantologii.

(5 dni zabiegów z pacjentami)

Brazylia,
Rio de Janeiro - São Paulo

ORGANIZATOR: C.Witt Dental,
Bionnovation

CENA: 19800 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY ZABIEGI NA ŻYWO**

4-5
grudnia 2020



Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk

Implanty – praca w pełnej nawigacji.

Częstochowa

ORGANIZATOR:
C. Witt Dental, Alfamedica

CENA: 3500 PLN

**TEORIA I PRAKTYKA
WARSZTATY
ZABIEGI NA ŻYWO**

2021-2022


11-12
marca 2021



Prof. Markus Hürzeler

CURRICULUM Hürzeler.

Koncepcja mikrochirurgiczna.

Monachium

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

CURRICULUM


23-24
kwietnia 2021



Prof. Markus Hürzeler

Konferencja.

Praga

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

KONFERENCJA

23
lipca 2021



Prof. Markus Hürzeler
Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk

One day course.

Warszawa

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

ONE DAY COURSE

2021-2022


13-14
października 2022



Prof. Markus Hürzeler

CURRICULUM Hürzeler. Implanty w strefie estetycznej.

Monachium / Kraków

ORGANIZATOR:
C.Witt Dental

CURRICULUM

14-15
października 2021



Prof. Markus Hürzeler
Prof. Marzena Dominiak

CURRICULUM Hürzeler. Koncepcja periodontologiczna.

Wrocław

ORGANIZATOR:
C.Witt Dental

CURRICULUM

19
listopada 2021



Prof. Markus Hürzeler
Dr n. med. Adam Ziemlewski

CURRICULUM Hürzeler. Implanty w odcinku funkcjonalnym.

Gdańsk

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

CURRICULUM

Dr Otto Zuhr
Dr n. med. Daniel Ciapiński
Dr Łukasz Bańczyk
Dr Michał Szczutkowski

One day course

Warszawa

ORGANIZATOR: C.Witt Dental

ONE DAY COURSE

SZKOLENIA INDYWIDUALNE



Dr n. med. Daniel Ciapiński

Informacje i rezerwacja +48 661 385 956
DENTRUM implantologia i stomatologia estetyczna
Ściegiennego 49/1, Katowice
śląskie



Dr Łukasz Bańczyk

Informacje i rezerwacja +48 504 777 386
Alfamedica
Kilińskiego 166, Częstochowa
śląskie



Dr Michał Czarnowski

Informacje i rezerwacja: Marcin Miłkowski +48 609 929 691
CZAR-DENT
Świętokrzyska 5/lok. U2, Białystok
podlaskie



Dr Bogusława Czarnowska

Informacje i rezerwacja: Marcin Miłkowski +48 609 929 691
CZAR-DENT
Świętokrzyska 5/lok. U2, Białystok
podlaskie

- możliwość asystowania przy kompleksowych zabiegach implantoprotetycznych
- indywidualne szkolenia praktyczne z tematyką do wyboru
- indywidualne konsultacje przypadków klinicznych kursantów



Dr Paweł Poniąkowski

Informacje i rezerwacja: Łukasz Keffer +48 663 551 223
Centrum Stomatologiczne Estetica
Wrocławczyka 40/1, Śródmieście, Wrocław
dolnośląskie



Dr Maciej Walczak

Informacje i rezerwacja: Łukasz Keffer +48 663 551 223
LUCIŃSCY Stomatologia
aleja Jana Matejki 2c/2, 50-335 Wrocław
dolnośląskie



Dr Mateusz Kuboń

Informacje i rezerwacja: Grzegorz Palicki +48 608 399 288
NOVADENTIS
Zaściankowa 96/1A, Warszawa
mazowieckie



Dr Mariusz Bożan

Informacje i rezerwacja: Radosław Cebulski +48 515 904 399
Biała Szuflada
Wyszyńskiego 14 Lok. U/01, Szczecin
zachodniopomorskie



Dr Łukasz Czupkałto

Informacje i rezerwacja: Marcin Miłkowski +48 609 929 691
Czupkałto Dental Clinic
Wojciechowska 55 lok 4, Lublin
lubelskie

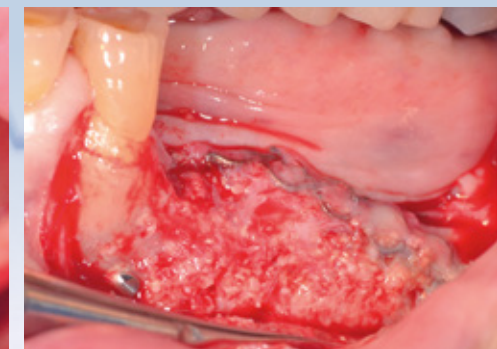
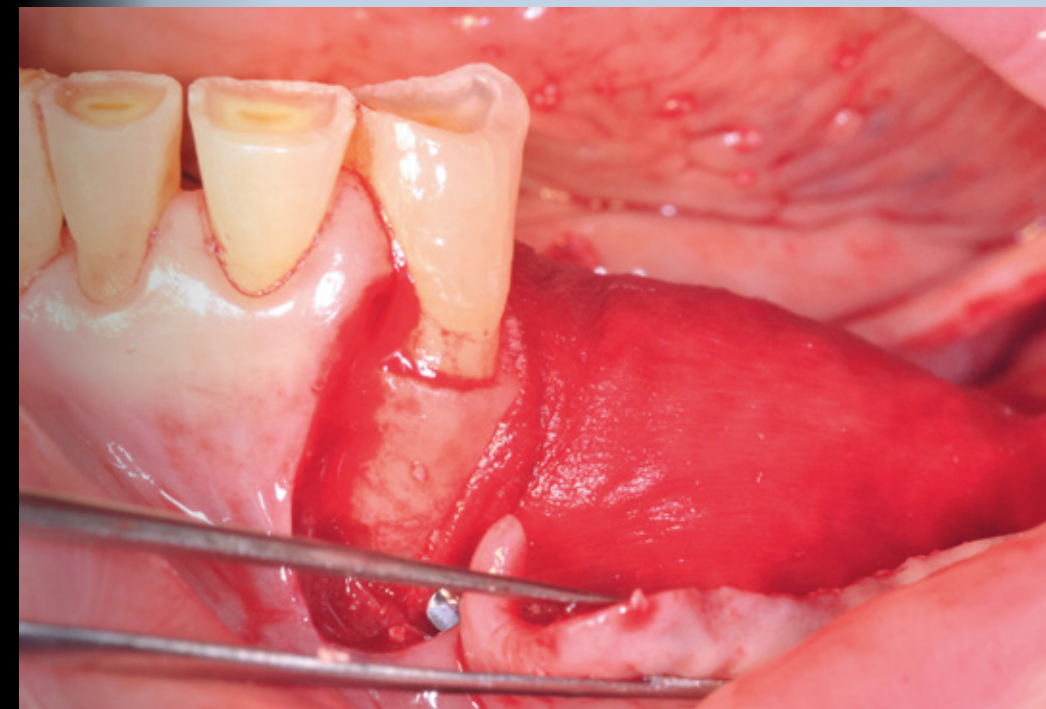
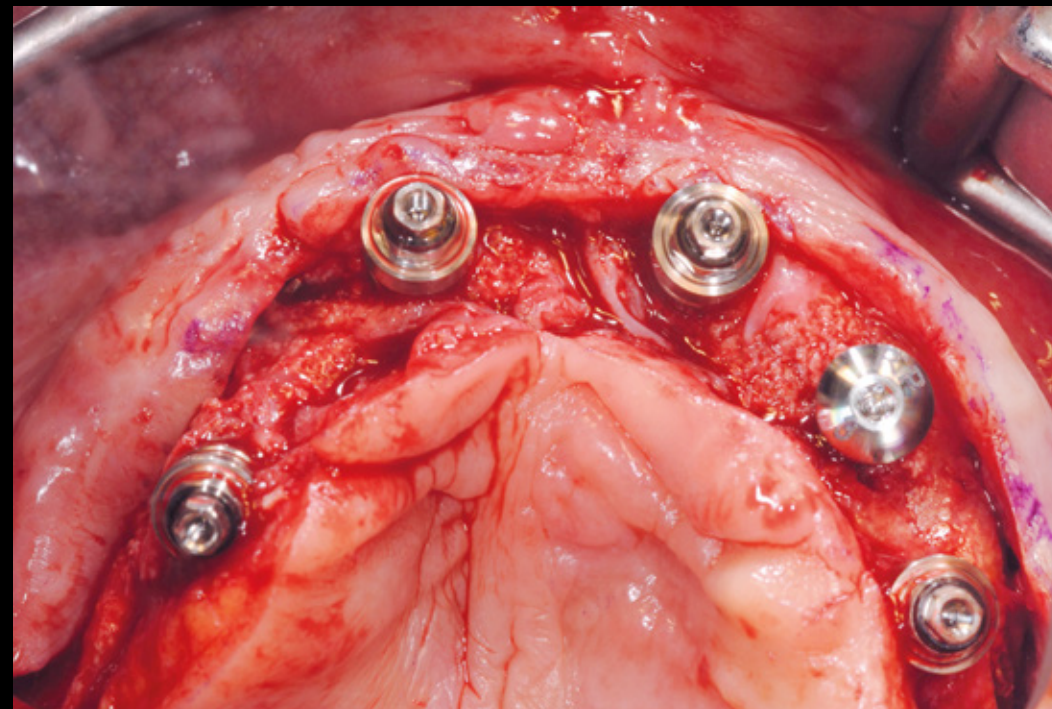
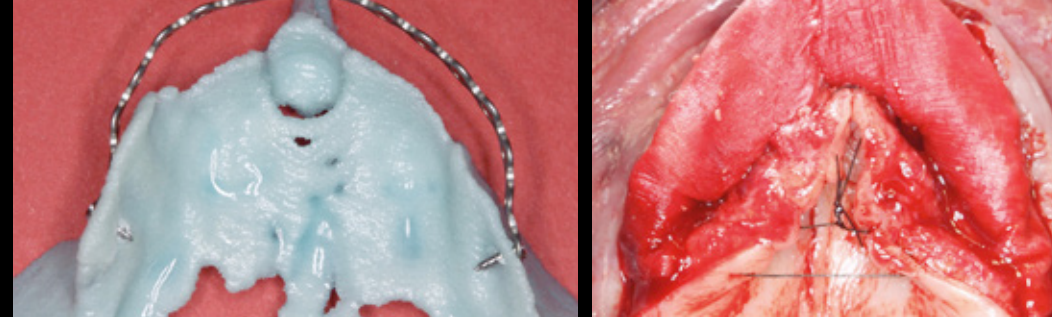
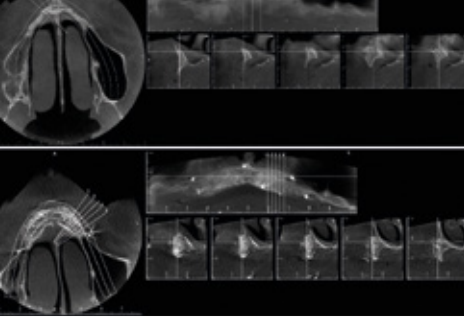


Jesteście Państwo dla nas inspiracją,
to dzięki Wam powstał ten katalog,
to dzięki Wam nasza praca ma sens...

W tym roku, po raz pierwszy, chcielibyśmy
pochwalić się wynikami Waszej wspaniałej pracy
na łamach katalogu szkoleń C.Witt Dental.

Zdecydowanie, wybitnych polskich specjalistów
z zakresu implantologii, z którymi współpracujemy
jest więcej niż stron w tej publikacji. Dlatego
wszystkich otwartych na współpracę w przyszłych
latach zapraszamy do kontaktu z nami.

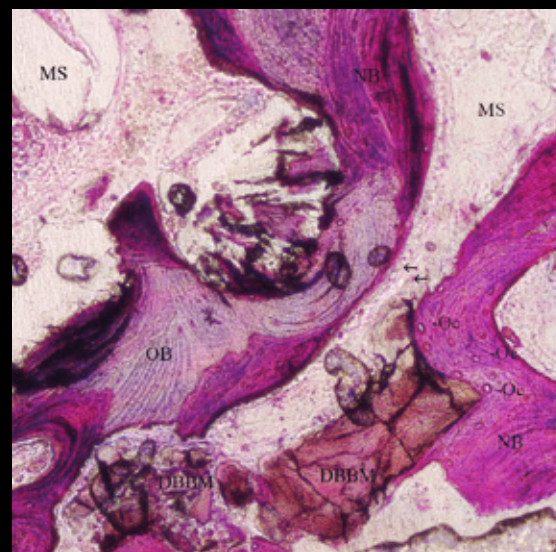
Zespół C.Witt Dental



Fence Technique

The „Fence Technique” is a novel bone reconstructive technique based on guided bone regeneration for extensive three-dimensional hard tissue augmentation. This two-stage technique utilizes bioresorbable osteosynthesis plates, pins, and collagen membranes that form a physical barrier resembling a fence,

which contains the bone graft biomaterials composed of a combination of deproteinized bovine bone matrix and autologous bone grafted from intraoral sites. This technique can result in significant bone regeneration with minimal patient discomfort. Four case reports are presented in the article published on International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry (2013). Histologic analysis of specimens shows the presence of mature bone. This procedure yields favorable results for bone formation, implant placement, and patient satisfaction.



Clinica Merli Dentofacciale
RIMINI
v.le Settembrini, 17/o (47923)
<https://www.clinicamerli.it/>

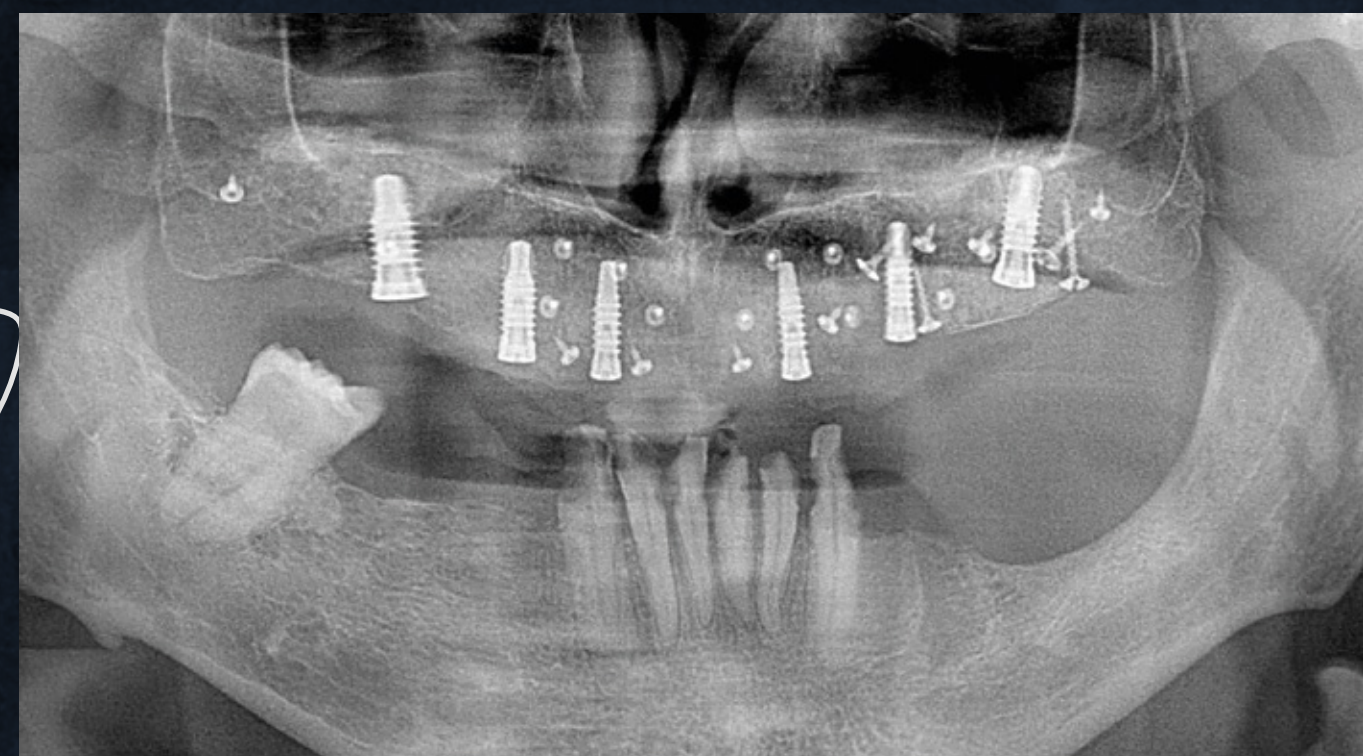
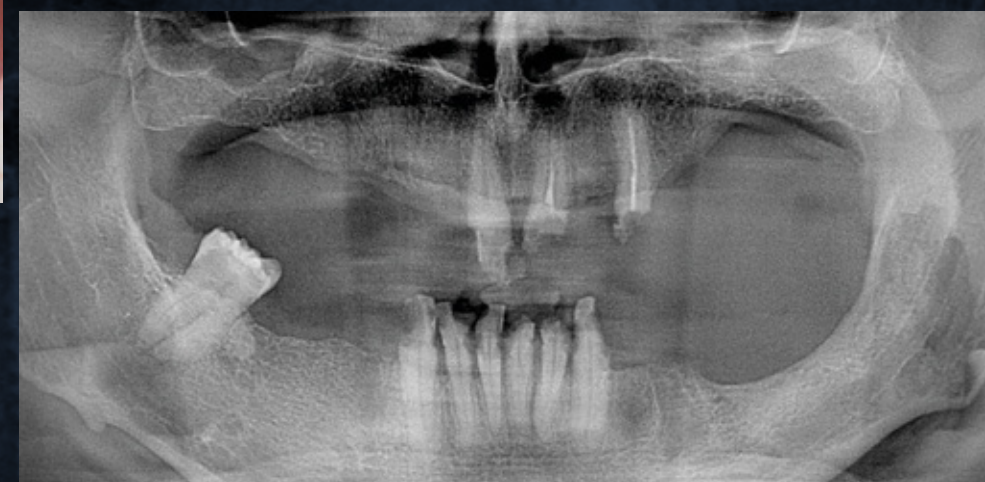
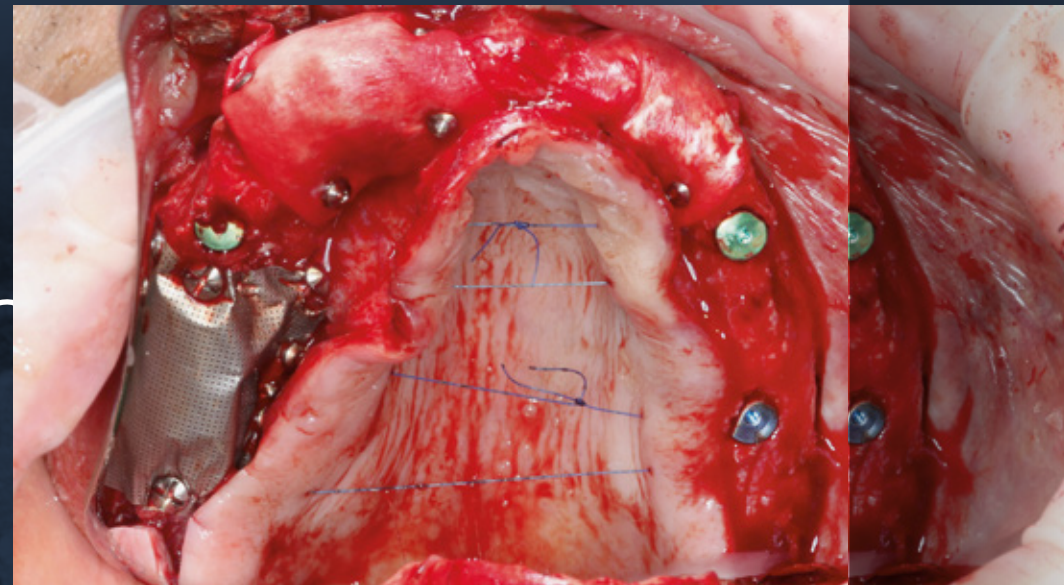
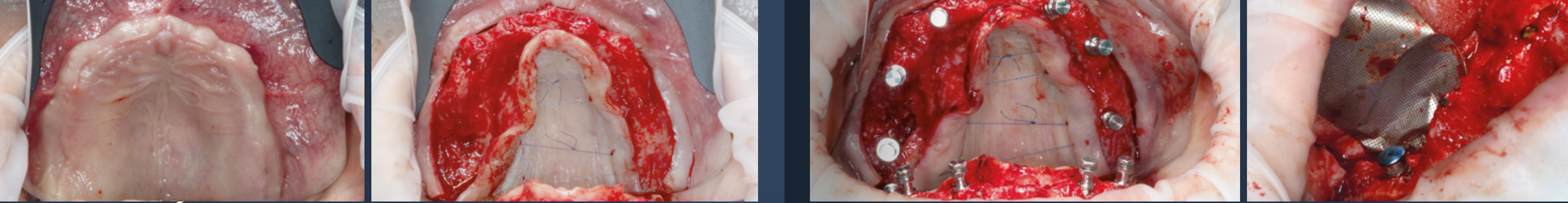
Mauro Merli
Dr Mauro Merli

Mini-Fence Technique

The „Mini-Fence Technique” is a novel bone reconstructive technique based on guided bone regeneration for localized three-dimensional hard tissue augmentation.

This two-stage technique utilized a titanium osteosynthesis plate and a collagen membrane to form a physical barrier resembling a fence that contains bone graft biomaterial composed of a combination of deproteinized bovine bone matrix and autologous bone grafted from intraoral sites. Six case reports are presented in the article published on International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry (2015). At 6 months postsurgery, an increase in bone volume of 953 mm³ was shown. Mean maximum linear augmentation in the vertical direction was 6.75 mm. Histologic analysis of the regenerated area revealed the presence of compact newly formed bone with no sign of inflammation. A total of 13 implants were placed. Peri-implant marginal bone level was 0.94 mm at implant placement and 1.30 mm after 6 months. The patients were satisfied with the procedure and no complications were observed.





Pionowa i boczna augmentacja kości w szczęcie z jednoczasowym wszczepieniem 6 implantów. Techniki wykorzystane podczas zabiegu to Souseage Technique, sinus lift obustronny oraz odbudowa pionowa z wykorzystaniem siatki tytanowej. Zdjęcia śródzabiegowe i kontrolne rtg po zabiegu. Zdjęcie ostatnie wewnątrzustne po okresie 2 miesięcy od zabiegu. Bardzo dobre gojenie tkanek w okolicy zabiegowej.

DENTRUM implantologia i stomatologia estetyczna
 Ściegiennego 49/1
 40-114, Katowice, śląskie
 + 48723609090

Indywidualne praktyczne szkolenia z zakresu chirurgii, implantologii oraz implantoprotetyki (2-3 kompleksowe zabiegi)

Daniel Ciapiński +48 661 385 956
 3000 PLN – 1 osoba / 1 dzień



THOMMEN
 Medical

SPI

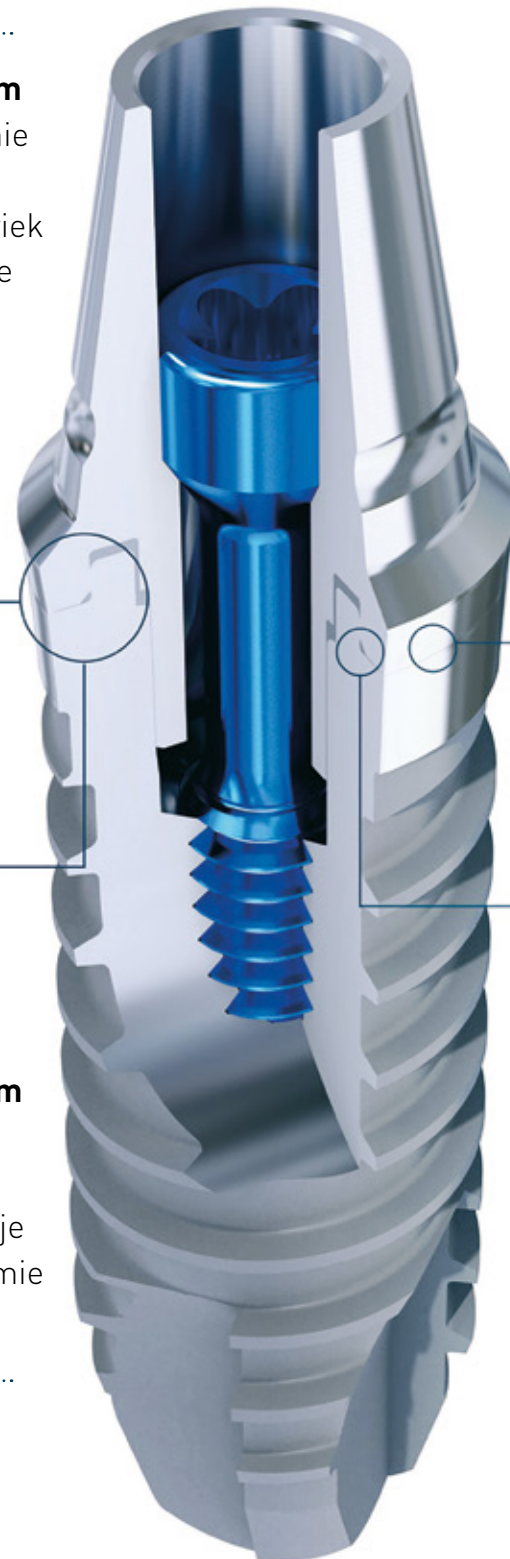
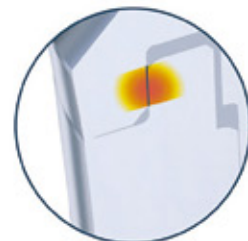
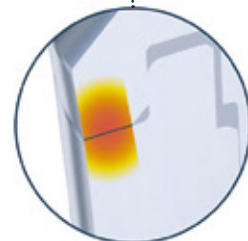
Daniel Ciapiński

Dr n. med. Daniel Ciapiński

DZIĘKI TECHNOLOGII – KORZYŚCI DLA TWOJEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ

Stabilizacja w wymiarze osiowym

Precyzyjne, osiowe pozycjonowanie łącznika we wnętrzu implantu zapobiega powstaniu jakiegokolwiek odchylenia od osi podłużnej, które mogłoby wystąpić w przypadku połączenia stożkowego.

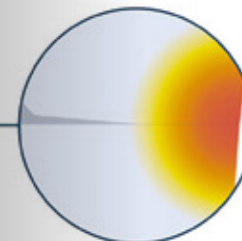
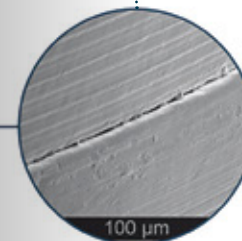


Stabilizacja w wymiarze bocznym

Pierścień stabilizujący zapewnia optymalną mechaniczną stabilizację łącznika i minimalizuje obecność mikroruchów na poziomie kości i tkanek miękkich.

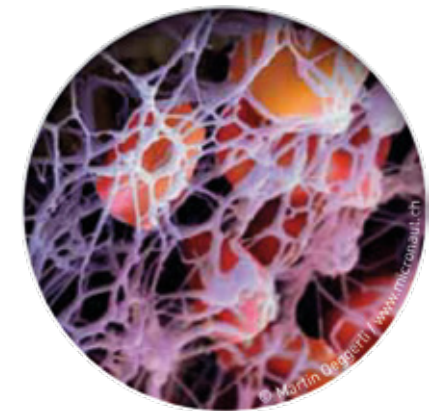
Gładka strefa przejścia między łącznikiem a szyjką implantu

Najwyższy stopień precyzji strefy przejścia między łącznikiem a implantem umożliwia bezproblemowe badanie tego obszaru sondą periodontologiczną. Jest to ponadto obszar łatwy do utrzymania w czystości, pozbawiony podcieni lub stopni umożliwiających akumulację bakterii.



Mocny docisk powierzchni

Lekko kątowy kontakt łącznika z implantem zapewnia jego mocne dociśnięcie do krawędzi implantu (skoncentrowany docisk), co zapewnia optymalne uszczelnienie przed dostępem płynów ustrojowych.



INICELL®

Gwarancja osteointegracji i dożywnia rękojmia na implanty z Inicell.

Poznaj Apliquiq

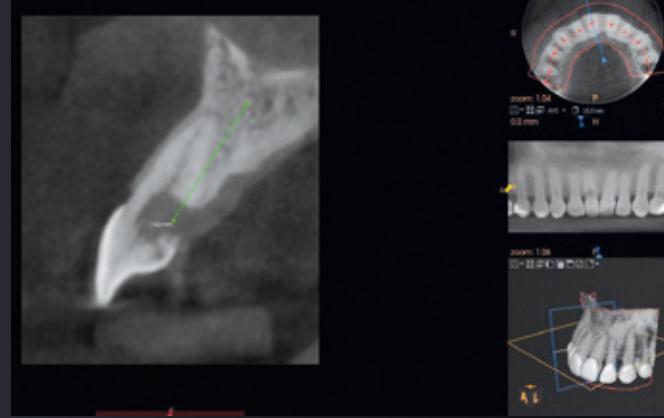
<http://cwittdental.com.pl/produkty/inicell>



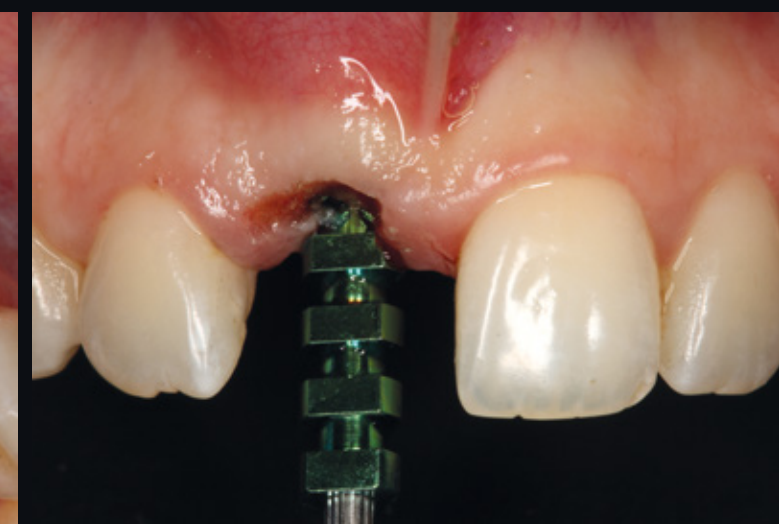
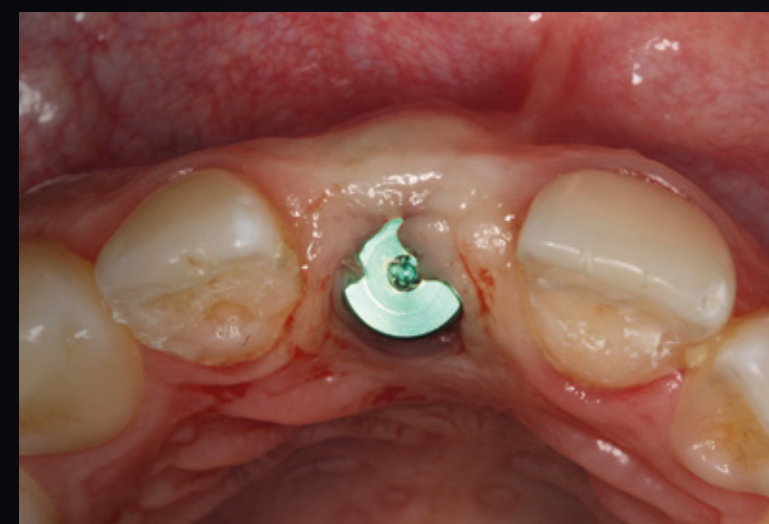
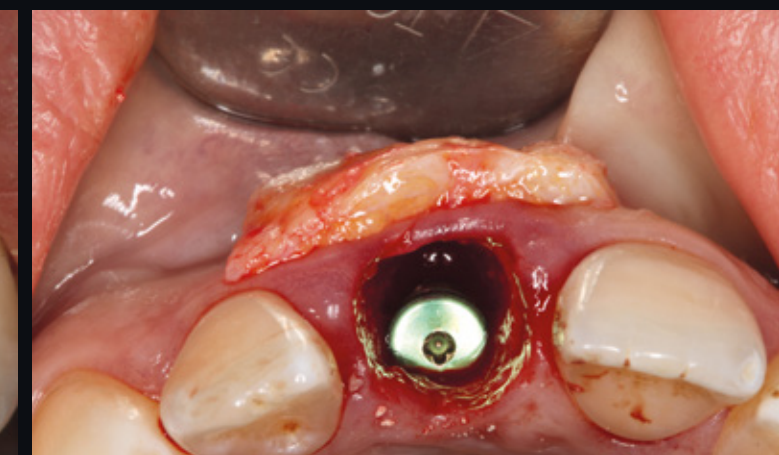
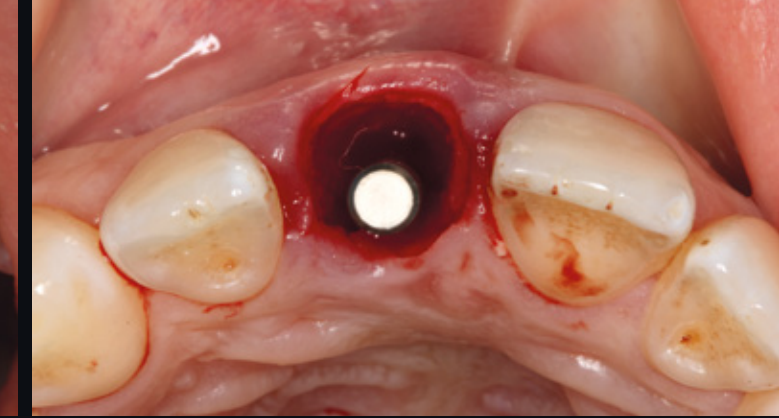
APLIQUIQ®

Wyłączny dystrybutor w Polsce:

C.WITT DENTAL Sp. z o. o.
87-100 Toruń, ul. Granitowa 10
Tel. +48 56 623 61 23
e-mail: biuro@cwittdental.pl



Pacjentka zgłosiła się z bardzo dużą resorpcją korzenia zęba 11 od strony podniebiennej. Delikatnie usunięto korzeń. Natychmiastowo wszczepiono implant Thommen Inicell 4,0 12,5 i założono 3,2 mm śrubę gojącą. Luka między implantem a wargową blaszką kości została wypełniona ksenograftem. W dziąśle przedsonkowo został wypreparowany mikroskalpelem tunel. Do niego został wprowadzony przeszczep tkanki łącznej CTG pobrany z głębi podniebienia techniką jednego cięcia. Przeszczep pogrubiał biotyp oraz zamykał przestrzeń między brzegiem dziąsła a śrubą gojącą. Uzupelnienie tymczasowe zostało przymocowane adhezyjnie na sąsiednich zębach.

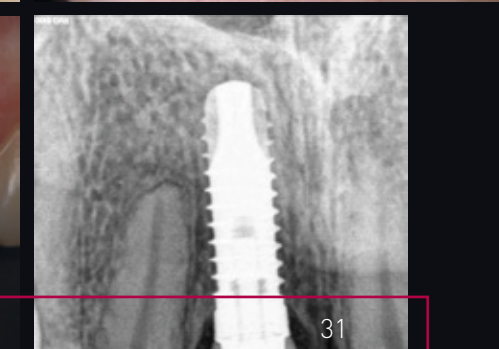
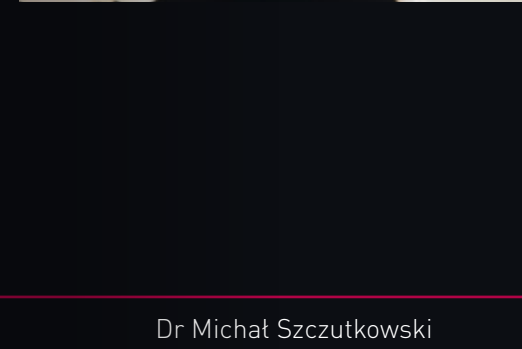


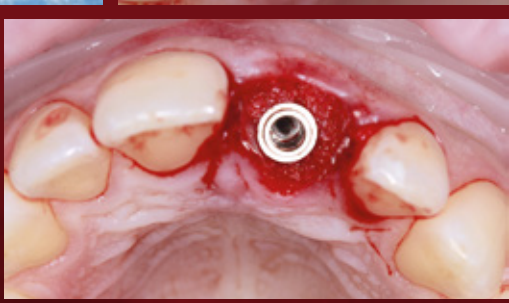
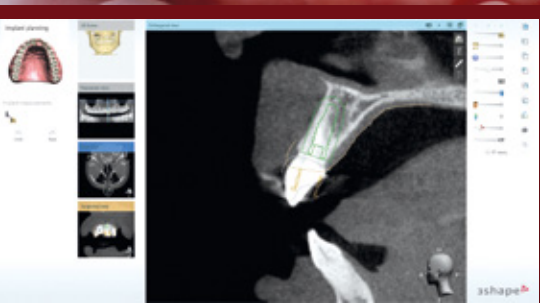
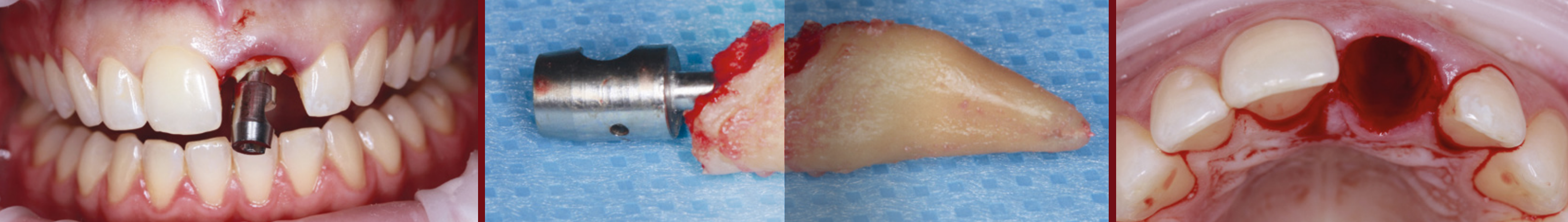
Po 4 miesiącach została wykonana ostateczna protetyka - korona cyrkonowa przykręcana na indywidualnym łączniku cyrkonowym przyklejonym do tytanowej bazy. Ostatnie 3 zdjęcia i RVG kontrolne po 2 latach użytkowania.

Dr Michał Szczutkowski
Dr Michał Szczutkowski

SOFT TISSUE INSTITUTE

Osiedle Dolnośląskie 113
97-400 Bęczatów
+48 502 551 552
kontakt@sti.edu.pl
<https://sti.edu.pl/>





ALFAMEDICA
 Ul. Kilińskiego 166
 42-218 CZĘSTOCHOWA
 +48 609 564 455
 alfaestetica.med.pl
 facebook.com/alfamedica.czestochowa

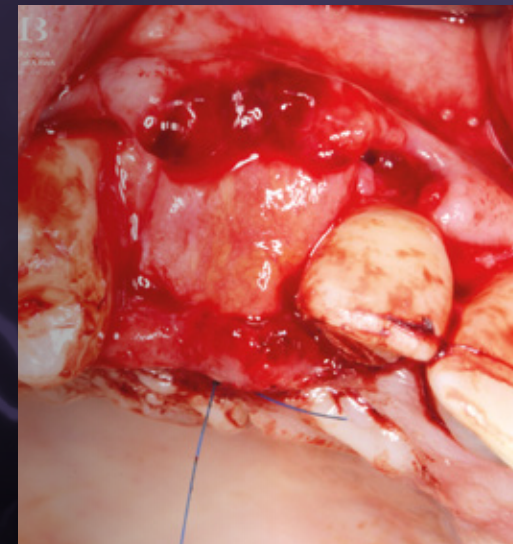
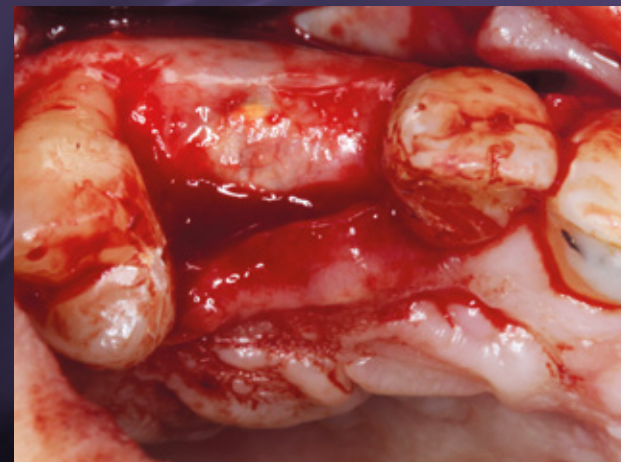
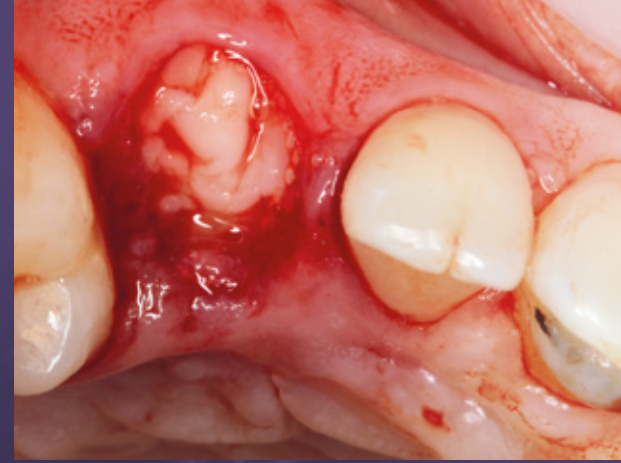
Łukasz Bańczyk
 Dr Łukasz Bańczyk

Indywidualne praktyczne szkolenia z zakresu chirurgii, implantologii oraz implantoprotetyki (2-3 kompleksowe zabiegi)

Łukasz Bańczyk +48 504 777 386
 3000 PLN – 1 osoba / 1 dzień

Pacjentka lat 29 zgłosiła się z powodu złamania korzenia zęba 21. Atraumatycznie usunięto złamany korzeń przy użyciu urządzenia Benex. Przy użyciu szablonu do pełnej nawigacji natychmiastowo wszczepiono implant Thommen Medical średnicy 4,0mm, długości 11mm. Pomiędzy blaszkę przedsionkową, a implant wprowadzono ksenograft, który od góry zabezpieczono przeszczepem tkanki łącznej CTG pobranym z podniebienia po stronie lewej.

Następnie wykorzystując obecną koronę pacjentki wykonano indywidualną koronę tymczasową przykręconą do implantu. Rtg pantomograficzne kontrolne bezpośrednio po zabiegu. Stan tkanek miękkich po tygodniu od zabiegu - widoczny nadmiar tkanek miękkich, które zostaną ukształtowane na etapie przygotowania pracy ostatecznej.



Z powodu wewnętrznej resorpcji perforującej ścianę korzenia w trzech miejscach, wykonano ekstrakcję zęba 13. Po trzech miesiącach wykonano zabieg wszczepienia implantu Thommen 3,5/9,5 z szablonem chirurgicznym wraz ze sterowaną regeneracją kości (GBR) przy użyciu folii tytanowej Bionnovation mocując ją śrubami Bionnovation i autogennej kości pacjenta pobranej z kresy skośnej.

Po kolejnych 4 miesiącach wykonano zabieg pogrubienia śluzówki nad implantem za pomocą tkanki łącznej pobranej z podniebienia (CTG). Po kolejnych 2 miesiącach odstąpięto implant metodą Roll Flap.

Bartosz Mulawa
Dr Bartosz Mulawa

Następnie po upływie 3 tygodni wykonano przykręcaną kompozytową koronę tymczasową na łączniku tymczasowym w celu modelowania profilu wylaniania. Następnie wykonano przykręcaną koronę pełnoceramiczną E-MAX na indywidualnym łączniku cerkonowym.

Stomatologia Bartosz Mulawa
(+48) 604 445 669
kontakt@stomatologia-mulawa.pl
Ul. Stomińskiego 7 lok 7,
00-195 Warszawa (Żoliborz)
stomatologia-mulawa.pl

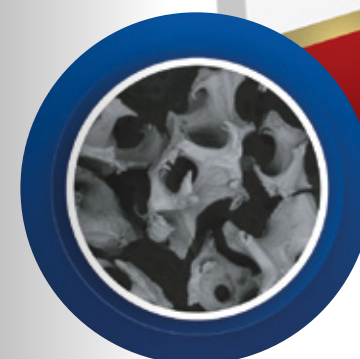
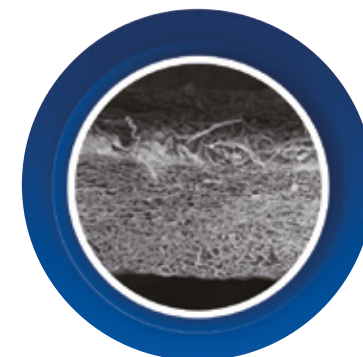
STRAIGHT TO THE GOAL.

GUIDED SURGERY
PF 3.5 – PF 4.5
L 6.5 – L 12.5



THOMMEN
Medical

C.WITT
D E N T A L



Bionnovation
biomedical

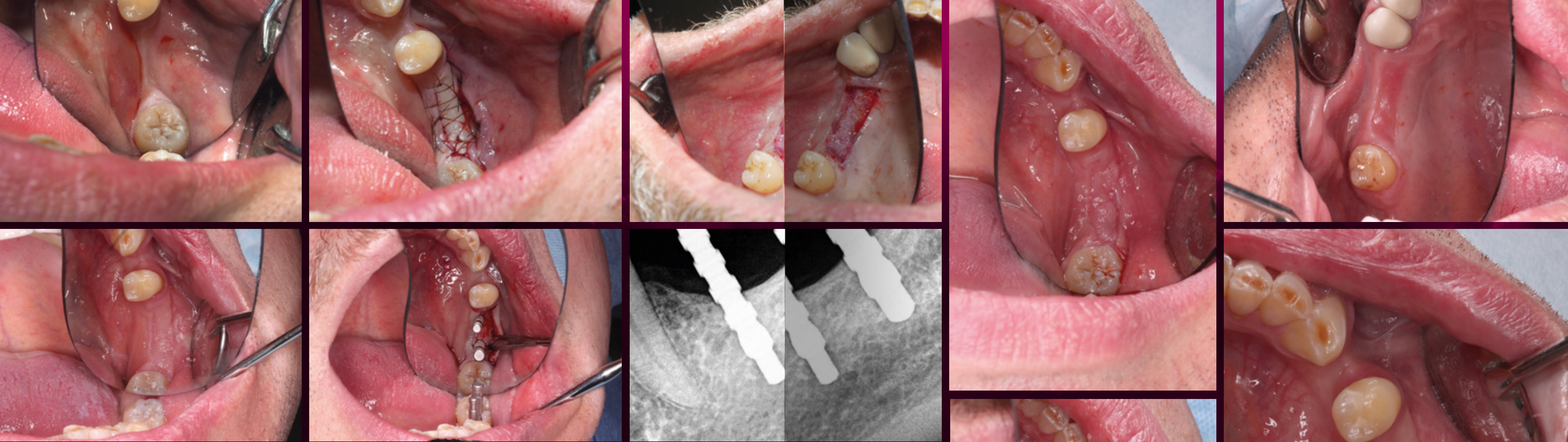
SPRAWDZONA

REGENERACJA TKANEK
MIĘKKICH I TWARDYCH
W KAŻDYCH WARUNKACH

Zapraszamy do kontaktu i zapoznania się z pełnym asortymentem na naszej stronie internetowej.

tel. +48 56 623 61 23 | www.facebook.com/Cwittdental | www.cwittdental.pl

Dostęp do artykułu klinicznego:



Dr Maciej Walczak
 LUCIŃSCY Stomatologia
 aleja Jana Matejki 2c/2
 50-335 Wrocław
 tel. 885 122 111

Możliwość indywidualnych szkoleń:
 Łukasz Keffer +48 663 551 223

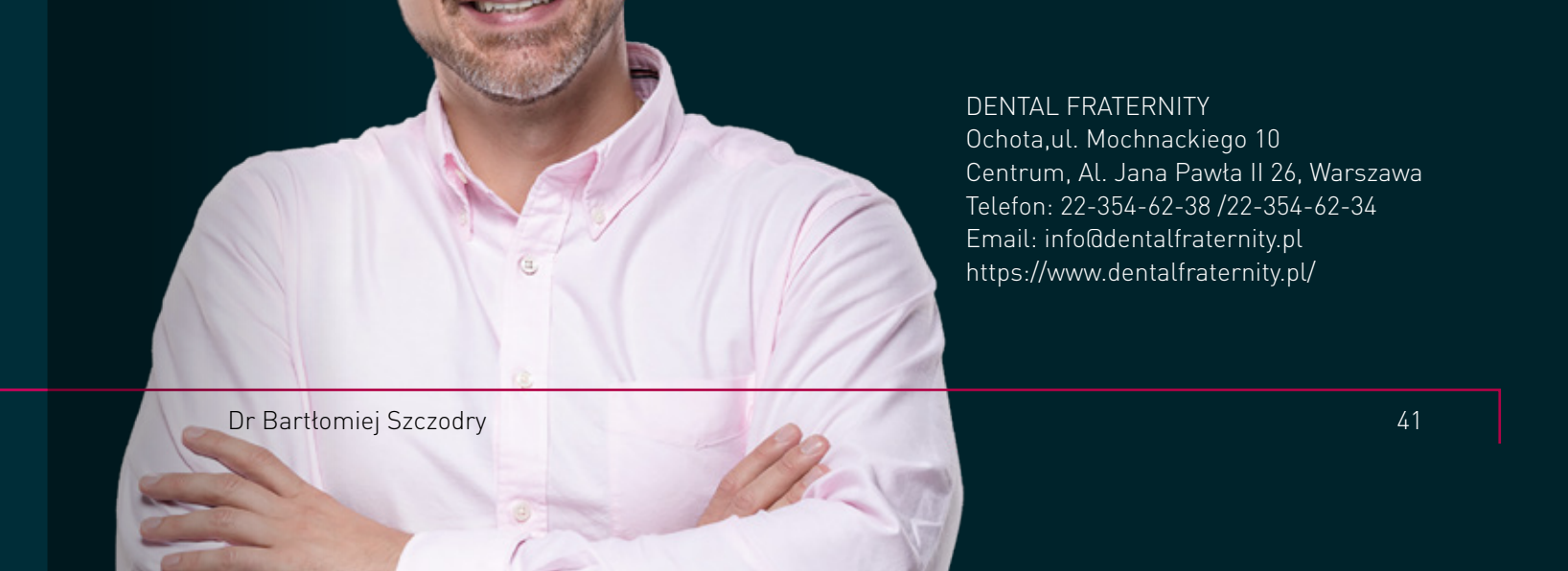
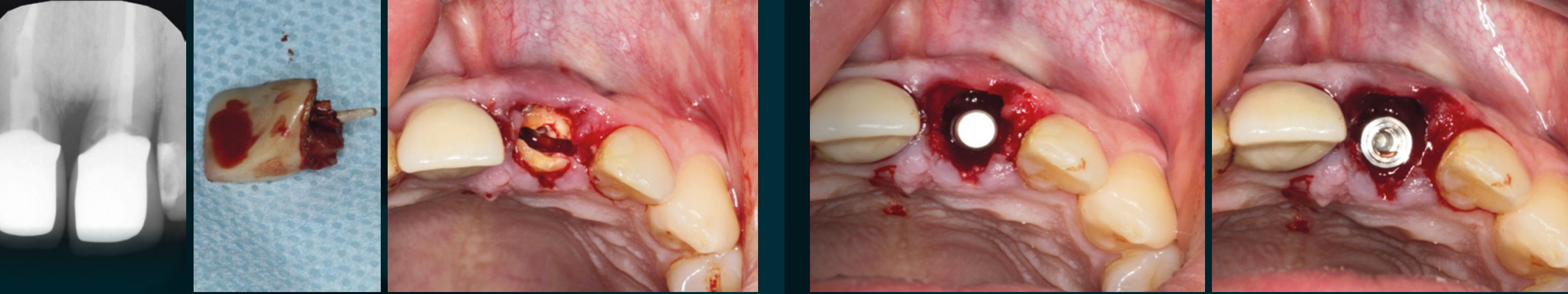
Maciej Walczak

Dr Maciej Walczak



Pacjent lat 64. Warunki kostne dobre, duży zanik dziąsła rogowacjącego w okolicy braku. Zabieg odbudowy szerokości strefy dziąsła rogowacjącego FGG pobranym z podniebienia twardego, podniebienie zabezpieczone histoacrylem.

Obraz po 3 tygodniach gojenia. Po kolejnych 4 tygodniach wykonano zabieg wszczepienia implantów Thommen Inicell RC. Sytuacja po 4 miesiącach gojenia otwartego.



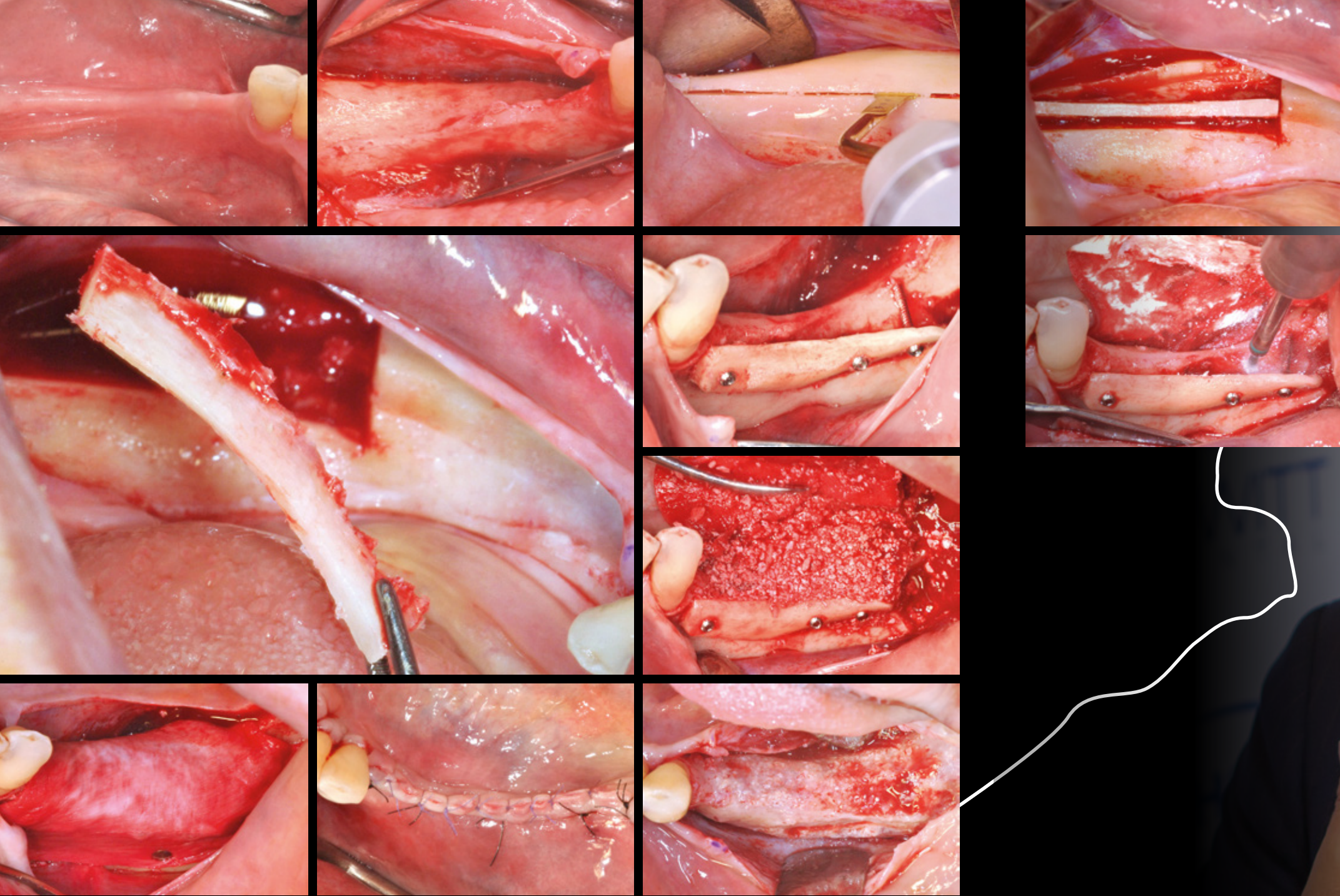
Powyżej dokumentacja fotograficzna procesu leczenia jednego z moich pacjentów przedstawiająca procedury uzupełnienia braku zęba w odcinku przednim w wyniku złamania korzenia. Czas leczenia około roku.

- Planowana pozycja implantu na podstawie tomografii komputerowej.
- Złamanie porcelanowej korony zęba z fragmentem korzenia
- Rozseparowanie korzenia zęba - atraumatyczna ekstrakcja zęba
- planowana pozycja implantu - wstępna preparacja łoża pod implant
- Implant bezpośrednio po wszczępieniu do kości w zębodół po usuniętym zębie.
- Odbudowa kości materiałem kościotwórczym ok. implantu
- Odbudowa tymczasowa brakującego zęba. Widoczny deficyt tkanek miękkich po brakującym zębie.
- Zabieg przeszczepienia tkanki łącznotkankowej z podniebienia w ok. przyszłej korony na implancie.
- Indywidualna śruba gojąca kształtująca profil wyłaniania przyszłej korony. Zaplanowano wymianę dotychczasowej korony na zębie sąsiedniej celem osiągnięcia maksymalnie najlepszych efektów estetycznych.

- Korony tymczasowe na modelu w odcinku przednim - dalsze kształtowanie tkanek miękkich.
- Korony tymczasowe po zamocowaniu w ustach pacjenta - dalsze kształtowanie tkanek miękkich.
- Ukształtowany profil wyłaniania koroną tymczasową.
- Wyciski pod przyszłe korony - indywidualny transfer wyciskowy.
- Korony ostateczne na modelu.
- Korony pełnoceramiczne.
- RTG kontrolne po zabiegu wszczępienia implantu
- Korony ostateczne po montażu w jamie ustnej pacjenta. Korona przykręcana na implancie.
- Korony ostateczne bezpośrednio po montażu w jamie ustnej pacjenta. Korona przykręcana na implancie. Dalsze kształtowanie tkanek ok. 6 miesięcy

Bartłomiej Szczodry
Dr Bartłomiej Szczodry

DENTAL FRATERNITY
Ochota, ul. Mochnackiego 10
Centrum, Al. Jana Pawła II 26, Warszawa
Telefon: 22-354-62-38 / 22-354-62-34
Email: info@dentalfraternity.pl
<https://www.dentalfraternity.pl/>



Wafer Technique

The „Wafer Technique” is a novel technique based on guided bone regeneration and onlay grafts for three-dimensional bone augmentation. This two-stage technique uses an autogenous cortical bone plate and collagen membranes to form a barrier containing a mixture of deproteinized bovine bone matrix, autologous blood, and bone grafted from intraoral sites.

Five case reports are presented in the article published on International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry (2017). At 6 months postsurgery, a mean increase in bone volume of 1,062 mm³ was shown. Mean maximum linear augmentation was 3.65 mm. Histologic analysis of the regenerated areas revealed the presence of compact newly formed bone with no sign of inflammation. A total of 13 implants were placed. The patients were satisfied, and complications were not observed.

Mauro Merli
Dr Mauro Merli

Clinica Merli Dentofacciale
RIMINI
v.le Settembrini, 17/o [47923]
<https://www.clinicamerli.it>



THOMMEN
Medical EDUCATION



Dr. Konrad Meyenberg



Dr. n. med. Daniel Ciapiński



Dr. Łukasz Bańczyk



Moderator:
Prof. Ulrike Kuchler



Dr. Andriy Huk



Dr. Yaakov Agadi

THOMMEN
MEDICAL CENTRAL
EUROPEAN
CONFERENCE

Dubrovnik (Croatia)
10-13 September 2020r.

Na drodze do doskonałości
cwittdental.pl



Prof. Markus Hürzeler

M. Hürzeler



Prof. Marzena Dominiak
Kierownik Zakładu

W. Dominiak



Dr. Mariusz Botzan

Botzan



Dr. n. med. Adam Ziemlewski

Ziemlewski

NOWE TRENDY
W IMPLANTOLOGII
I CHIRURGII PRZYŻĘBIA

Nowe tematy, nowe spojrzenie.

Markus Hürzeler
Hotel Sheraton
WARSZAWA
16 - 17 kwietnia 2020r.

Na drodze do doskonałości
cwittdental.pl



Botzan

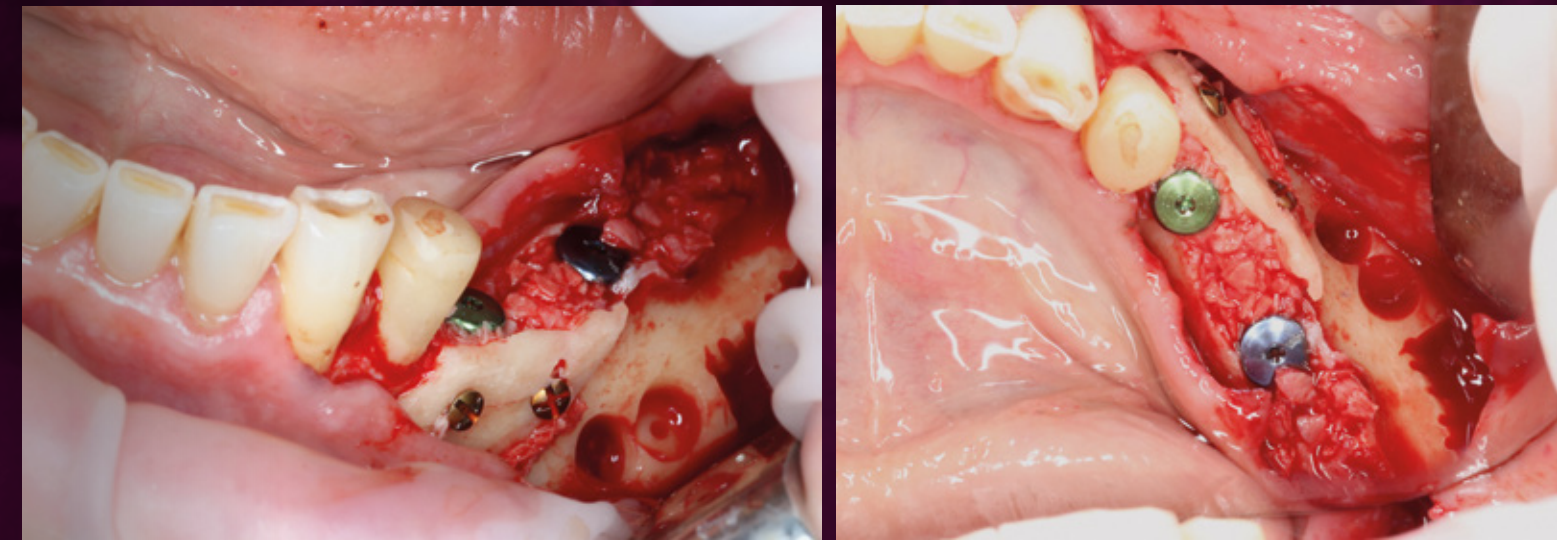
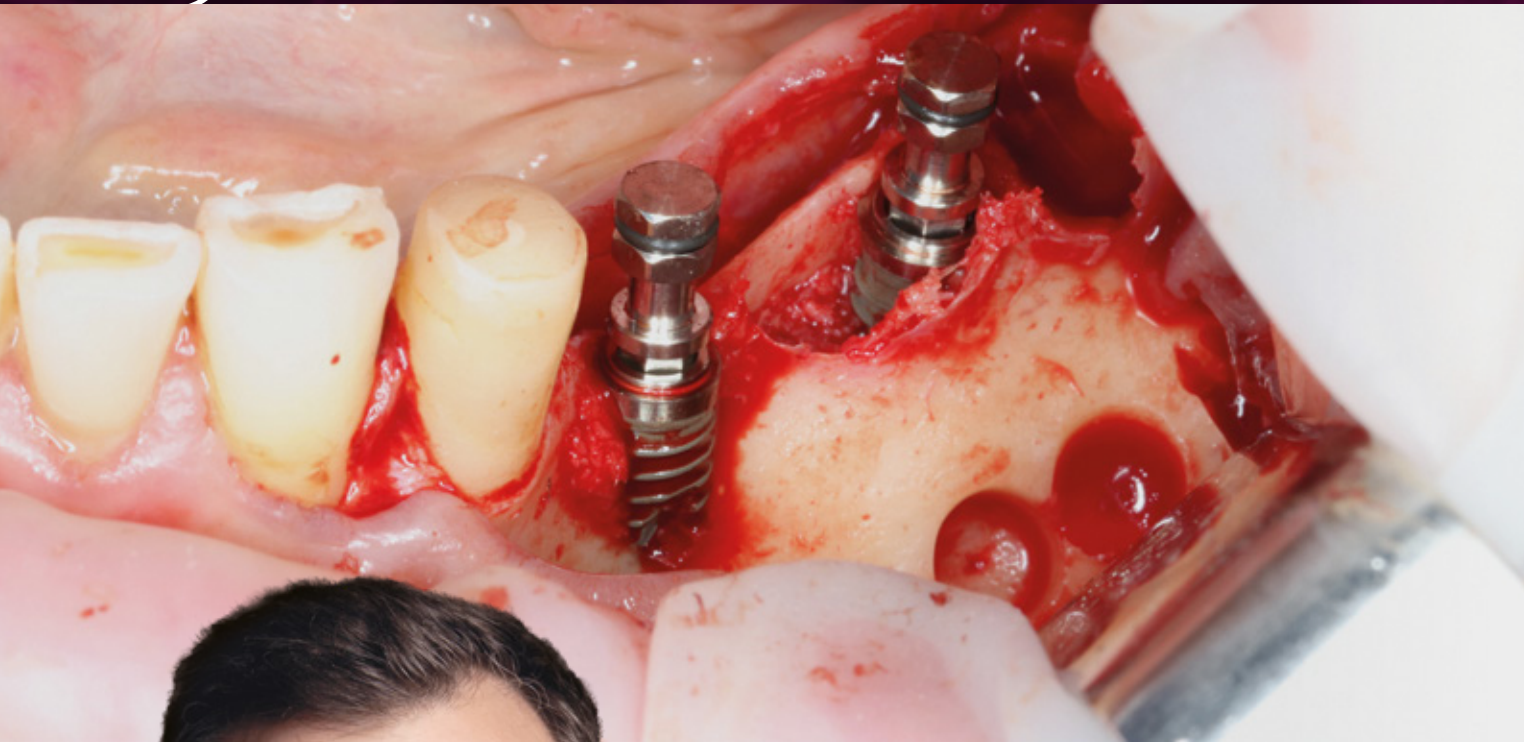
Dr Mariusz Botzan

Biała Szuflada
 Wyszyńskiego 14 Lok. U/01
 70-201 Szczecin
 tel. +48 91 433 13 65
 email: info@bialaszuflada.pl
 bialaszuflada.pl

B

Pacjentka zgłosiła się z recesją przy zębie 13 i chęcią leczenia ortodontycznego. Jak zwykle w stomatologii profilaktyka jest przyjemniejsza niż leczenie powikłań, więc przeszczep dziąsła został wykonany jeszcze przed założeniem aparatu. Moją techniką z wyboru przy augmentacji tkanek miękkich jest metoda tunelowa, miejscem biórczym zaś guz szczęki, który – jeśli w ogóle występuje – jest źródłem tkanki łącznej o znakomitej jakości, a przy odpowiednich technikach zarządzania tkanką miękką, również zadowalającej ilości.

Co jest jednak najwspanialsze, Pacjent ma ogromny komfort gojenia, zwłaszcza w stosunku do najczęściej wykorzystywanego podniebienia twardego. Gojenie oceniane po 3, 10 i 30 dniach nie pozostawia złudzeń co do tego jaki materiał pozostanie złotym standardem na kolejne lata – tkanki własne Pacjenta to najznakomitszy substrat dla organizmu, a dla nas – lekarzy – okazja do podziwiania tego, do czego zdolna jest Matka Natura przy naszej skromnej pomocy.



Implantacja natychmiastowa z wykorzystaniem szablonu chirurgicznego, regeneracja kości od strony przedsionka jamy ustnej techniką Khurego, z wykorzystaniem kości autogennej. Zdjęcia kontrolne panoramiczne po zabiegu.

DENTRUM implantologia i stomatologia estetyczna
 Ściegiennego 49/1
 40-114, Katowice, śląskie
 + 48723609090

Indywidualne praktyczne szkolenia z zakresu chirurgii, implantologii oraz implantoprotetyki (2-3 kompleksowe zabiegi)
 Daniel Ciapiński +48 661 385 956
 3000 PLN – 1 osoba / 1 dzień



5 Days

Live Patient Surgical

- Sinus lift techniques & procedures
- GBR
- Socket (ridge) preservation
- Horizontal and vertical bone augmentation
- Vertical ridge augmentation with titanium mesh; membrane and particulated bone graft
- Immediate implantation and soft tissue management around implants

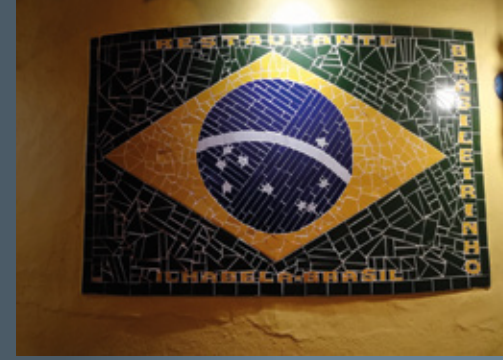


Advanced Bone and Soft Tissue Regeneration in Implant Dentistry

Rio de Janeiro - São Paulo - Ilha Bela, BRAZIL

**20 - 31 marca 2020 r.
20 listopada - 1 grudnia 2020 r.**

On the road to perfection
cwittdental.pl



Advanced Bone and Soft Tissue Regeneration in Implant Dentistry
Rio de Janeiro - São Paulo - Ilha Bela, BRAZIL
22 marca - 2 kwietnia 2019r.



Édukcja
Komunikacja
Rekreacja

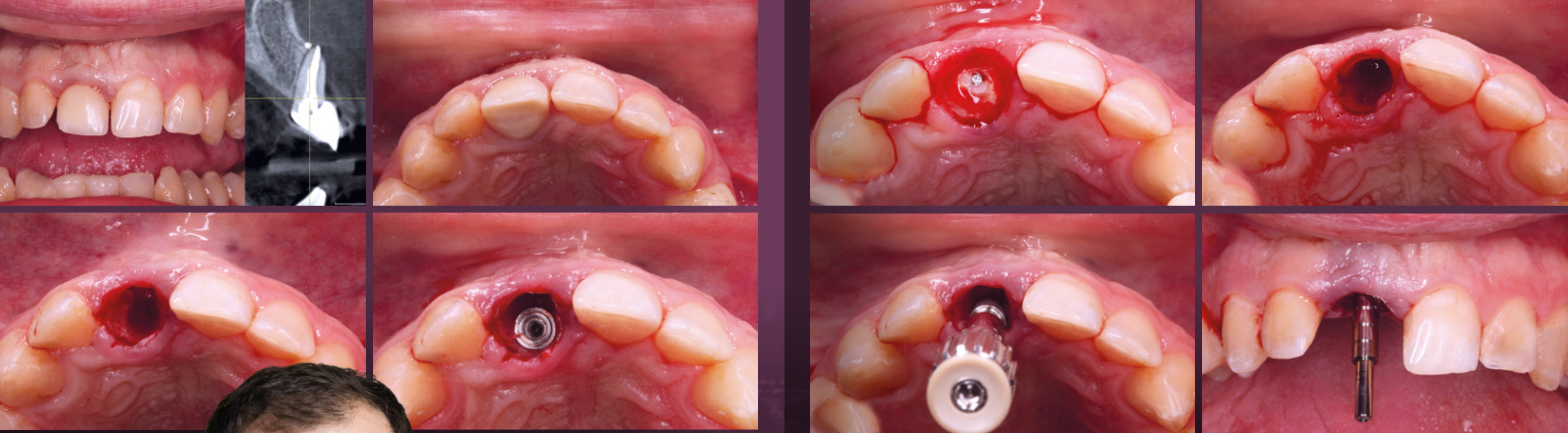
dr n. med. Daniel Ciapiński

Rejs po Morzu Śródziemnym
20-27.06.2020r.



dr n. med. Daniel Ciapiński
Rejs po Zatoce Sarońskiej
29.06 - 06.07.2019r.

Edukacja
Komunikacja
Rekreacja



Sypień Michał
Dr Michał Sypień

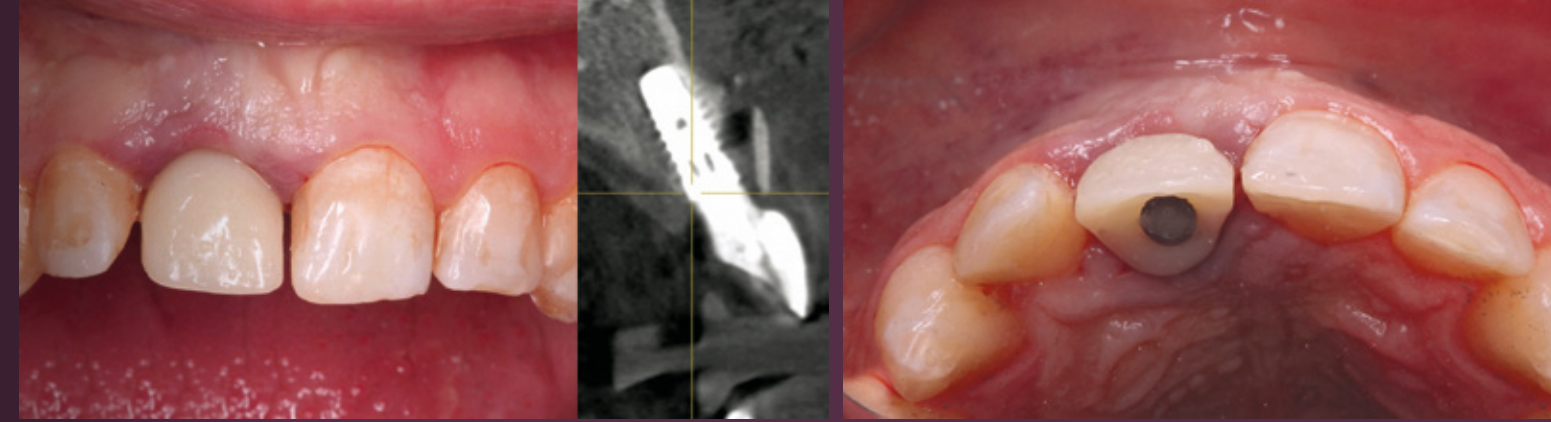
Partial extraction technique PET - Socket Shield Technique



Petny protokół techniki umożliwiającej zachowanie bez zmian tkanek otaczających zęb po jego ekstarkcji. Tutaj , po usunięciu korony zęba oraz separacji korzenia założono implant Thomenn o średnicy 4 mm, stabilizacja implantu 30 N/Cm

pozwoliła na obciążenie natychmiastowe tymczasową koroną wykonaną z bisakrylu (Telio).

Po upływie 3 miesięcy wykonano cyfrowy skan oraz przykręcaną koronę cyrkonową.



Centrum Implantologii
i Stomatologii Estetycznej Sypień
Piastowska 67a
43-300 Bielsko-Biała
tel. 33 822 71 33

core3d
centres®

core3d.com.pl



TWORZYMYSZ W ZGODZIE Z NATURĄ

Korony wykonane z najwyższej jakości niemieckiego cyrkonu Dental Direkt

Profil wylaniania zgodny z naturalnym kształtem zębów



Polerowana szyjka korony dla polepszenia jakości połączenia korony z tkankami miękkimi

Oryginalne komponenty Thommen Medical dla idealnej szczelności łącznik - implant



THOMMEN
Medical

GUIDED
SURGERY

Dowiedz się więcej
<http://bit.ly/33WgNJo>

Wyłączny dystrybutor w Polsce:

C.WITT DENTAL Sp. z o. o.
87-100 Toruń, ul. Granitowa 10
Tel. +48 56 623 61 23
e-mail: biuro@cwittdental.pl

THOMMEN
Medical

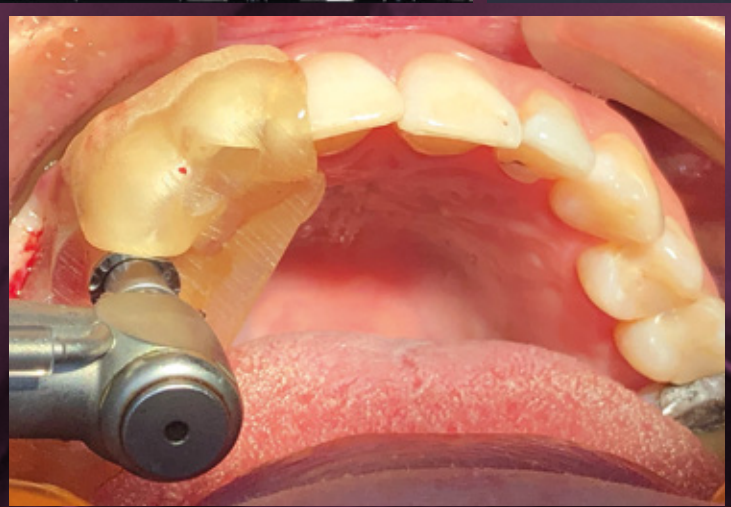
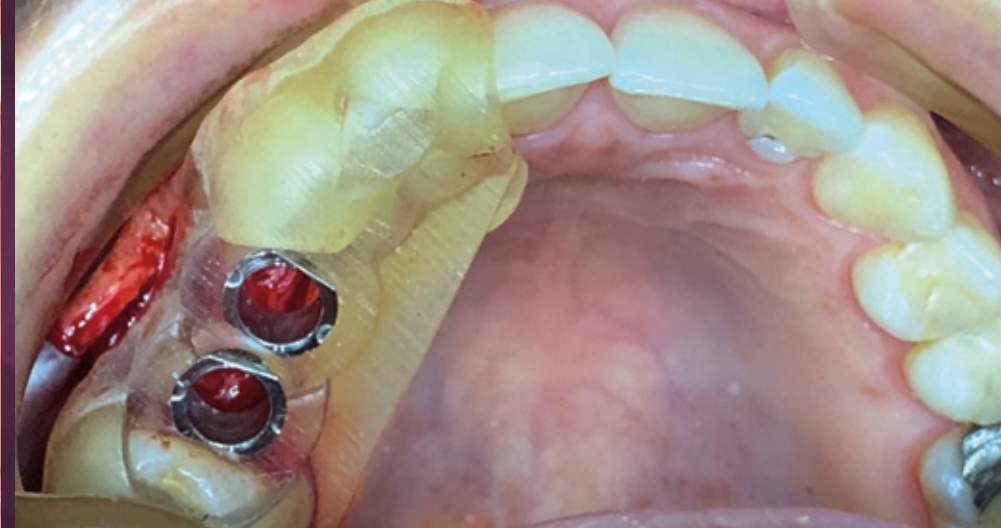
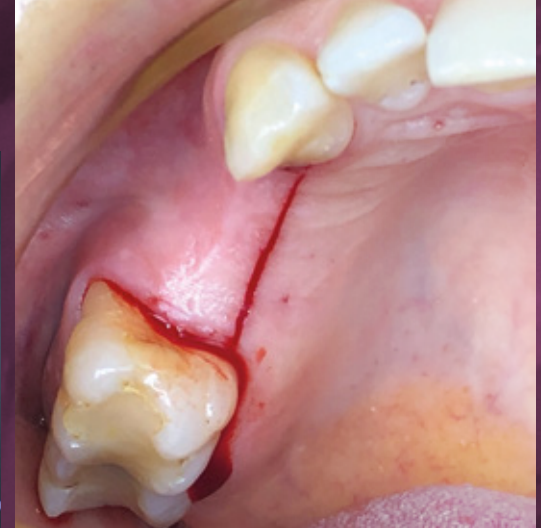
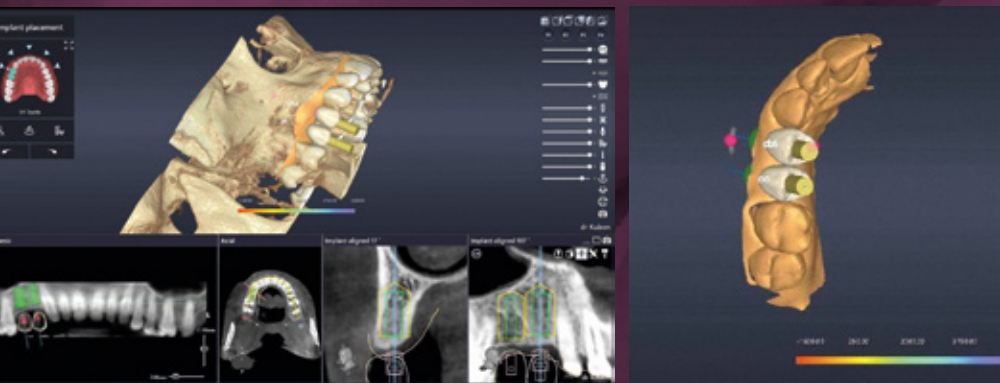
IPS
e.max

Dental
Direkt

3shape

Dane kontaktowe Core 3D Centres:
ul.Gliwicka 275, 40-862 Katowice / +48 32 413 00 70 / biuro@core3d.com.pl / www.core3d.com.pl
Kierownik Laboratorium, tel. +48 515 498 517

SWISS CRAFTSMANSHIP FOR DENTAL PROFESSIONALS



Prawidłowe planowanie protetyczne daje sukces leczenia implantologicznego. Implantacja braków po zębach 14 i 15 z użyciem szablonu chirurgicznego do pełnej nawigacji w systemie Thommen Medical. Implanty platforma 3.5 długość 9,5 mm RC. Gojenie otwarte za pomocą śrub gojących 3.2 mm wysokości. Zarządzanie tkankami miękkimi wokół implantów z odbudowa brodawek dziąsłowych uszypułowanym płatem z podniebienia.

Bartosz Zawadzki

Dr Bartosz Zawadzki



Dr Bartosz Zawadzki
 Centrum Stomatologiczne Eldent
 Romualda Traugutta 27
 96-500 Sochaczew
 tel. 46 862 50 61



Stomatologia Bartosz Mulawa
 (+48) 604 445 669
 kontakt@stomatologia-mulawa.pl
 Ul. Stomińskiego 7 lok 7,
 00-195 Warszawa (Żoliborz)
 stomatologia-mulawa.pl



Bartosz Mulawa
 Dr Bartosz Mulawa



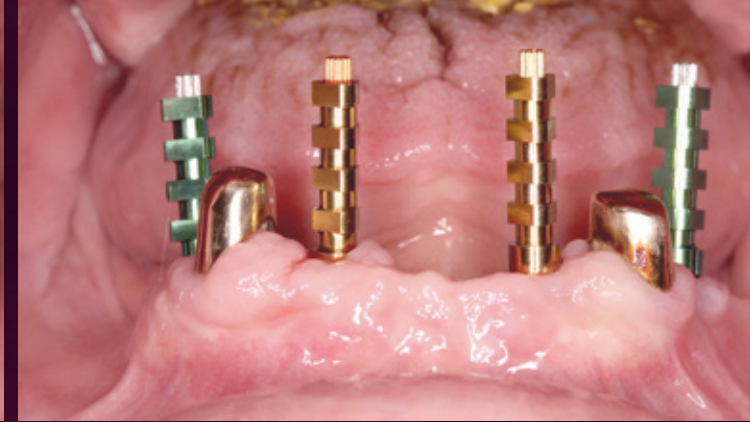
Pacjent skierowany na leczenie implantologiczne po zakończonym leczeniu ortodontycznym na etapie stabilizacji.

W pozycji zębów 12 i 22 były zęby 13 i 23.
 W pozycji zęba 13 znajdował się ząb 53
 a zęba 23 ząb 63.

Wykonano zabieg ekstrakcji zębów 53 i 63 z jednoczesnym wszczepieniem implnatów Thommen 3,5/11 z szablonem chirurgicznym w pozycjach 13 i 23 z jednoczesną regeneracją kości (GBR) przy użyciu folii tytanowych Bionnovation mocowanych na śrubach Bionnovation oraz autogennej kości

pacjenta pobranej z kresy skośnej po lewej i prawej stronie. Po kolejnych 4 miesiącach wykonano zabieg pogrubienia śluzówki na implantami za pomocą tkanki łącznej z podniebienia (CTG).

Po upływie kolejnych 2 miesięcy odstąpięto implanty metodą Roll Flap a po upływie 3 tygodni wykonano przykręcane korony kompozytowe tymczasowe na łącznikach tymczasowych w celu modelowania profilu wyłaniania z jednoczesną odbudową zębów 14,12,11,21,22,24 metodą Flow Injection Technique w oparciu o projekt DSD (Digital Smile Design). Następnie wykonano pracę docelową na implantach w postaci koron przykręcanych pełnoceramicznych E-MAX na indywidualnych cerkonowych łącznikach.

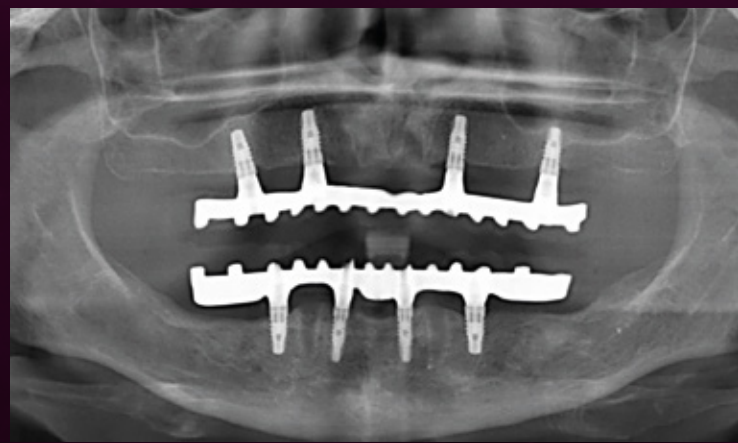
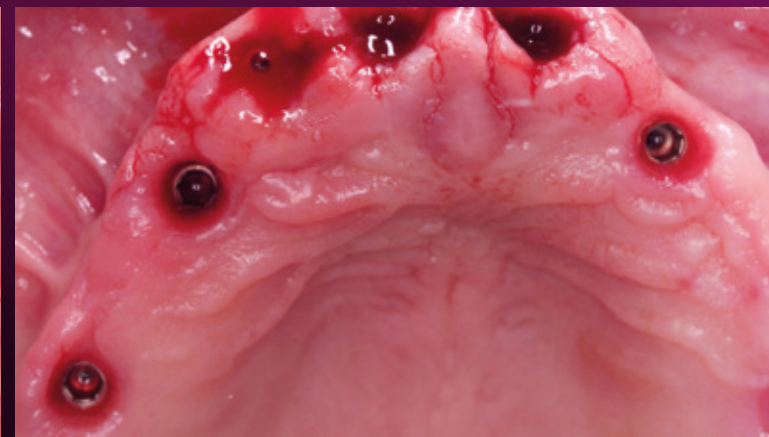
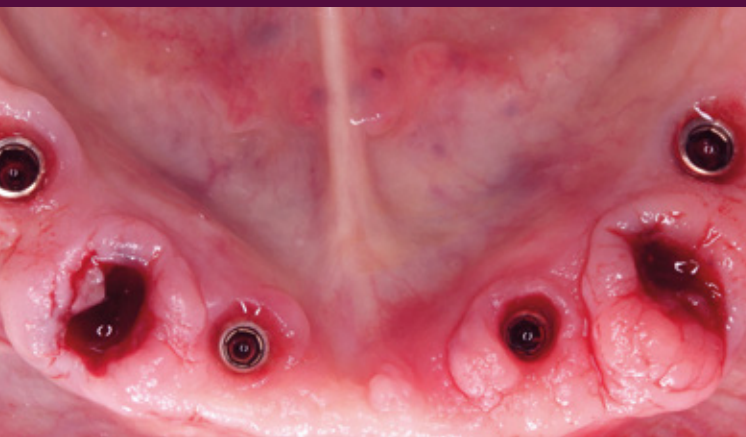


Sypień Tomasz

Dr Tomasz Sypień



IPE Implantoprotetyczny Protokół Ekonomiczny



„IPE” Implantoprotetyczny Protokół Ekonomiczny zastosowany w celu poprawy funkcji i estetyki.

Cyfrowo -analogowe planowanie z wykorzystaniem prototypu -szablonu implantologicznego przygotowanego dzięki informacjom pochodzącym z klasycznego wzornika. Przeniesienie relacji przyszłej odbudowy za pomocą drukowanych prototypów stabilnie opartych na zębach własnych pacjenta. Dzięki zastosowaniu implantów można było poprawić estetykę oraz funkcję uzupełnień. Skorygowana została wypukłość w okolicy siekaczy górnych. W poprzedniej pracy kompromis został wymuszony przez zastosowanie koron teleskopowych. Precyzyjne planowanie pozycji i relacji implantów zapewnia odpowiednie rozłożenie punktów podparcia. Praca mocowana poprzez przykręcenie.

Dzięki zastosowaniu unikalnego połączenia protetycznego obecnego w implantach Thommen Medical unikamy konieczności stosowania elementów pośrednich multiunitów. Praca na belkach tytanowych licowana kompozytem. Zęby konfekcjonowane wielowarstwowe. Projekt z zastosowaniem odpowiedniego kształtu przęsta w pracy protetycznej gwarantuje możliwość rewizji oraz długo czasowy sukces z doskonałą estetyką zarówno różowa jak i biała. Rozwiązanie korzystne cenowo oraz łatwe w serwisie. Możliwa jest wymiana całego licowania w czasie krótkiego czasu.

Centrum Implantologii
i Stomatologii Estetycznej Sypień
Piastowska 67a
43-300 Bielsko-Biała
tel. 33 822 71 33





Polub fanpaga,
zobacz relacje!



facebook

<https://www.facebook.com/Cwittidental>



Dr Monika Puzio, Jebel Toubkal 4167 m n.p.m, Maroko, maj 2018 r.

Wybierz się z nami do Maroko 27 września - 4 października 2020 r.

Dr Monika Puzio, Cotopaxi 5897 m n.p.m. jeden z najwyższych na świecie czynnych wulkanów,
listopad 2018 r.



Przeszczepy FGG
 (z ang. Free Gingival Graft)
 pobrane z podniebienia pacjentki celem
 odtworzenia dziąsła zrogowaciałego
 z jednoczesnym odstąpieniem implantów
 w żuchwie. Zdjęcia wykonane podczas
 zabiegu oraz kontrolne po 2 miesiącach
 od zabiegu - ostatnie zdjęcie.



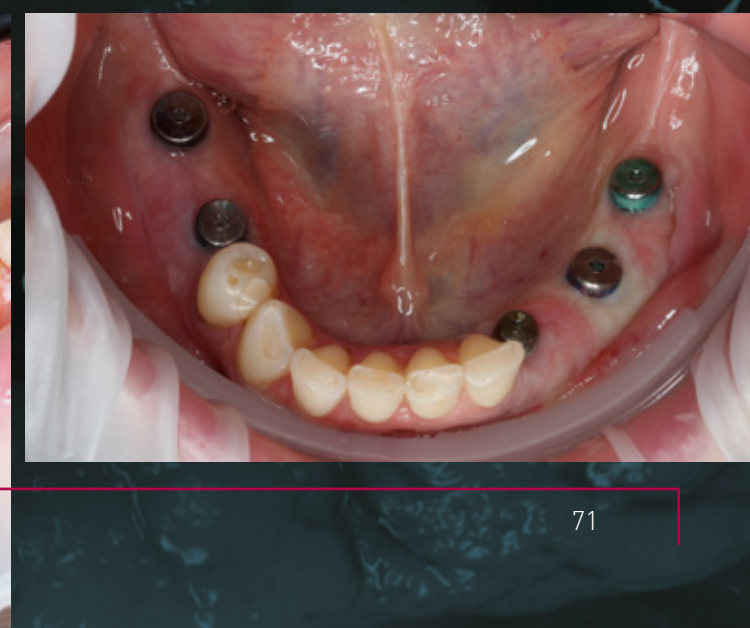
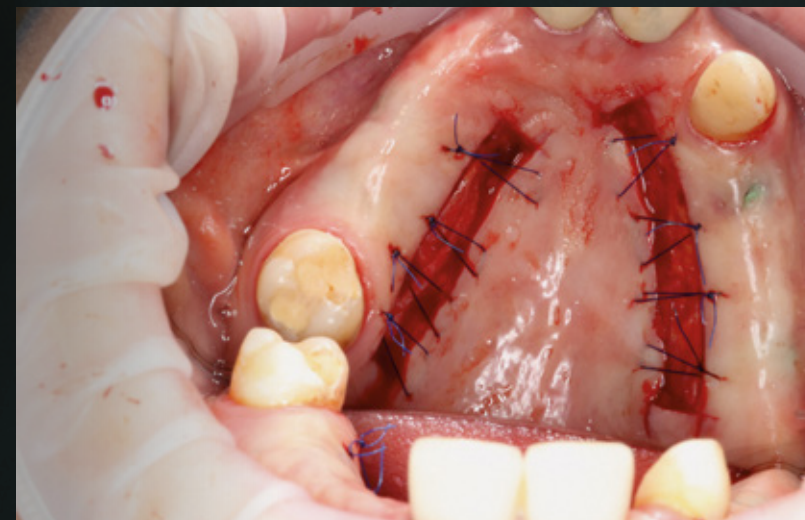
Daniel Ciapiński

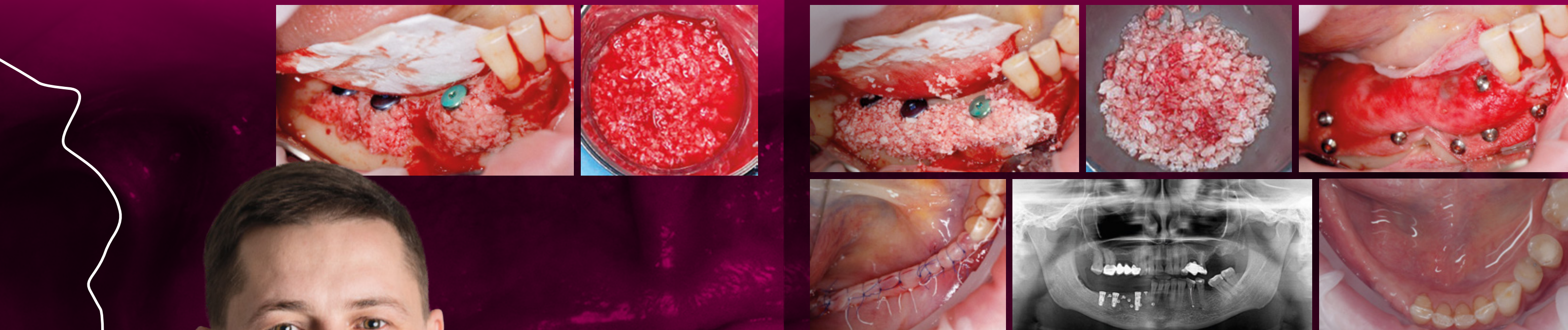
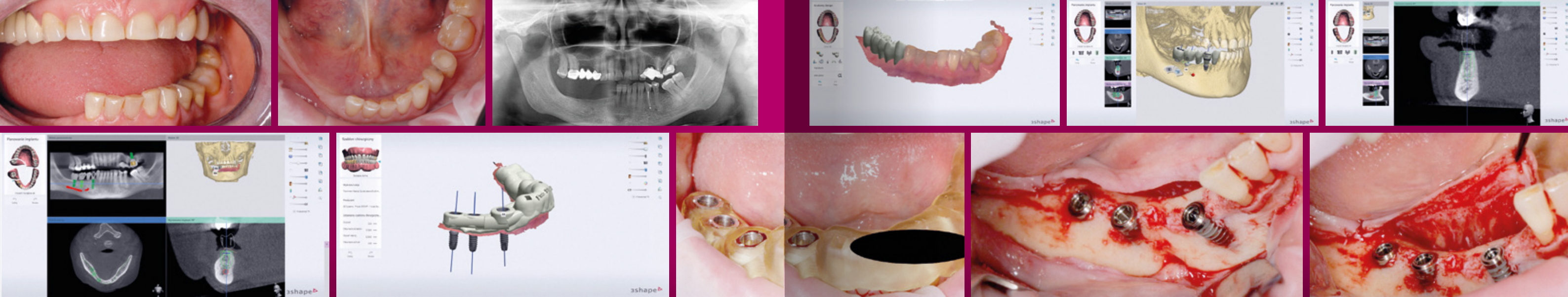
Dr n. med. Daniel Ciapiński

DENTRUM implantologia i stomatologia estetyczna
 Ściegiennego 49/1
 40-114, Katowice, śląskie
 + 48723609090

Indywidualne praktyczne szkolenia z zakresu chirurgii,
 implantologii oraz implantoprotetyki
 [2-3 kompleksowe zabiegi]

Daniel Ciapiński +48 661 385 956
 3000 PLN – 1 osoba / 1 dzień





Łukasz Bańczyk
Dr Łukasz Bańczyk

Indywidualne praktyczne szkolenia z zakresu chirurgii, implantologii oraz implantoprotetyki (2-3 kompleksowe zabiegi)

Łukasz Bańczyk +48 504 777 386
3000 PLN – 1 osoba / 1 dzień

Pacjentka lat 53 zgłosiła się z powodu braku zębów 43-47. Wykonano CBCT zuchwy oraz skan wewnętrzny uzębienia stwierdzając horyzontalny ubytek kości w okolicy 43-47. W programie Implant Studio zaplanowano idealną protetycznie pozycję implantów oraz wykonano projekt szablonu chirurgicznego do pełnej nawigacji.

Zabieg wszczepienia 3 implantów Thommen Medical przy użyciu szablonu chirurgicznego do pełnej nawigacji wraz z zabiegiem horyzontalnej odbudowy kości metodą sausage technique – mieszanina 50% ksenograft i 50% kość autogenna pobrana wiertłem ACM z kresy skośnej zewnętrznej prawej ustabilizowana membraną kolagenową i pinami tytanowymi Master Pin.

Rana zaopatrzona chirurgicznie bez napięcia szwami PTFE 3/0 i nylon 6/0.

Rtg pantomograficzne kontrolne bezpośrednio po zabiegu.

Stan tkanek miękkich po tygodniu od zabiegu.

ALFAMEDICA
Ul. Kilińskiego 166
42-218 CZĘSTOCHOWA
+48 609 564 455
alfaestetica.med.pl
facebook.com/alfamedica.czestochowa

Autorskie kursy

Marzena Dominiak

Prof. dr hab. Marzena Dominiak

Chirurgia śluzówkowo-dziąstowa LIVE SURGERY

Kurs podstawowy z zakresu implantologii, augmentacji tkanek miękkich i regeneracji wyrostka zębodołowego wokół implantu.

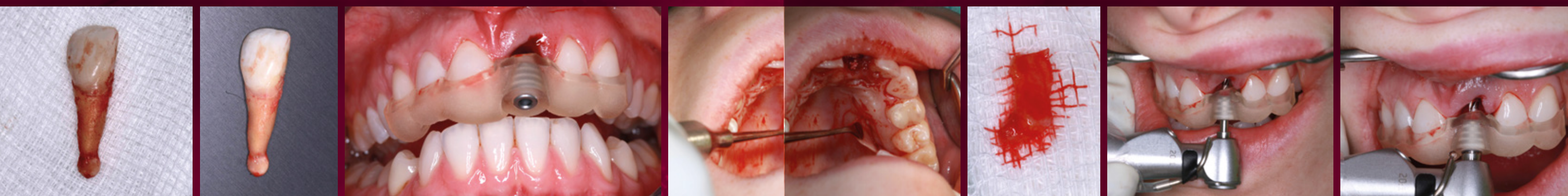
Klinika Duomed, ul. Inowrocławska 21a, Wrocław

Sara Targońska
886 990 700
edu@duomed.pl



European
Master Degree
in Oral Implantology





Mateusz Kuboń

Dr Mateusz Kuboń



Precyzyjne zaplanowanie z uwzględnieniem istotnych struktur anatomicznych, celów regeneracyjnych i przyszłej odbudowy protetycznej jest niezbędne do prawidłowego pozycjonowania implantu dentystycznego.

Pacjentka lat 30 podaje dolegliwości bólowe utrzymujące się od kilku tygodni.

Diagnoza: złamanie korony zęba poniżej linii wyrostka zębodołowego, zmiana okołowierzchołkowa o średnicy 4mm z obecnością materiału wypełniającego kanał poza wierzchołkiem. Po badaniu wewnątrzustnym i analizie badania CBCT zaplanowano usunięcie zęba 21 z natychmiastową implantacją. Implant Thommen 3,5x12,5, augmentacje tkanek twardych - materiał kośćozastępczy 70% kości gąbczastej i 30% kości zbitiej BONEFILL® Mix oraz augmentacje tkanek miękkich poprzez uzyskanie SCTG z podniebienia okolicy zębów 24-27.

Natychmiastowe obciążenie z wykorzystaniem odtamanej korony zęba.

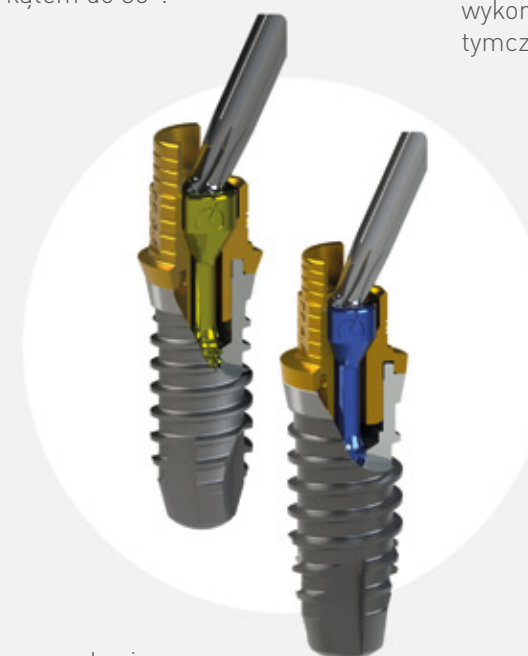
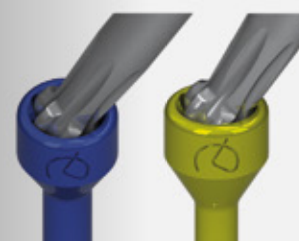
Praca ostateczna po 6 miesiącach od implantacji.

Mateusz Kuboń
NOVADENTIS
Ul. Zaściankowa 96/1A, Warszawa
tel. 507 187 189
novadentis.waw.pl
Tech. dent. Jacek Jodłowski
Ceramik Dent Częstochowa

Dynamic Tibase®

Niezawodność

Sześciopłatowa głowica śrubokręta zapewnia bezpieczne przykręcenie i dopuszcza odchylenie pod kątem do 35°.



Elastyczność

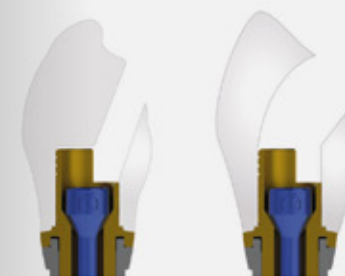
- Do odbudowy pojedynczych zębów oraz pod mosty
- Dwa rodzaje łączy: standardowa oraz z możliwością dopasowania długości
- Okrężne rowki retencyjne wykorzystywane w pracach tymczasowych



System Captive

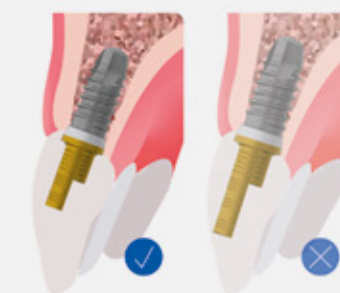
Śruba do łącznika jest osadzana w bazie Ti-Base przed jej sklejeniem.

- Mała średnica kanału na śrubę \varnothing 2.0mm
- Zwiększona wytrzymałość i zwiększona objętość nadbudowy
- Większa powierzchnia zewnętrzna odbudowy (np. powierzchnia okluzyjna)



Captive System Standard System

Regulacja wysokości



Regulowana wysokość cylindrów zapewnia optymalne podparcie dla wybranej nadbudowy.

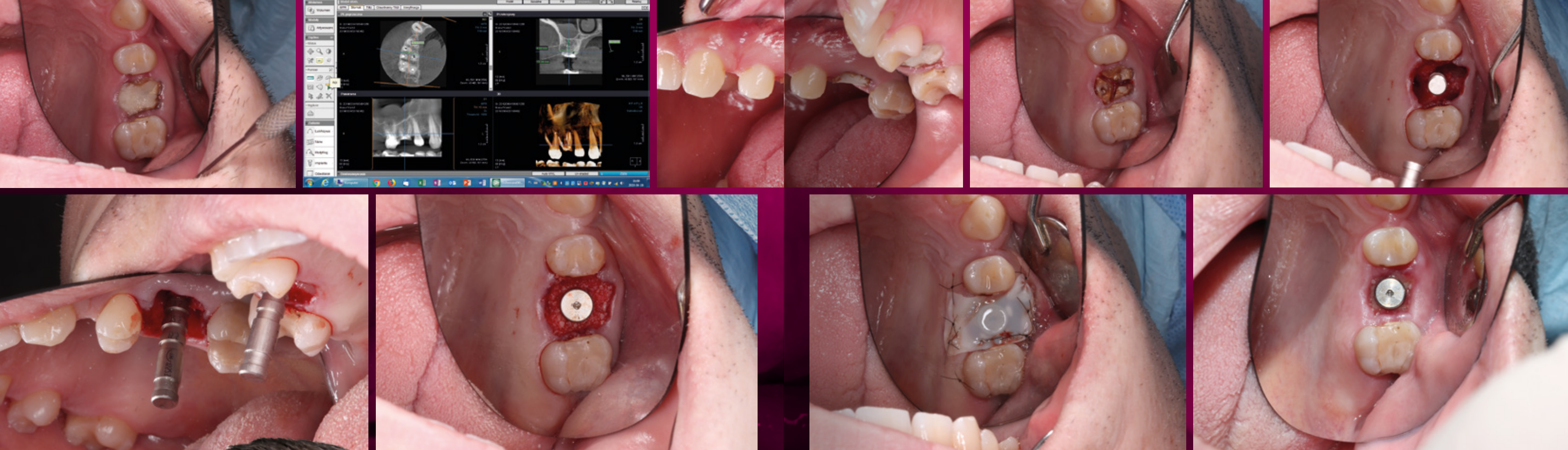
- Możliwość zastosowania stosownie do występującej sytuacji klinicznej, np. w przypadku głęboko osadzonych implantów lub długich koron
- Maksymalne podparcie nadbudowy
- Możliwość stosowania pod prace tymczasowe

TOUCHGRIP



SWISS CRAFTSMANSHIP FOR DENTAL PROFESSIONALS

www.thommenmedical.com



Maciej Walczak

Dr Maciej Walczak

Dr Maciej Walczak
 LUCIŃSCY Stomatologia
 aleja Jana Matejki 2c/2
 50-335 Wrocław
 tel. 885 122 111

Możliwość indywidualnych szkoleń:
 Łukasz Keffer +48 663 551 223



Pacjent lat 43. Po konsultacji endodontycznej ząb 16 został zakwalifikowany do usunięcia. Po analizie CBCT usunięto ząb we fragmentach, w nienaruszonej przegrodzie międzykorzeniowej opracowano także pod implant 5,0x8,0mm

Thommen Inicell RC. Wszczepiono implant, zębodół wypełniono materiałem Bonefill MIX, zabezpieczono kolagenem i na okres 4 dni fragmentem jątowej rękawiczki lateksowej. Stan miejscowy po kolejno 10 dniach i po 3 miesiącach.

Fence Technique for Localized Three-Dimensional Bone Augmentation:

A Technical Description and Case Reports

This study presents a novel bone reconstructive technique based on guided bone regeneration for localized three-dimensional hard tissue augmentation. This two-stage technique utilized a titanium osteosynthesis plate and a collagen membrane to form a physical barrier resembling a fence that contains bone graft biomaterial composed of a combination of deproteinized bovine bone matrix and autologous bone grafted from intraoral sites. Six patients were treated. At 6 months postsurgery, an increase in bone volume of 953 mm³ was shown. Mean maximum linear augmentation in the vertical direction was 6.75 mm. Histologic analysis of the regenerated area revealed the presence of compact newly formed bone with no sign of inflammation. A total of 13 implants were placed. Peri-implant marginal bone level was 0.94 mm at implant placement and 1.30 mm after 6 months. The patients were satisfied with the procedure and no complications were observed. (Int J Periodontics Restorative Dent 2015;35:57-64. doi: 10.11607/prd.2029)

Bone augmentation procedures are applied in patients lacking an adequate quantity of bone for implant placement. Augmentation procedures are divided into two broad categories: horizontal bone augmentation, which increases the width of the recipient bone, and vertical bone augmentation, which increases the height of the recipient bone.¹

In many instances, a combination of horizontal and vertical bone augmentation is needed. These three-dimensional (3D) bone defects can be treated by guided bone regeneration (GBR), distraction osteogenesis, autogenous inlay or onlay bone graft from intra- and extraoral donor sites, and an array of other techniques.²⁻⁹ However, these techniques are often associated with high complication rates, costs, and patient discomfort. Complications and discomfort at the extraoral donor site have been previously reported.^{10,11} Szabò et al¹² described cases in which harvesting autogenous bone from the iliac crest resulted in permanent sensory loss in the distribution of the lateral femoral cutaneous nerve in one patient and prolonged wound drainage in two patients. Intraoral donor sites could lead to fewer and less severe complications.¹³⁻¹⁵

The data obtained from a systematic review showed that GBR is a predictable technique that allows for the placement of implants in atrophic areas.¹⁶ In GBR, barrier membranes, in combination with various graft materials such as autogenous bone, allografts, xenografts, and alloplastic materials, are often used for vertical bone augmentation.¹⁷⁻²²

The results of a recent randomized controlled trial showed that the addition of bovine bone mineral and a collagen barrier membrane placed around and over a mandibular bone block graft could minimize graft resorption during healing compared to a mandibular bone block graft alone.²³

The use of an autogenous bone block in combination with a barrier membrane has been reported to be effective when edentulous segments are to be treated for vertical ridge augmentation, but there are few reports of vertical GBR by applying a particulate graft.²⁴

Recently, a new procedure for GBR, called the "fence technique," was described: A space, based on the volume of the bone graft planned in advance, is created by modeling an osteosynthesis plate.²⁵ The "fence" provides a retaining space for the compressed particulate grafting biomaterial and support for the covering collagen membranes. This two-stage technique allows for the formation of large quantities of regenerated bone in both the horizontal and vertical dimensions with limited discomfort to the patient and has been proposed for cases of extreme bone atrophy in edentulous maxillary jaws.²⁵

The fence technique could be applied for osseous defects localized to a portion of a maxillary or mandibular arch for partially edentulous patients whose anatomy or prosthetic requirements do not permit the use of short or tilted implants.²⁶⁻²⁸

The aim of this study was to illustrate a variation of the original fence technique to be used for localized 3D augmentation.

Method and materials

Eligible participants for this study were adults, 18 years old or older, in need of implant treatment and with an extremely atrophic localized edentulous alveolar crest in the mandible or the maxilla. The patients' medical histories showed no systemic or local contraindications for surgical therapy. The research was conducted in full accordance with ethical principles, including the Declaration of Helsinki, and each participant gave written consent according to these principles.

Surgical procedure: The localized fence technique

A two-stage procedure with intravenous sedation was planned for the six patients treated with the localized fence technique.

Preliminary cone beam computed tomography (CBCT) scans of the atrophied arch were performed to evaluate the 3D morphology of the hard tissue. The data were used to create a stereolithographic cast using specific epoxidic, thermosetting, and light-sensitive resins (3DIEMME). This anatomical epoxy resin cast served as a framework for presurgical planning of the bone reconstruction procedure.

An osteosynthesis titanium plate was adapted to the cast to define the volume for the bone regeneration. The osteosynthesis plate used in the reconstructive stage was positioned at the planned distance from the native bone in order to constitute a physical barrier (ie, the "fence") that would contain the biomaterial necessary for the regeneration, permitting vertical and/or horizontal augmentation. At surgery, the incision was slightly positioned on the lingual side of the edentulous ridge with a vestibular bevel. This incision allowed for the complete exposure of the osseous ridge with a minimal elevation of the lingual flap. Furthermore, this incision maximized the conservation of the keratinized tissue on the vestibular aspect of the ridge. If required, a sinus floor elevation procedure was performed in the maxillary arch.

The osteosynthesis titanium plate was then fixed using specific miniscrews. When the plate was fixed and stable, the bone grafting phase began. In the six cases described, deproteinized bovine bone matrix (DBBM; Bio-Oss, Geistlich) was used in combination with the patient's bone. The ratio between autologous bone and DBBM was approximately 50:50. The bone graft was obtained from intraoral sites, preferably the mandibular area at the base of the ramus.

A semilunar incision in the alveolar mucosa approximately 1 cm distal to the third molar was used to gain access to the corpus ramus of the mandible and was extended along the bone crest, ending mesial and buccal to the first molar.²⁹ The osteotomy was performed with piezoelectric handpieces. Once the bone block was detached, the osteotomy cut edges were rounded off to prevent soft tissue trauma, and the mucosa was sutured.²⁹

The harvested bone was then particulated using a manual milling machine (Hu-Friedy) and was mixed with DBBM and the patient's venous blood, resulting in a gelatinous consistency. To stimulate bone regeneration, micro-perforations were drilled into the residual bone crest to open marrow spaces. The biomaterial was then positioned to fill the entire space between the bone wall and the internal face of the plate.

The collagen resorbable membrane (Bio-Gide, Geistlich) was affixed by osteosynthesis titanium tacks to the lingual aspect of the area (one tack at each membrane corner). After the membrane was reflected onto the vestibular side, two tacks were used to affix the membrane on the buccal side. The size of the membrane used was strictly dependent on the mesiodistal dimension of the edentulous area.

The creation of a perfect seal along the primary horizontal incision lines is fundamental to avoid the risk of dehiscence and possible exposure of the membrane surface and infection of the grafted bone. A flap extension technique (muscular dissection and/or perioplasty) fixed with a "double suture" was applied in order to avoid this type of complication.³⁰

The implants (SPI-ELEMENT with INICELL surface, Thommen Medical) were inserted 6 months postsurgery and loaded 1 to 3 months after placement. Definitive prostheses were applied 3 to 6 months after loading.

The presence of complications was assessed during the entire procedure as well as 12 months after surgery, when the patients were asked to express their degree of satisfaction with the procedure via visual analog scale (VAS) from 0 (greatly dissatisfied) to 10 (very satisfied). The questions addressed subjective problems with the procedure undertaken.

The surgical procedures of two representative cases are shown in Figs 1 through 12.

Bone graft analysis

Prior to surgery and at the 6-month follow-up before implant insertion, each patient underwent a CBCT scan of the treated arch. The dataset was exported in the Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) format and processed with diagnostic and analysis software (3Diagnosys 4.0, 3DIEMME) in order to extract the bone surface in .stl format. Stereolithography (.stl) is a geometric file format compatible with the entire computer-aided-design (CAD) and reverse-engineering software packages suitable for a surface modification study between different bone reconstructions.

The presurgery and followup surfaces were imported in an industrial 3D inspection software

(Geomagic Qualify 12, Geomagic) and superimposed through a best-fit iterative algorithm, using the bone regions outside of the grafted areas as points of reference. After the superimposition, the software calculated the distance between the meshes and generated a color map corresponding to the difference between the presurgery surface (taken as a reference) and the follow-up surface, as well as the numeric values corresponding to this weighted color map. Two representative color maps are presented in Figs 13 and 14.

To calculate a global bone growth volume, the surface corresponding to the graft area was closed along the main patient directions (axial, coronal, and sagittal) in order to obtain a closed volume, and the difference between the presurgery and follow-up was calculated. In addition, the maximum linear augmentation in the vertical direction in millimeters was registered.

bone growth.

After 6 months, a CBCT scan was taken and the horizontal augmentation was measured at the implant positioned most mesially, 2 mm apical to the bone crest.

Histologic evaluation

In case 1, during the stage-two surgery for implant placement, bone core biopsy specimens corresponding to the regenerated bone areas were harvested using a trephine bur, with a 2-mm outer diameter, under copious irrigation. Bone biopsy specimens were immediately fixed in 10% buffered formalin solution (Sigma Chemical) at 4°C for 24 hours. The specimens were dehydrated in an ascending series of alcohols and embedded in a London White resin (London Resin). After acrylic resin polymerization, specimens were sectioned along their longitudinal axes with a high-precision diamond disk and ground to approximately 40 mm with a specially designed grinding machine (Micromet, Remet). The nondecalcified ground sections were stained with acid fuchsin and toluidine-blue staining. The slides were observed under normal transmitted light with an optical microscope (Eclipse E800, Nikon).

Peri-implant bone level

Peri-implant marginal bone levels were measured by periapical intraoral radiographs taken with the parallel technique at implant placement and after 6 months (after a loading time of approximately 4 months). The digitized radiographs were examined using commercially available software (Imagine, Dental Trey). The radiographic measurement was taken from the implant-abutment junction to the most coronal point of bone-to-implant contact. The measurements were made parallel to the long axis of the implant fixture along the mesial and distal surface of the implants.

Statistical analysis

Descriptive statistical analysis was performed at patient level for age, sex, smoking, VAS, volume, maximum linear vertical augmentation, and horizontal augmentation and at implant level for peri-implant marginal bone measures. Means and SDs were calculated for quantitative variables and frequency for qualitative variables.

Fig 1 Case 1. Presurgical view of a 59-year old nonsmoking female with an extremely atrophic alveolar crest on the left side of the mandible.



Fig 4 Case 1. Osteosynthesis titanium plate fixed at surgery.

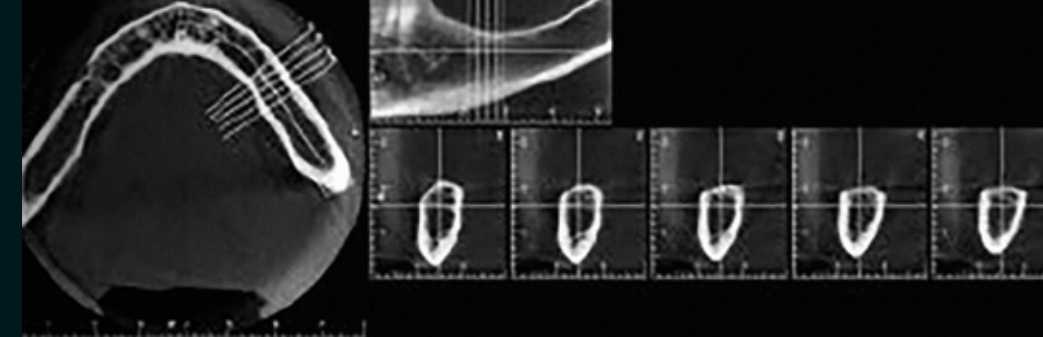
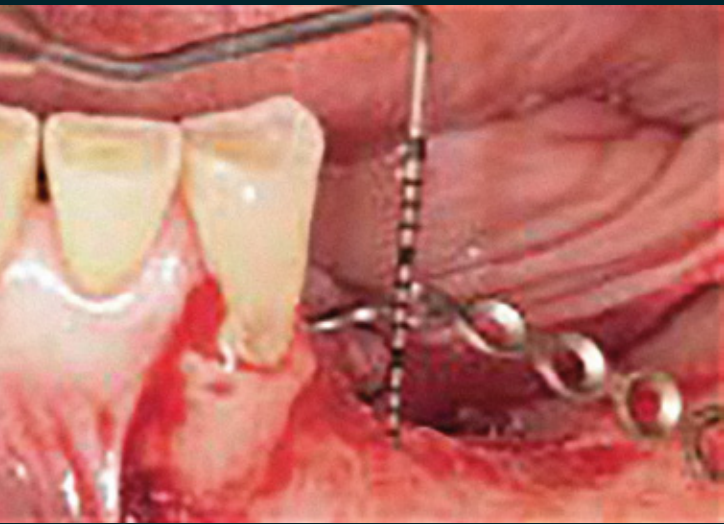


Fig 2 Case 1. Presurgical cone beam computed tomography scans of the left side of the mandible.



Fig 3 Case 1. Stereolithographic model with the osteosynthesis titanium plate.

Fig 5 Case 1. The space, confined by the osteosynthesis plate, was filled with the grafting material.

Fig 7 (right) Case 1. Regenerated tissue at 6 months postsurgery.

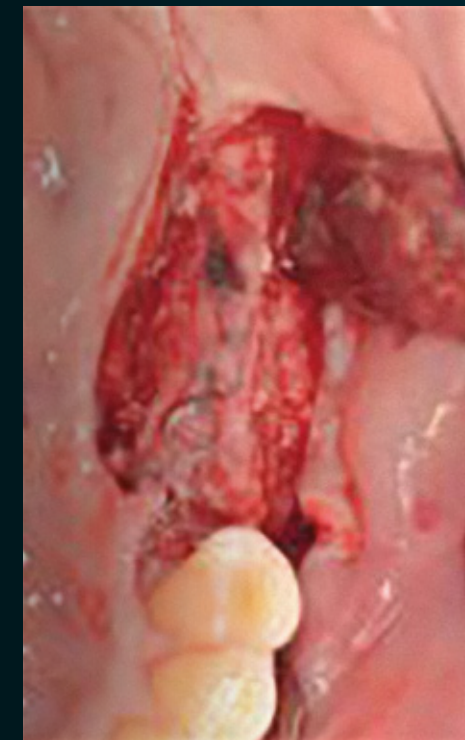


Fig 8 Case 1. Regenerated tissue at 6 months postsurgery. Occlusal view.

Fig 6 (left) Case 1. Membrane fixed with titanium tacks.



Fig 9 Case 1. Two implants were inserted in the regenerated region at 6 months postsurgery.



Fig 11 Case 2. Stereolithographic model with the osteosynthesis titanium plate. The presurgical assessment confirmed an extremely atrophic edentulous alveolar crest in the maxillary region due to peri-implantitis that evolved into the complete destruction of the supporting bone.

Fig 8 Case 1. Regenerated tissue at 6 months postsurgery. Occlusal view.

Fig 12 (right) Case 2. Two implants inserted in the regenerated area 6 months postsurgery.

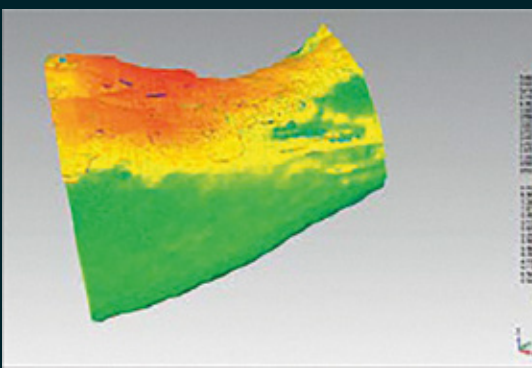


Fig 13 Case 1. Color map. Yellow and red shades represent bone growth.

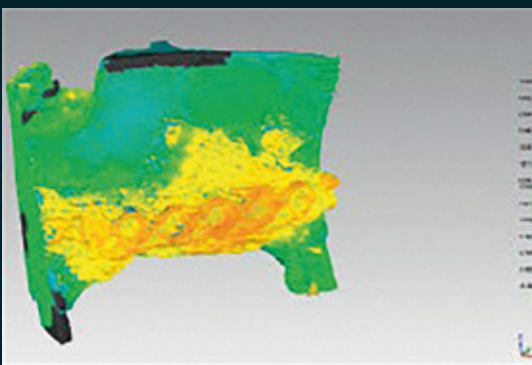


Fig 14 Case 5. Color map. Yellow and red shades represent bone growth.

Results

Six patients (2 men and 4 women, nonsmokers, mean age: 49.7 years) were included in this study. Individual patient data, means, and SDs are reported in Table 1. Bone volume increased from 2,504 presurgically to 3,457 mm³ at 6 months with a mean augmentation of 953 mm³. The mean maximum linear augmentation in the vertical direction was 6.75 mm. Mean horizontal augmentation was 9.23 mm (SD: 1.80 mm).

Representative histologic views of case 1 are shown in Figs 15 to 17. Results of the histologic analysis of bone core biopsy specimens obtained from the regenerated area after 6 months revealed the presence of a homogenous and compact bone substrate idoneous for implant placement. The regenerated portion was mainly represented by areas of bone remodeling with spotted regions where grafted particles were detectable after 6 months (Figs 15 to 17). The overall appearance showed the presence of compact newly formed bone surrounded by marrow spaces containing newly formed vessels, indicating intense angiogenesis activity (Fig 17). All histologic sections showed no sign of inflammation.

At the reentry surgery, 13 implants were inserted (3 implants in case 3 and 2 implants in the other cases). The mean length of the implants was 10.2 mm (range: 6.5 to 14 mm), and the diameter was 4.5 mm. The mean insertion torque was 32.5 Ncm (range: 25 to 40 Ncm). At implant placement, marginal bone level was 0.94 mm (SD: 0.45 mm). After 6 months, the mean \pm SD marginal bone level was 1.30 \pm 0.54 mm with a marginal bone loss of 0.36 \pm 0.31 mm. Twelve months after surgery, the patients were asked to express their degree of satisfaction with the procedure. VAS scores are reported in Table 1. All patients rated the maximum score except case 6. During the entire procedure no complications were observed.

Discussion

The technique described has been applied to atrophied edentulous regions as a two-stage procedure. The six cases presented showed positive outcomes, resulting in a substantial reconstruction of the alveolar crest deficiencies and allowing for successful implant placement.

The mean bone growth was 953 mm³ in volume and 6.75 mm in maximum vertical augmentation without complications. In addition, the patients perceived the procedure favorably.

A successful outcome of GBR requires the fulfillment of certain biologic principles: wound stabilization, exclusion of competing tissue, and space maintenance.²¹ The use of osteosynthesis titanium plates with bone grafting and resorbable barriers for ridge augmentation has been described previously with excellent results.²⁰

The original fence technique applied a resorbable osteosynthesis plate, made of poly-DL-lactic acid (PDLLA), which was fixed using specific bioresorbable PDLLA pins.²⁵ In this modified localized fence technique, a nonresorbable titanium osteosynthesis plate is used. The titanium osteosynthesis is thinner and narrower than the resorbable plate; hence, in a localized defect it can perfectly adapt to the residual ridge concavity. In addition, the cost of the procedure is reduced when treating a localized sextant, although this technique requires stereolithography and the use of specific devices that may increase the overall costs.

In the present study, the newly formed bone was well organized, and after 6 months, the histologic analyses revealed the presence of a homogenous and compact bone substrate mainly characterized by newly formed bone where spotted regions of residual grafted bone particles were detectable.

The fence technique seems to be a favorable option in cases of atrophied edentulous regions compared to alternative and more invasive solutions, such as the use of onlay bone grafts harvested from extraoral donor sites or the use of zygomatic implants. However, the clinical cases presented were carried out by a surgeon experienced in GBR, and it is unclear whether these results can be attained by less experienced operators.

Conclusions

The results of these case reports are very promising. The fence technique has proven to be safe and reliable, although randomized controlled trials are needed to validate the effectiveness of this procedure.

Acknowledgments

The authors express their deepest appreciation to Heather Dawe and Marco Bonfini for editing the manuscript. The authors reported no conflicts of interest related to this study.

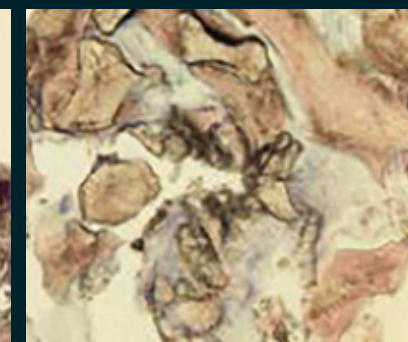
Table 1 Patient characteristics before and after treatment

Patient	Age (y)	Sex	Smoker	T0 vol (mm ³)	T1 vol (mm ³)	Vol diff (mm ³)	Max lin (mm)	VAS
1	59	F	No	1,928	2,940	1,012	5.87	10
2	62	F	No	943	1,601	658	8.48	10
3	56	M	No	3,296	4,526	1,230	9.10	10
4	65	F	No	4,672	5,526	854	4.87	10
5	36	M	No	2,198	2,579	381	5.85	10
6	20	F	No	1,990	3,573	1,583	6.34	9
Mean	49.7	-	-	2,504.5	3,457.5	953.0	6.75	9.8
SD	17.8	-	-	1,300.3	1,408.5	424.5	1.66	0.4

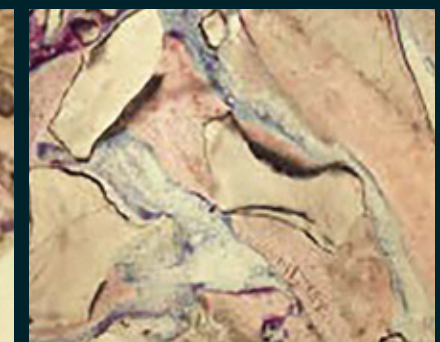
T0 vol = presurgery bone volume; T1 vol = bone volume at 6-month follow-up; vol diff = bone volume difference between T0 and T1; max lin = maximum vertical linear augmentation; VAS = visual analog scale from 0 (strongly dissatisfied) to 10 (very satisfied) administered 12 months postsurgery; F = female, M = male.



▲ Fig 15 Case 1. Low magnification view of the histologic appearance of the entire bone core biopsy specimen. (Toluidine-blue and acid fuchsin staining; original magnification \times 2).



▲ Fig 16 Case 1. Histologic appearance of the regenerated bone area using particulated autologous bone mixed with deproteinized bovine bone matrix. (Toluidine-blue and acid fuchsin staining; original magnification \times 5).



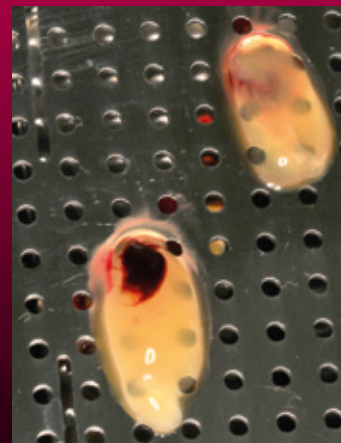
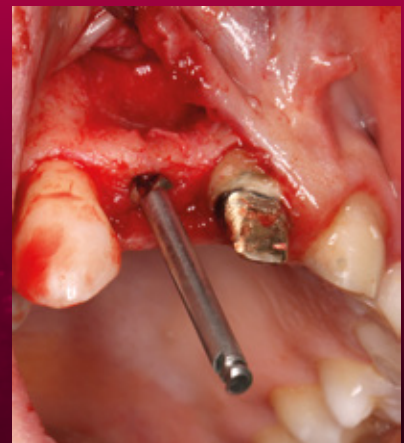
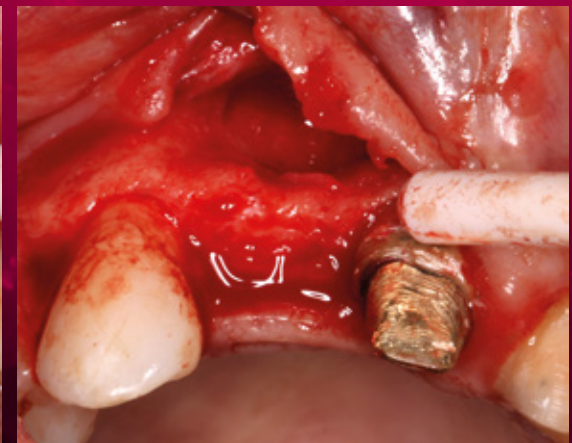
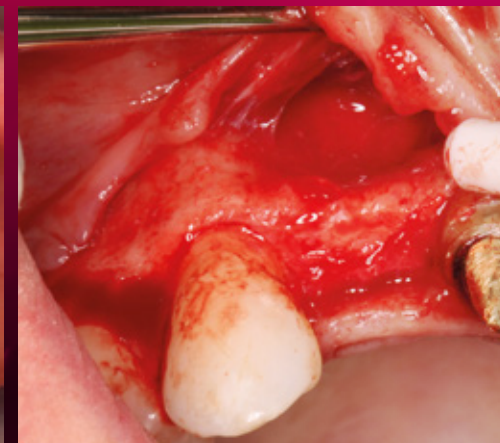
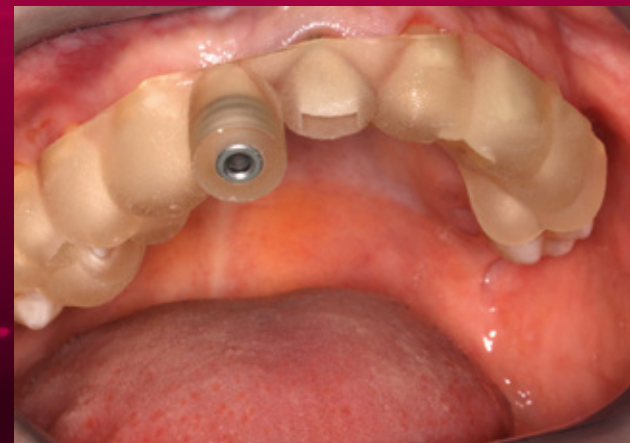
▲ Fig 17 Case 1. Higher magnification view showing residual grafted particles that were occasionally present and almost completely surrounded by newly formed bone. (Toluidine-blue and acid fuchsin staining; original magnification \times 10).

References

- Esposito M, Grusovin MG, Felice P, Karatzopoulos G, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: Horizontal and vertical bone augmentation techniques for dental implant treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD003607.
- Chiapasco M, Romeo E, Casentini P, Rimondini L. Alveolar distraction osteogenesis vs. vertical guided bone regeneration for the correction of vertically deficient edentulous ridges: A 1–3-year prospective study on humans. *Clin Oral Implants Res* 2004;15:82–95.
- Cannizzaro G, Leone M, Consolo U, et al. Augmentation of the posterior atrophic edentulous maxilla with implants placed in the ulna: A prospective single-blind controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:280–288.
- Chiapasco M, Zaniboni M, Rimondini L. Autogenous onlay bone grafts vs alveolar distraction osteogenesis for the correction of vertically deficient edentulous ridges: A 2–4-year prospective study on humans. *Clin Oral Implants Res* 2007;18: 432–440.
- Bianchi A, Felice P, Lizio G, Marchetti C. Alveolar distraction osteogenesis versus inlay bone grafting in posterior mandibular atrophy: A prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:282–292.
- Felice P, Marchetti C, Piattelli A, et al. Vertical ridge augmentation of the atrophic posterior mandible with interpositional block grafts: Bone from the iliac crest versus bovine anorganic bone. *Eur J Oral Implantol* 2008;1:183–198.
- Fontana F, Santoro F, Maiorana C, Iezzi G, Piattelli A, Simion M. Clinical and histologic evaluation of allogeneic bone matrix versus autogenous bone chips associated with titanium-reinforced e-PTFE membrane for vertical ridge augmentation: A prospective pilot study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2008;23:1003–1012.
- Rocchietta I, Fontana F, Simion M. Clinical outcomes of vertical bone augmentation to enable dental implant placement: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2008;35(suppl 8):203–215.
- Nystrom E, Nilson H, Gunne J, Lundgren S. A 9–14 year follow-up of onlay bone grafting in the atrophic maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:111–116.
- Cricchio G, Lundgren S. Donor site morbidity in two different approaches to anterior iliac crest bone harvesting. *Clin Implant Dent Relat Res* 2003;5:161–169.
- Kourkouta S, Dedi KD, Reside G, Kontogeorgakos V. Heterotopic ossification as a complication of iliac crest bone harvesting in a case of implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:353–358.
- Szabó G, Huys L, Coulthard P, et al. A prospective multicenter randomised clinical trial of autogenous bone versus beta-tricalcium phosphate graft alone for bilateral sinus elevation: Histologic and histomorphometric evaluation. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:371–381.
- Cordaro L, Amadé DS, Cordaro M. Clinical results of alveolar ridge augmentation with mandibular block bone grafts in partially edentulous patients prior to implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2002;13:103–111.
- Felice P, Marchetti C, Iezzi G, et al. Vertical ridge augmentation of the atrophic posterior mandible with interpositional block grafts: Bone from the iliac crest vs bovine anorganic bone. Clinical and histological results up to one year after loading from a randomized-controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res* 2009;20:1386–1393.
- Cordaro L, Torsello F, Miuccio MT, di Torresanto VM, Eliopoulos D. Mandibular bone harvesting for alveolar reconstruction and implant placement: Subjective and objective cross-sectional evaluation of donor and recipient site up to 4 years. *Clin Oral Implants Res* 2011;22: 1320–1326.
- Clementini M, Morlupi A, Canullo L, Agrestini C, Barlattani A. Success rate of dental implants inserted in horizontal and vertical guided bone regenerated areas: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;41:847–852.
- Simion M, Trisi P, Piattelli A. Vertical ridge augmentation using a membrane technique associated with osseointegrated implants. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994;14:496–511.
- Zitzmann NU, Naef R, Schärer P. Resorbable versus nonresorbable membranes in combination with Bio-Oss for guided bone regeneration. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997;12:844–852.
- Simion M, Jovanovic SA, Tinti C, Benfenati SP. Long-term evaluation of osseointegrated implants inserted at the time or after vertical ridge augmentation. A retrospective study on 123 implants with 1–5 year follow-up. *Clin Oral Implants Res* 2001;12:35–45.
- Merli M, Bernardelli F, Esposito M. Horizontal and vertical ridge augmentation: A novel approach using osteosynthesis microplates, bone grafts, and resorbable barriers. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26:581–587.
- Merli M, Migani M, Esposito M. Vertical ridge augmentation with autogenous bone grafts: Resorbable barriers supported by osteosynthesis plates versus titanium-reinforced barriers. A preliminary report of a blinded, randomized controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:373–382.
- Merli M, Lombardini F, Esposito M. Vertical ridge augmentation with autogenous bone grafts 3 years after loading: Resorbable barriers versus titanium-reinforced barriers. A randomized controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25:801–807.
- Cordaro L, Torsello F, Morcavallo S, di Torresanto VM. Effect of bovine bone and collagen membranes on healing of mandibular bone blocks: A prospective randomized controlled study. *Clin Oral Implants Res* 2011;22:1145–1150.
- Urban IA, Jovanovic SA, Lozada JL. Vertical ridge augmentation using guided bone regeneration (GBR) in three clinical scenarios prior to implant placement: A retrospective study of 35 patients 12 to 72 months after loading. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:502–510.
- Merli M, Moscatelli M, Mariotti G, Rotundo R, Nieri M. Autogenous bone versus deproteinised bovine bone matrix in 1-stage lateral sinus floor elevation in the severely atrophied maxilla: A randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol* 2013; 6:27–37.
- Renouard F, Nisand D. Impact of implant length and diameter on survival rates. *Clin Oral Implants Res* 2006;17(suppl 2): 35–51.
- Ridell A, Gröndahl K, Sennerby L. Placement of Brånemark implants in the maxillary tuber region: Anatomical considerations, surgical technique and long-term results. *Clin Oral Implants Res* 2009;20: 94–98.
- Felice P, Soardi E, Pellegrino G, et al. Treatment of the atrophic edentulous maxilla: Short implants versus bone augmentation for placing longer implants. Five-month post-loading results of a pilot randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol* 2011;4:191–202.
- Merli M. *Implant Therapy. The Integrated Treatment Plan. Vol 1: Diagnosis and Surgical Therapy.* Milan: Quintessenza, 2013;369–371.
- Triaca A, Minoretti R, Merli M, Merz B. Periosteoplasty for soft tissue closure and augmentation in preprosthetic surgery: A surgical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001;16:851–856.
- Kostopoulos L, Karring T. Guided bone regeneration in mandibular defects in rats using a bioresorbable polymer. *Clin Oral Implants Res* 1994;5:66–74.

¹ Private Practice, Rimini, Italy; Clinical and Research Director, International Dental Research and Education (InDent), Rimini, Italy; Visiting Professor, Politecnico delle Marche, Ancona, Italy.
² Private Practice, Rimini, Italy; Research Assistant, InDent, Rimini, Italy.
³ Director, Applied Medical Imaging Research Group (AMIRG), Milan, Italy.
⁴ Fellow Researcher, Department of Medical Sciences, University of Trieste, Trieste, Italy.
⁵ Private Practice, Rimini, Italy.
⁶ Statistics and Research Coordinator, InDent, Rimini, Italy; Visiting Professor, University of Florence, Florence, Italy.

Correspondence to:
 Dr Mauro Merli, Viale Settembrini 17/O 47923 Rimini, Italy;
 fax: +39-0541-52308; email: mauromerli@gmail.com.



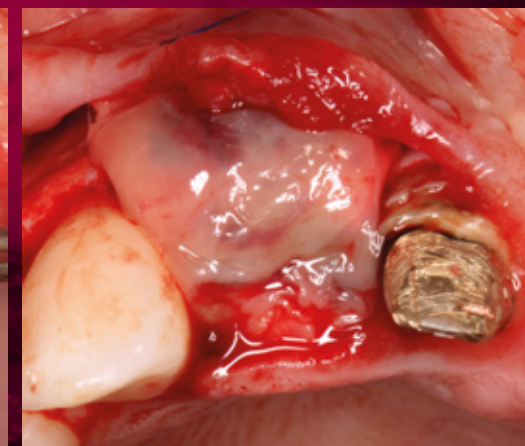
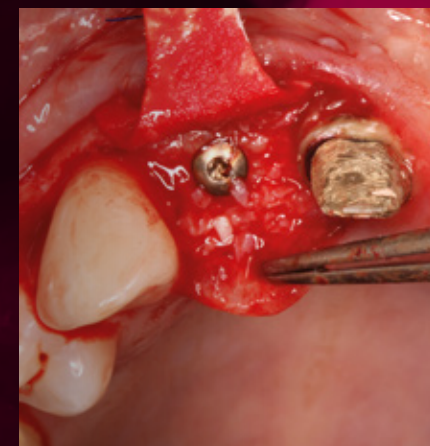
Strefa estetyczna stanowi bardzo duże wyzwanie implanto-protetyczne. Głównym celem jest zapewnienie zadowalających i przewidywalnych efektów estetycznych i biofunkcyjnych.

Poniższy przypadek przedstawia wszczepienie implantu Thommen Inicell 3.0 x 11mm przy użyciu szablonu chirurgicznego w celu zapewnienia najlepszej pozycji implantu, z jednoczesną augmentacją wyrostka zębodołowego szczęki po stronie przedsionkowej - materiał kośćozastępczy 70% kości gąbczastej i 30% kości zbitiej BONEFILL® Mix, z zastosowaniem membran PRF. Praca ostateczna po okresie 6 miesięcy od zabiegu chirurgicznego.

Mateusz Kuboń

Dr Mateusz Kuboń

Chirurgia:
Dr Mateusz Kuboń
NOVADENTIS
Ul. Zaściankowa 96/1A, Warszawa
tel. 507 187 189
novadentis.waw.pl



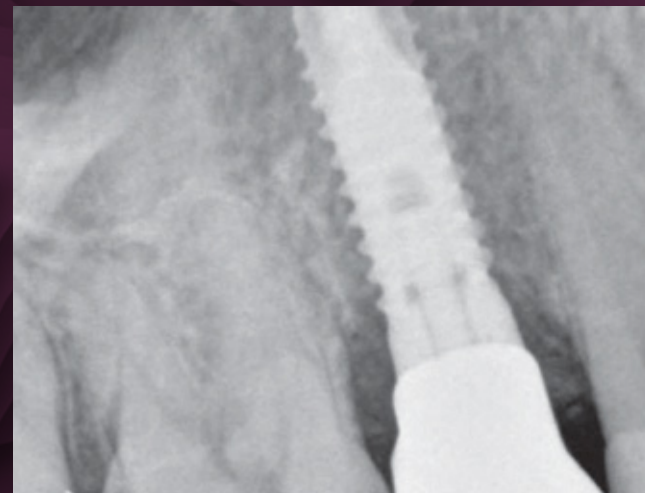
Praca protetyczna:
Dr Aleksandra Pietrzak,
Dr Mateusz Kuboń.

Tech. dent. Jacek Jodtowski
Ceramik Dent, Częstochowa



ALL-IN-TWO

DENTAL IMPLANT RESTORATIONS
IN JUST 2 APPOINTMENTS.



Control x-ray shows the optimal implant position

For a patient-oriented solution in just 2 appointments

Technological advances have created an environment where implants can be placed and restored with great precision and efficiency. 3D-imaging, guided surgery and CAD/CAM restorations have allowed for the development of patient-oriented, economical digital restoration concepts. Such solutions are more gentle, provide shorter treatment periods, offer easier maintenance and are long-lasting.

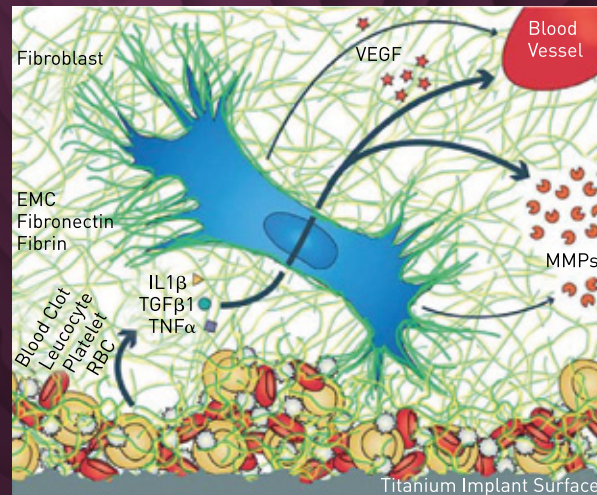
For the prevention of biological complications

The prosthetically driven implant placement strategy has proven itself to be superior to the original surgically oriented strategy. The concept of "prosthetically driven implant placement", "crown down" or backward planning provides both technical advantages and creates the optimal conditions for the prevention of long-term biologic complications through optimized implant placement. It makes it possible to design superstructures that allow the best possible design for daily cleaning by the patient and for regular maintenance by the hygienist.

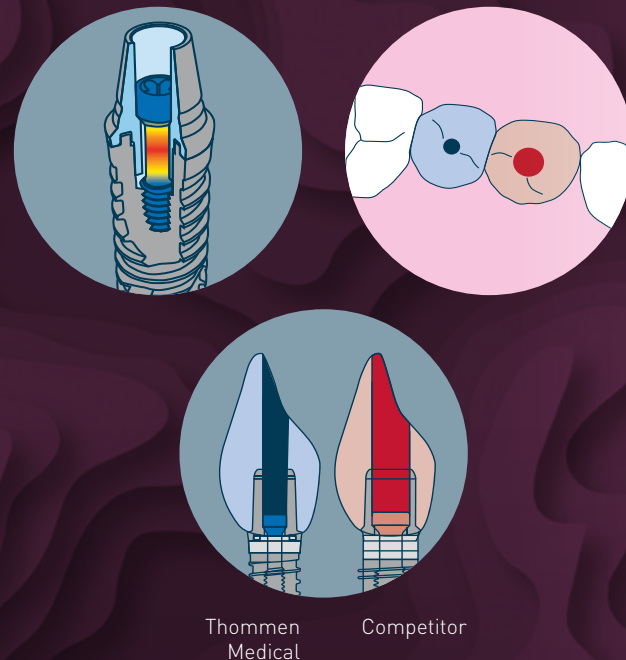
OPTIMAL CONDITIONS...

For a simplified clinical procedure

There are many factors that are important to the patient: excellent performance, optimal esthetics, minimal discomfort, a manageable treatment period, and cost. With today's methods, a simplified treatment can reduce these factors. Extraction, placement, temporary restoration and permanent restoration can now be carried out in just 2 treatment appointments. The digital workflow means that the need for interim appointments is eliminated.



An illustration of how fibroblasts and the blood clot adhering to INICELL®'s titanium surface can synergistically upregulate the angiogenic potential and have a positive influence on the remodelling capacity.
 1 Burkhardt, M. A. et al. Synergistic interactions of blood-borne immune cells, fibroblasts and extracellular matrix drive repair in an in vitro peri-implant wound healing model. *Sci. Rep.* 6, 21071; doi: 10.1038/srep21071 (2016).



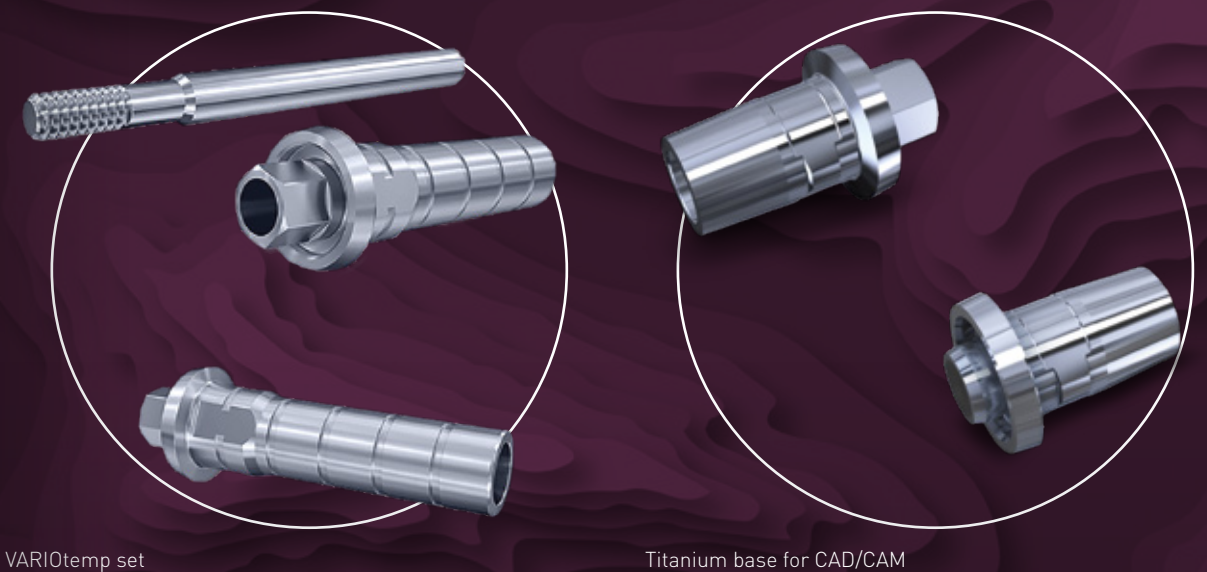
Implants that heal quickly and securely

The superhydrophobic INICELL surface of Thommen Implants delivers an important contribution to quick and secure healing. Clinical trials and pre-clinical studies have demonstrated that Thommen INICELL Implants have a high level of stability in the early healing phase and are capable of rapid osseointegration. The novel conditioning process creates optimal conditions for an increased physiological cellular response due to the superhydrophilic implant surface, which allows for faster bone regeneration and bone adhesion. The latest results have shown that INICELL promotes angiogenesis.¹

With prefabricated methods of attachment

The thinnest possible, high-strength abutment screw means the narrowest screw channel and outstanding prosthetic flexibility. As more material is available for the design of the superstructure, the Thommen internal connection allows greater prosthetic choices, even in limited insertion conditions. The narrow screw channel facilitates an optimal design of chewing surfaces. Because of the clever design of the implant- abutment connection, the screw protects the implant from damage due to excessive mechanical force (e.g. in the event of an accident).

...DUE TO STABILITY IN THE EARLY HEALING PHASE



Temporary restoration

The production of an immediate temporary restoration from plastic is considerably easier with VARIOtemp. Because the abutment screw is so small, so is the temporary abutment, leaving sufficient space for the temporary crown. The peri-implantation soft tissue can then be modeled at an early stage with this process. This increases patient comfort and reduces the overall cost by eliminating the need for a removable dental prosthesis.

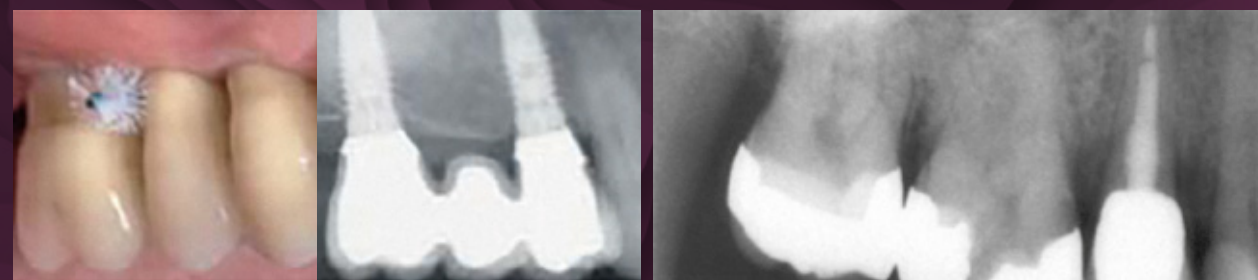
Permanent restoration

With a solid foundation provided by the titanium base for CAD/ CAM and biocompatible materials (e.g. lithium disilicate), a one-piece concept can be put into practice. The connection between the crown and abutment is completed outside the mouth. This avoids the risk of cement residues being left at the crown- abutment interface..

...FOR OUTSTANDING RESULTS!

“THIS MEANS THAT I CAN ALMOST ALWAYS USE OCCLUSAL SCREW RETENTION.”

PROF. DR M. HÜRZELER, MUNICH



Immediate implantation after tooth extraction

Initial situation



Immediate implantation after tooth extraction

A clever concept

An implant placed in a biologically optimal position, with a well- designed superstructure, allows for easy cleaning by the patient. By having the smallest abutment screw, The Thommen Implant System provides optimal conditions for this treatment concept.

Backward planning

The digital workflow is a necessary prerequisite for this treatment concept. The digital workflow from planning through the guided surgery, to the prosthetic restoration with CAD/CAM, is supported by the Thommen Implant System through our partners.

ALL-IN-TWO in summary

- Screw-retained restoration
- Biologically correct implant position
- Optimally designed for easy cleaning by the patient
- Easy to probe during supportive therapy
- Economic, patient-oriented digital workflow
- A one-piece concept for the prevention of biologic complications
- Completed in just 2 appointments



Scan abutment for digital impression-taking



Permanent restoration before closure of the small screw hole



Temporary restoration



Side view of the permanent restoration

Satisfied patients

The risk of early failure is reduced by the INICELL implant surface. The proven Thommen implant-abutment connection facilitates a stable screw-retained connection and reduces the occurrence of long-term complications.

Photographic material by Prof. Dr M. Hürzeler and Dr O. Zuhr, Munich

Le Gac O, Grunder U. Six-Year Survival and Early Failure Rate of 2918 Implants with Hydrophobic and Hydrophilic Enossal Surfaces. Dentistry Journal 2015; 3: 15-23.



C. WITT
DENTAL



cwittdental.pl