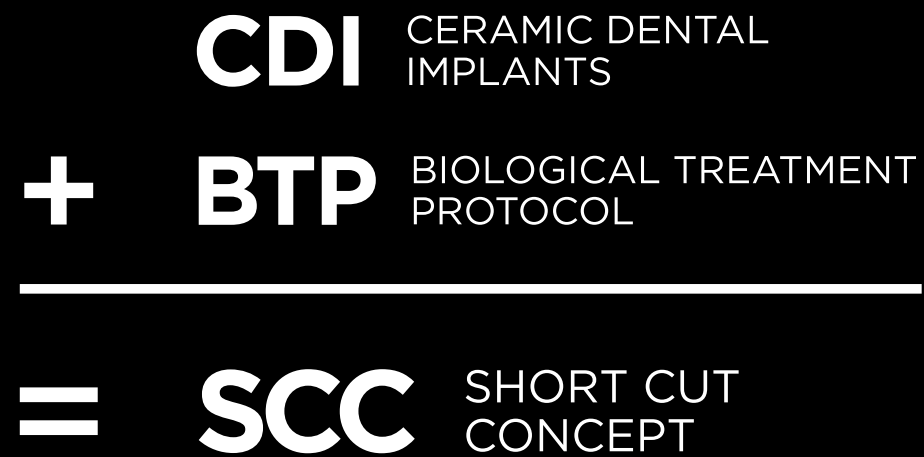




SCC SHORT CUT
CONCEPT

Das SCC-Short Cut Concept
nach Dr. Volz

Das Step-by-Step-Protokoll für Implantologen



Die zahnärztliche Implantologie hat eine neue Stufe erreicht: kranker Zahn raus, metallfreies Implantat rein, fester Zahn drauf. Keine Schmerzen, keine Schwellung, keine chemischen Medikamente, kein Knochen- und Zahnfleischverlust.

Kranke Zähne können schwerwiegende systemisch chronische Erkrankungen verursachen – doch bislang hat die Entfernung derselben einen hohen Tribut gefordert: Verlust an Knochen und Zahnfleisch, an Ästhetik, Komfort, Zeit, Geld und Gesellschaftsfähigkeit.

Die einteiligen CDI-Keramikimplantate von SDS können durch ihr einzigartiges Gewindedesign (Dynamic Thread® Design) extrahierte Zähne in fast allen Fällen sofort ersetzen – sogar im Seitenzahnbereich. Und fast immer ist die provisorische Versorgung mit festen und ästhetischen Kunststoffkronen möglich.

Durch die intelligente Integration von immunologischen Grundprinzipien nach dem BTP-Biological Treatment Protocol kann das Immunsystem so aktiviert und die Wund- und Knochenheilung dermassen beschleunigt werden, dass eine antientzündliche Wirkung erzielt wird und Antibiotika und schädigende Medikamente vermeidbar sind.

Das Short Cut Concept SCC nach Dr. Volz führt in der Regel zu einem sofortigen, zufriedenstellendem Ergebnis – eine neue Stufe der Perfektion.

1. Befundung und Vorbereitung

- Neben dem Modell und Allgemeinanamnese liegt idealerweise ein 3D-Röntgen/DVT (Digitales Volumentomogramm) vor. Eine gründliche Erstuntersuchung (dental, parodontal, röntgenologisch) und die Erstellung einer Fotodokumentation, angefangen mit Ausgangsfotos bis hin zu Abschlussfotos, sind grundlegende Bausteine.
- Zur Dokumentation Ausgangsfotos erstellen.
- Analyse der Bisshöhe. Bereits ein Millimeter Verlust an vertikaler Höhe kann die Durchblutung des Gehirns um den Faktor 50 % reduzieren. Liegt ein Höhenverlust vor, sollte dieser in der Provisorienphase bereits rekonstruiert werden, indem der Zahntechniker nicht nur die fehlenden Zähne aufstellt, sondern auch die Höhe aufwächst, bevor er ein Formteil des Sollzustands herstellt. Er hat darauf zu achten, dass dieses Formteil sowohl gut am vestibulären und retromolaren Kieferkamm als auch im Oberkiefer palatinal abgestützt ist, um die exakte Fixierung bei der Provisorienherstellung v.a. bei Komplettsanierungen zu erleichtern.
- Für ästhetisch sehr anspruchsvolle Situationen empfiehlt sich die Herstellung eines laborgefertigten Eierschalenprovisoriums, welches dann intraoperativ unterfüttert werden kann.
- Analyse des 3D-Röntgen im Hinblick auf: Entzündungen im Weisheitszahnbereich (NICO = neuralgia inducing cavitation osteonecrosis), devitale Zähne, entzündete Kieferareale, Karies sowie Metallversorgungen, Fremdkörper oder Metallversprengungen.
- Analyse des Knochenzustands (Knochenqualität und Quantität) im zu implantierenden Areal dahingehend, dass nach der Extraktion des Zahns das Implantat entweder über die Breite (bei gleicher Länge gegenüber dem Zahn – bedingt durch anatomische Limitationen wie Nervkanal oder Kieferhöhle) oder über die Länge fixiert werden muss. Oftmals stehen v.a. die oberen Frontzähne nicht in der Mitte des Knochens, sondern weit vestibulär, so dass das Implantat nach palatinal geneigt meist mit einer Länge von 14mm inseriert werden kann. Oberkiefer-Molaren werden praktisch immer über die palatinale Alveole versorgt – hier kann die Bohrung ebenfalls oft nach cranial-palatinal verlängert werden. Unterkiefer-Molaren werden meist über die distale Alveole versorgt. Pfahlwurzeln sind meist nicht durch Sofortimplantate versorgbar.
- Entzündungen und Metalle: Grundsätzlich wird die Funktion des Immunsystems durch umfangreiche Entzündungen sowie durch Metalle in der Mundhöhle massiv eingeschränkt, da diese die Tendenz aufweisen als Fremdkörper Allergien auszulösen und so eine Erhöhung der Entzündungsmarker bewirken, welche die Grundlage jeder chronischen und akuten Erkrankung bilden. Für den SCC-Termin sollte sichergestellt sein, dass nach dem Termin keine Metalle mehr in der Mundhöhle vorhanden sind und auch keine weiteren Entzündungen in Regionen, die nicht implantiert werden.



MODELL:

- Höhenverlust aufwachsen
- fehlende Zähne aufstellen
- Tiefziehschiene herstellen
- (max. Auflage auf Gingiva)
- Zahnfarbe, Eierschalenprovisorium?

3D-ANALYSE:

- NICOs, Entzündungen, Wurzelreste, Fremdkörper?
- Metallversorgungen, Metallversprengungen?
- Pfahlwurzeln, PA-bedingter Knochenverlust?
- Stabilität möglich durch Breite oder Länge?
- Vorbehandlung und Medikation (Bone Healing Protokoll)

SCHLÜSSELKRITERIEN:

- maximale Funktion des Immunsystems und der Wund- und Knochenheilung
- maximale Stabilität der Langzeitprovisorien durch Verblockung und Verklebung
- Provisorien kontakt- und dadurch belastungsfrei

2. Vorbehandlung Metall- und Herdsanierung

Unbedingt die Reihenfolge beachten, da das Immunsystem mit möglichst wenig Belastung linear mobilisiert werden soll. Grundsätzlich erfolgt zuerst die Metallsanierung und dann die Entfernung der Störfelder, da die fachgerechte Metallsanierung das Immunsystem nicht belastet, sondern entlastet und damit bessere Voraussetzungen für die Störfeldsanierung schafft.

Metalle:

Die Entfernung aller Metalle erfolgt grundsätzlich mit Kofferdam. Bei verblockten Kronen muss der Kofferdam geschlitzt und nach der Fixierung mit einem Silikon oder Polyäther (z.B. Impregum™) wieder abgedichtet werden. Bei der Entfernung von Amalgam ist zwingend zusätzlich zum Kofferdam mit einem Clean-up-Sauger oder Absauger wie IQ Air® und Nasensonde (4l O₂ / min.) zu arbeiten.

Karies:

Um sicherzustellen, dass kein devitaler Zahn übersehen wird, ist Karies ebenfalls zu entfernen. Aufbaufüllung kann mit einem Glasionomerzement, wie etwa Ketac™ Fill, erfolgen. Die Pfeiler sollten möglichst so präpariert werden, dass diese zueinander parallel sind. Anschliessend wird ein LZP (Langzeitprovisorium) über das Formteil mit z.B. Protemp™ hergestellt und in möglichst grossen Segmenten belassen. Dann folgen Ausarbeitung, Politur und Sicherstellung, dass keinerlei Friktion vorliegt. Zementierung mit Carboxylatzement, wie z.B. Durelon™. Einstellung der Okklusion und Funktionsbahnen.

METALLSANIERUNG:

- Kofferdam, evtl. abdichten mit Impregum™
- bei Amalgam: + Cleanup + Sauerstoff
- Karies ex, Aufbaufüllung, parallele Präp
- LZP über Formteil, keine Friktion, Durelon™

Herde:

Sind vor der Implantation grössere Herde (NICO) zu sanieren, sollte nach der Metallsanierung bereits mit der immunologischen Vorbereitung begonnen werden, um beste Voraussetzungen für die Ausheilung der Herde zu schaffen. Bei der Entfernung von Herden ist darauf zu achten, möglichst schonend vorzugehen und möglichst vertikale Schnitte anzulegen, wenn nicht auf Kieferkammitte geschnitten werden kann.

Die Herde müssen nach folgenden Kriterien vollständig ausgeräumt werden:

- a) Der Knochen darf nicht mehr weich sein, scharfer Löffel oder besser Kürette muss auf harten Knochen treffen.
- b) Der Knochen darf nicht mehr gelb sein, er muss eine weisse Farbe aufweisen.
- c) Es dürfen keine Fettaugen mehr auf dem Blut schwimmen – diese sind Zeichen der fettig degenerativ-chronischen Entzündung, welche komplett eliminiert sein muss.

Kavität:

Wird mit Kochsalz gespült, mit Ozon 1 Minute sterilisiert, 1 Minute mit PNSA gefüllt und vor dem Vernähen mit PRGF gefüllt. PNSA wird zusätzlich vor und nach der OP vestibulär im OP-Gebiet im Sinne einer Neuraltherapie eingespritzt. Die hochdosierte Vitamin C-Infusion (BTP-Infusion nach Volz/Nischwitz/Vizkelety) möglichst schon vor der OP verabreichen!

HERDSANIERUNG:

- evtl. immunologische Vorbereitung
- BTP-Infusion vorab, PNSA vorab vestibulär
- Schnitt Kieferkammitte oder vertikal
- Ausräumung: Härte, Farbe, keine Fettaugen
- Kochsalz, Ozon + PNSA je 1 Minute, PRGF

3. Immunologische Vorbereitung

Konsequent das BTP-Biological Treatment Protocol anwenden: BTP steht für eine linear korrekte Abfolge verschiedener biologischer Behandlungsprinzipien und -Konzepte. Diese bringen eine verbesserte (Ein-)Heilung – erzielt durch antientzündliche Wirkung und Unterstützung des Immunsystems sowie Eliminierung schädigender Faktoren. BTP baut auf das Prinzip der Heilung und Reparatur – nie auf Unterdrückung oder Zerstörung.

BTP ist ein wichtiger Faktor in der Gleichung für das Funktionieren des SCC-Konzepts:

Einfluss der Vorarbeit:

Durch die Metall- und Herdsanierung wurde das Immunsystem bereits verbessert, da sowohl Metallionen als auch Toxine aus wurzelbehandelten Zähnen an den Zellmembranen andocken, den MHC (= Major Histocompatibility Complex) löschen und somit den Weg bereiten für Autoimmunreaktionen. Auch viele wichtige körpereigene Enzymreaktionen werden durch Metallionen und Toxine negativ beeinflusst.

Knochenheilung:

Nun gilt es, die Knochenheilung durch die kombinierte Gabe von Vitamin D3 mit K2 (mk7) und die Zufuhr von Mineralstoffen vorzubereiten. Vitamin D3 kann als Dekristol® 20.000 rezeptiert werden, K2 mk7 erhält man über Amazon als „Super-K®“. Dekristol® und Super-K® werden im Verhältnis 1 : 1 eingenommen (1 x Kapsel Dekristol® auf 1 x Kapsel Super K®). Vitamin C, Zink und Magnesiumcitrat werden zusätzlich vor der OP verabreicht. Bis zwei Wochen nach der Operation sollte die Heilung mit Arnica, Symphytum, Echinacea und Phytolacca sowie einem Bromelainpräparat und einem Omega3-Fischöl unterstützt werden.

Antibiotika

(anti bios = gegen das Leben) sind kontraindiziert, da alle Präparate auf unterschiedlichen Wegen eine Lyse der Zellmembran auslösen.

Dies führt dazu, dass die massenhaft in den Bakterien vorhandenen Endotoxine auf einen Schlag freigesetzt werden und den Organismus überschwemmen bis hin zum Endotoxin-Schock und zur Sepsis.

Antibiotika-Alternative:

Zielführender ist es, wenn die Bakterien in toto mitsamt den darin enthaltenen Endotoxinen von Makrophagen „gefressen“ werden. Die Aktivierung der Makrophagen erfolgt über die Metall- und Herdsanierung, über die Gabe von Vitamin C und über die Gabe von Vitamin D3. In schwierigen Fällen kann GcMAF (= Group compound Makrophage Activating Factor, erhältlich unter www.cosomed.com) gegeben werden, um die Makrophagenbildung zu boosten.

Vitamin C:

Direkt präoperativ wird eine hochdosierte gepufferte Vitamin C-Infusion (50g Vitamin C BTP-Infusion nach Volz/Nischwitz/Vizkelety, erhältlich bei Victoria-Apotheke Saarbrücken) mit max. 2 Tropfen Fließgeschwindigkeit pro Sekunde verabreicht. Unterstützend kann vor der Vitamin C-Infusion eine Baseninfusion verabreicht werden. Vitamin C wirkt in dieser Dosierung als intra- und extrazelluläres Antioxidanz antientzündlich und damit als Infektionsschutz. Weiterhin wird über die Osteoblastenaktivierung und die Kollagensynthese die Wundheilung positiv unterstützt. Vitamin C wirkt gleichzeitig als Schutz vor Stoffwechselstörungen und zur Entgiftung, und es produziert Energie, die die Zellen der Patienten zur Heilung benötigt. Die Infusion ist durch eine Vielzahl weiterer Komponenten perfekt auf Sicherheit und Wirkung abgestimmt.

Ernährung:

In den Tagen – besser Wochen – vor dem chirurgischen Eingriff sollten alle schädigenden Ernährungseinflüsse eliminiert werden. Das heisst: Verzicht auf Kaffee, Alkohol, Tabak, Einfachzucker, Gluten und Kuhmilchprodukte. Stimulierend wirken Wasser, Gemüse und Salate in allen Variationen sowie eine gesunde Lebensweise mit viel Schlaf, Bewegung und Sonne.

ERNÄHRUNG 1 – 3 WOCHEN PRÄOPERATIV:

- kein Alkohol, Tabak, Koffein
- kein Einfachzucker, Gluten, Milchprodukte
- + viel Schlaf, Sonne, Bewegung
- + viel Wasser, Gemüse, Salate

SUPPLEMENTS 1 – 3 WOCHEN PRÄOPERATIV:

- 2 x 1.000 mg/d Vitamin C zum Essen
- 2 x 20 mg/d Zinkrot zum Essen
- 1 – 2 Kapseln/d Dekristol® (= 20.000 IE D3)
- 1 – 2 Kapseln/d Super-K® (Vitamin K mk7)
- 2 x 300 mg/d Magnesiumcitrat

evtl. MAKROPHAGENAKTIVIERUNG:

www.cosomed.com
1 vial = 8 shots
ab 4 Wochen vor OP 2 x pro Woche 1 shot

VITAMIN D3-LEVEL:

Optimaler Weise sollte der D3-Level vorab bestimmt und auf ein Niveau ≥ 70 ng/dl gebracht werden. Auch für den Langzeiterfolg sollte der Patient durch regelmässige Kontrollen und D3-Einnahme diesen Level für die Zukunft sicher stellen.

4. Sofortimplantation

Extraktion:

Infiltrationsanästhesie, zirkulärer Schnitt um den zu extrahierenden Zahn mit dem Rabenschnabelskalpell Nr. 12 möglichst scharf und atraumatisch vom umliegenden Zahnfleisch zu lösen. Vorsichtiges Hebeln mit der Zange, um die Wurzeln zu lockern. Möglichst keinen Hebel verwenden, da dieser Zahnfleisch und Knochen schädigt.

Wurzelentfernung:

Sollte der Zahn brechen, wird die Wurzel infrakturiert, indem diese bis zur Wurzelspitze mit einer Lindemann-Fräse in vier Teile (Schweizer Kreuz) oder in drei Teile (Mercedes-Stern) geteilt und mit ganz feinen Hebeln entfernt wird, ohne den Knochen zu verletzen. Ist dies nicht möglich (Ankylose), erfolgt eine „Denstomie“, d.h. die Wurzel wird mit einem keramischen Rosenbohrer vollständig weggebohrt und gegebenenfalls zusätzlich mit feinen Hebeln entfernt. Der Unterschied in der Härte zwischen Dentin und Knochen ist sehr gut zu spüren. Keinesfalls erfolgt eine „Osteotomie“, da der Knochen weder entfernt, noch beschädigt oder traumatisiert werden darf!

Nach der Wurzelentfernung:

Nach der vollständigen Entfernung der Wurzel wird die gesamte Alveole sehr vorsichtig mit der o.g. Kugel ausgefräst oder ausgekratzt. Das Ligament muss zu 100 % entfernt werden, da dieses Nervenfasern darstellt, welche

Kontakt zum Gehirn haben und diesem mitteilen, ob der Zahn noch vorhanden ist oder nicht. Erst wenn alle Fasern entfernt sind, gelangt die Information „Zahn weg“ zum Gehirn, welches mit dem Befehl „Osteozyten in Osteoblasten umwandeln“ reagiert. Ausserdem erfolgt eine Auffrischung des Knochens mit Einblutung und Aktivierung von Wachstumsfaktoren.

Evtl. vorhandene entzündliche oder zystische Anteile werden ebenfalls mit der Kürette zu 100 % entfernt – der umliegende Knochen muss hart sein, und es dürfen keine Fettaggen mehr auf dem Blut schwimmen.

Bohrung:

Nun wird entsprechend der Planung gemäss 3D-Röntgen die Bohrung durchgeführt. Da sie an einer Schrägfläche erfolgt, kann es hilfreich sein, den Bohrer erst steiler einzuführen und dann aufzurichten oder eine Rille mit dem Rosenbohrer anzulegen. Sofortimplantate sollten immer so lang wie möglich gewählt werden, idealerweise 14mm.

Navigation:

Zusammen mit dem Formteil stellt das SCC ein perfektes Navigationssystem dar: die Position im Raum wird durch die Öffnung in der Gingiva vorgegeben, die Position in der späteren Krone durch das Formteil, die Bohrposition und die Tiefe bzw. Nähe zu anatomisch gefährdeten Strukturen durch die Alveole im Vergleich zum Röntgen bzw. 3D.

PNSA:

- je eine Ampulle Procain, Notakehl, Selenase, Arthokelan A mischen
- je 1 ml prä- und postoperativ vestibulär einspritzen
- Defekt 1 Minute mit PNSA füllen

STERILISATION MIT OZON:

- ca. 1 Minute je Alveole oder entzündete Stelle
- tötet nur Anaerobier ab (Bakterien, Viren, Pilze)
- schont Aerobier (körpereigene Zellen)
- nicht einatmen (gut absaugen)!

HOHLRÄUME MIT PRGF FÜLLEN:

- Blutabnahme vor Vitamin C-Infusion!
- in die Hohlräume nur PRGF (Phase 2)
- evtl. mit Phase 1 (Membran) abdecken
- Phase 1 nie in die Tiefe!

OP-TAG:

- nur Vitamin D3 + K2 mk7 oral
- BTP-Infusion (u.a. 50 g Vitamin C)
 - NaBiCarbonate 1,68 % (alkalizing)
 - 1000 ml NaCl (0,72 %)
 - 50 g Vitamin C (antioxidant, anti-cancerous)
 - 1 x Vitamin B complexes (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12) (co enzymatic function)
 - 1 x Zinc-D-Glu (cell replication)
 - 1 x MgSO4 (detox, co enzymatic function)
 - 1 x L-Carnithin (mitochondrial function, energy)
 - 1 x Glut-SH (detox)
 - 1 x Lymphomyosot (lymphatic drainage)
 - 1 x Taurin & Ubichinon comp (antioxidants)
 - 1 x Procain (reset)
 - 1 x Prolin (anti inflammatory)

Nach der Bohrung:

Bohrkavität nochmals mit der Kürette reinigen (Cave: oftmals finden sich NICO-Areale unterhalb/oberhalb der Wurzeln oder in den Septen!), Bohrung mit Kochsalzlösung spülen, mit Ozon 1 Minute sterilisieren. Bohrung mit PNSA füllen und 1 Minute stehen lassen.

Implantation:

Implantat vorbereiten und möglichst maschinell zu 2/3 eindrehen, da damit die Richtung besser vorgegeben werden kann. Hier kann es ebenfalls notwendig sein, das Implantat zuerst etwas steiler in die schräge Bohrung einzuführen und dann mit zunehmender Tiefe aufzurichten. Finales Einschrauben von Hand mit einem Drehmoment nicht über 40 Ncm, aber auch nicht unter 30 Ncm. Dies lässt sich über das Bohrprotokoll und mehrmaliges Vor- und Zurückdrehen steuern.

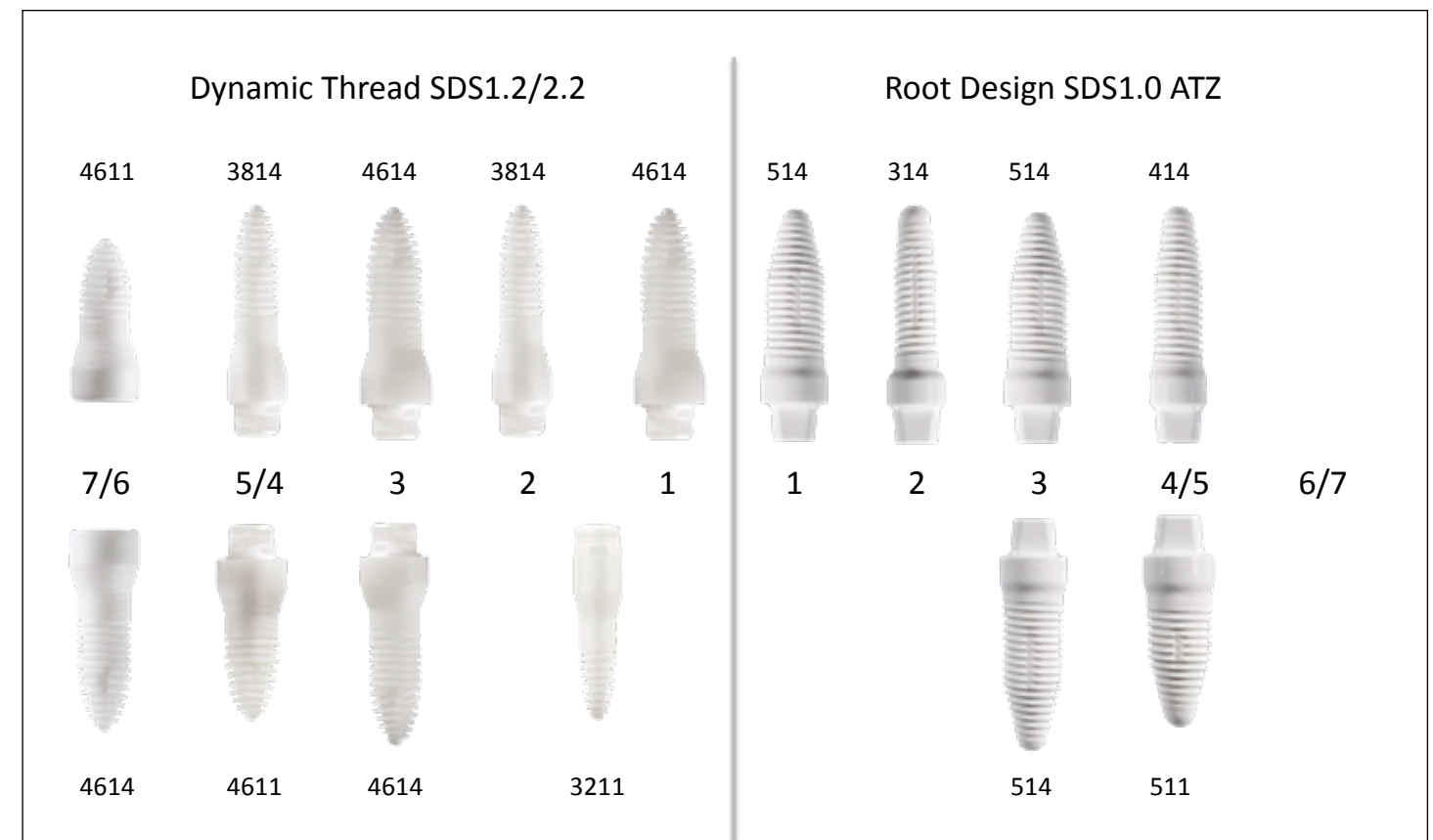
Nachbehandlung:

Anschliessend wird der Implantatpfosten falls nötig drucklos mit maximaler Wasserkühlung und einem Rotring-Diamanten präpariert. Das Formteil dient hier wiederum als Orientierungshilfe. Hohlräume der Restalveolen werden mit PRGF (Plasma Rich in Growth Factors) Phase 2 gefüllt und evtl. mit Phase 1 Fibrinmembran abgedeckt. Evtl. kann eine Annäherung der Wundränder durch eine Naht sinnvoll sein.

Implantatwahl:

Versorgung einzelner Molaren in der Regel mit zweiteiligen Implantaten. Einwurzelige Zähne immer mit einteiligen Implantaten, ebenso Molaren, wenn die Nachbarzähne ebenfalls mit verblockten Langzeitprovisorien versorgt werden können.

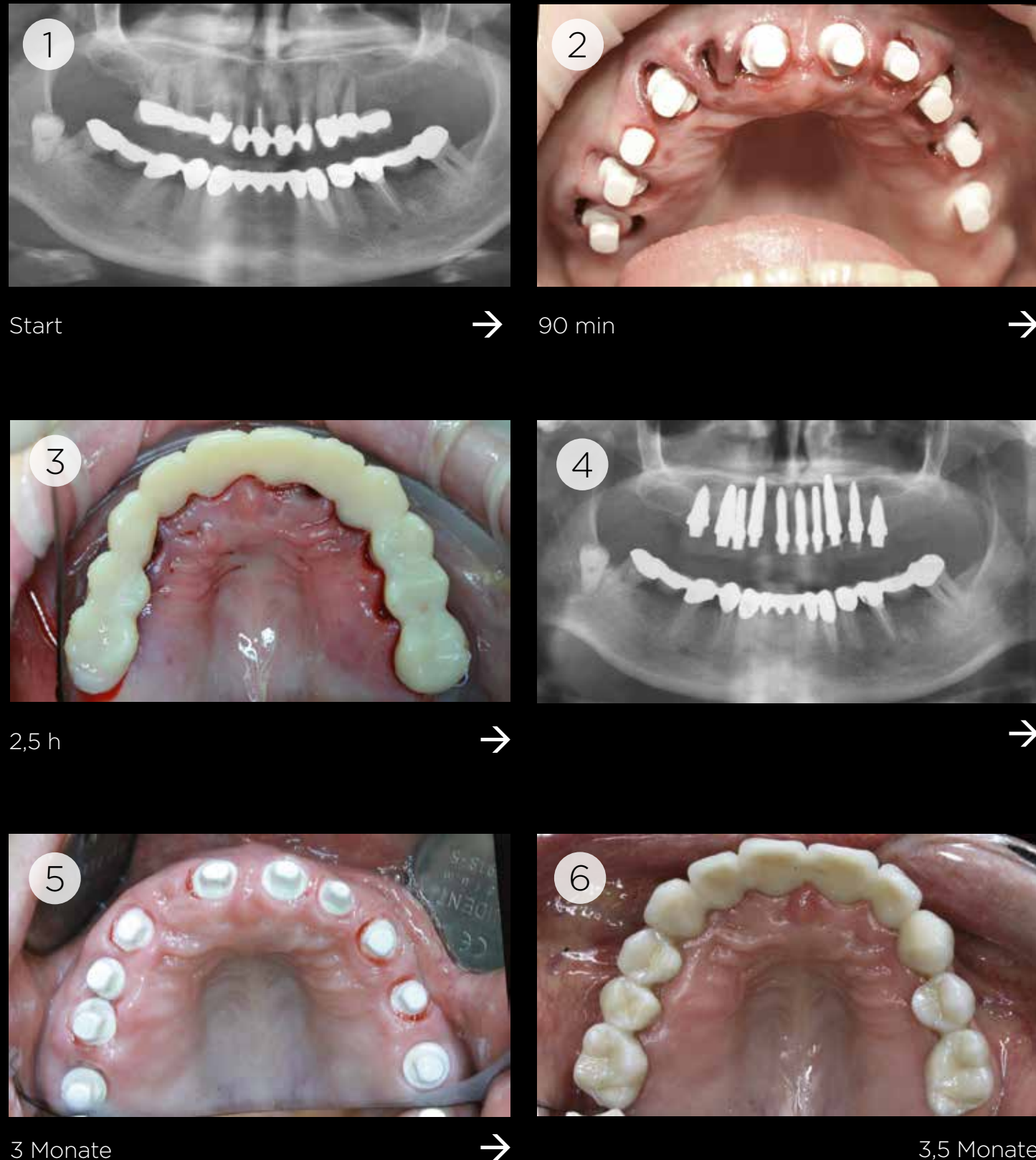
Meistbenutzte Grössen: SDS 1.1/2.2-Linie oder RD-Linie



Diese Übersicht zeigt die häufigsten Konstellationen – grundsätzlich muss das Implantat nach dem SCC entweder über den Durchmesser greifen oder über die Länge.

Mit der RD-Linie können v.a. obere Frontzähne und der Prämolarenbereich versorgt werden. Die 1.2/2.2-Linie kann für alle Situationen eingesetzt werden und verwendet für Molaren meist zweiteilige Typen ohne Sofortversorgung.

5. Provisorische Versorgung



Grundsätzliches:

Die provisorische Versorgung ist ebenfalls extrem vorsichtig und umsichtig vorzunehmen, da diese über den Erfolg mitentscheidet. Die provisorische Versorgung muss ohne jegliche Friktion passiv durch die Zementierung mit Durelon™ fest werden und auf möglichst vielen Zähnen abgestützt sein. Je weniger stabile Zähne das Provisorium beinhaltet, desto weniger Okklusionskontakte und -bahnen sind zulässig.

Füllen und trocknen:

Das Formteil wird nach dem Anpassen mit Protemp™ schichtweise von inzisal nach coronal gefüllt, die Assistenz trocknet vorsichtig mit grossen Tupfern, danach Umspritzen auch der Implantatpfosten.

Formteil aufsetzen:

Dann wird das Formteil aufgesetzt und auf den anderen Zähnen oder der Gingiva bzw. dem Gaumen fixiert. Man lässt den Patienten sehr vorsichtig schliessen, massiert mit dem Finger das Material aus den Interdentalräumen.

Formteil abnehmen:

In der zähelastischen Phase wird das Formteil abgenommen und das LZP entfernt, kurz in kalte sterile Kochsalzlösung getaucht, um die Polymerisation zu bremsen. Die Überschüsse werden mit einer Schere weggeschnitten.

Ausarbeitung:

Das LZP wird nochmals reponiert. Nun beisst der Patient fest auf eine dicke Okklusionsfolie. Das LZP wird während des Aushärtens mehrmals abgenommen und reponiert, dann ausgearbeitet, jegliche Friktion reduziert – das LZP muss auf die Stümpfe „fallen“ – und wird dann mit Durelon™ zementiert.

Verblockung:

Immer mindestens drei Zähne zusammen, d.h. ein einzelnes Frontimplantat wird mit SÄT (Säure-Ätz-Technik) an beide Nachbarzähne mit Flow verblockt. Zwei Implantate werden mindestens an einen weiteren Zahn verklebt, besser noch mit Auflagen, die in alte Füllungen eingefräst werden, oder durch verblockte LZPs auf benachbarte Zähne.

Belastung:

Okklusion und Artikulation werden eingestellt.

Patienteninstruktion:

Der Patient soll möglichst weiche Nahrung zu sich zu nehmen („mit einer Interimsprothese könnten Sie keine harte Nahrung kauen – jetzt könnten Sie, dürfen aber nicht!“). Weiterhin darf der Patient das PRGF bzw. Blutkoagel 1 Woche lang nicht berühren. Sehr hilfreich ist die Erklärung, dass es sich dabei um „flüssigen Knochen und flüssiges Immunsystem handelt“. Das aus der Orthopädie bekannte „Prinzip der stabilen Unruhe“ regt den Stoffwechsel an und aktiviert die durch die Zahnreihen verlaufenden Meridiane. Der Patient muss verstehen, dass er nur ein einziges Mal die Chance hat, mit einem perfekten Ergebnis innerhalb einer Sitzung die implantologische Praxis zu verlassen und deshalb die Prinzipien des SCC-Protokolls akribisch eingehalten werden müssen. Dann sind Erfolgsquoten > 99 % im Frontbereich, > 97 % im Prämolarenbereich und > 90 % im Molarenbereich möglich. (Volz, Scholz, Nischwitz, Vizkelety/Konstanz / 2011 – 2015)

Nähte:

Eventuelle Nähte weit nach vestibulär legen, so dass diese entfernt werden können, ohne das LZP abzunehmen. Das LZP darf in den ersten 2 Monaten keinesfalls entfernt werden.

Einheitzeit bis zur Prothetik:

einwurzelige Sofortimplantate 3 Monate, mehrwurzelige Sofortimplantate 4 Monate.

POSTOPERATIV FÜR 4 WOCHEN TÄGLICH:

- Supplements (s. o.) +
- Bromelain 3 x 1000 mg zwischen den Mahlzeiten
- Omega3-Fischöl: 2 Kapseln zum Essen

LZP LANGZEITPROVISORIUM:

- Formteil gleichmässig von inzisal füllen
- Zähne/Implantate trocknen + umspritzen
- Formteil aufsetzen, schliessen lassen
- abnehmen, abkühlen in NaCl, ausschneiden
- reponieren, fest zubeissen, ausarbeiten
- keine Friktion, Durelon™ + eventl. Flow
- Okklusion/Artikulation: je weniger je geringer

INSTRUKTION PATIENT:

- Medikamente nehmen, 2 Wochen schonen, auf den Körper hören
- nicht oder nur extrem vorsichtig kauen
- nicht saugen oder mit Zunge daran spielen
- Koagulum/PRGF 1 Woche nicht berühren

SDS SWISS DENTAL
SOLUTIONS

SDS Swiss Dental Solutions AG
Zollstrasse 8 . CH-8280 Kreuzlingen . Switzerland

Fon +49 75 31 697 33 - 0
Fax +49 75 31 697 33 - 20
info@swissdentalsolutions.com

swissdentalsolutions.com