

# DOBŘÉHO ZUBAŘE

LZE POZNAT AŽ Z DLOUHODOBÉ ZKUŠENOSTI,

říká primář Stomatologického oddělení ÚVN MUDr. Pavel Hyšpler.  
(2. část)

**Oddělení, které vede, poskytuje komplexní péči v rozsahu odbornosti praktické zubní lékařství a také výkony, k nimž je nutné osvědčení odbornosti pro vybranou péči ve stomatochirurgii, včetně ošetření zubními implantáty.**

**Není tajemstvím, že naše zdravotní pojišťovny považují některé stomatologické výkony za příliš nákladné a zubní lékaři naopak za podhodnocené. Jak to vnímáte Vy?**

Velikým problémem je, že pojišťovny nezvyšují ceny výkonů a výrobků podle zvyšujících se nákladů. Demonstrovat si to můžeme na ceně amalgámové výplně. Před dvaceti lety platila pojišťovna za jednu amalgámovou výplň 105,- Kč. Dnes tato úhrada zdravotní pojišťovny činí 242,- Kč (cenový předpis Ministerstva zdravotnictví neumožňuje v tuto chvíli platit více). Když si ale uvědomíme, jak se mezitím zvedly ceny energie, platy a ostatní náklady, je to značný nepoměr. Obdobně se to dá ukázat přes minutové náklady, kdy podle platby pojišťovny by měl zubař být schopen zhotovit amalgámovou výplň za šest až sedm minut, a to nepočítám vlastní materiál výplně. Což je samozřejmě velice úsměvné, realita je někde okolo 30 minut.

Samozřejmě nechci, aby to vyznělo, že propaguji postup vynětí amalgámové výplně nebo popřípadě i výplně z jiného materiálu z veřejného pojištění, jak to již několikrát prosazovala Stomatologická komora. Myslím si, že to by byl krok zpátky. Některé evropské země již vyňaly nebo nikdy neměly výplň součástí všeobecného pojištění a mají rozhodně vyšší podíl nezasanované populace a tím i frekvence některých závažných komplikací. Nicméně narovnání cen by bylo více než žádoucí. Pacienti si většinou neuvědomují, že na takovéto podcenění některého výkonu nebo výrobku ve skutečnosti doplácí všichni, kdo platí

přímo hrazený výkon - tedy například bílou plombu nebo celokeramickou korunku.

Z doby mých studií v Anglii si pamatuji v žertu míněné prohlášení tamního šéfa protetikého oddělení prof. Wattse: „Pokud k vám přijde pacient s žádostí o výrobu nové totální protézy, dejte mu 50 liber a pošlete ho ke konkurenci. Stále ještě na tom vyděláte.“ V této situaci jsme už také a výrobu celkových náhrad v zásadě dotujeme z jiných výrobků.

Dále bych chtěl říci, že procentuální podíl peněz z veřejného pojištění, které jdou do stomatologie, každý rok klesá. Za posledních patnáct, dvacet let je to více jak dvě procenta. V reálném čísle je to málo, ale pokud to vyjádříme v absolutních číslech, tak se jedná o miliardy korun.

**Amalgám, fotokompozitní bílá výplň, keramická výplň. Jaký je mezi těmito zubními výplněmi (plombami) rozdíl a jakou doporučujete?**

Na to není jednoduchá odpověď a pokusím se být co nejstručnější, protože detailní odpověď by přesáhla rozsah nejenom tohoto rozhovoru, ale celého časopisu Veleslavín39.

Výplně můžeme v zásadě rozdělit na dvě skupiny: přímo zhotovené v ústech pacienta a nepřímo zhotovené mimo ústa - např. v laboratoři nebo i v ordinaci pomocí například CAD/CAM technologií, tzv. inlaye, onlaye a overlaye.

V ústech pacienta můžeme zhotovovat výplně z amalgámu, skloionomerních cementů, kompozitu a některých dalších cementů. Ty se používají převážně jako dočasné výplně.



Amalgám má některé výhody: jednoduchou a nenáročnou zpracovatelnost (je potřeba pouze jediný krok v postupu), necitlivost k vlhkosti, rychlost ošetření a tedy i cenu. Má také některé nevýhody. Například se neváže k zubní tkáni a musí se tedy mechanicky kotvit různými zářezy, jamkami a podobně. V praxi to znamená, že musíme více brousit zub než u bílých plomb. Další nevýhodou je expozice rtuti, zejména při zhotovení a odstraňování amalgámové výplně. Zkušenosti z některých zemí ukazují, že pokud dojde k vyjmutí amalgámových výplní z veřejného pojištění, dojde takřka k vymizení tohoto materiálu z ordinací.

Skloionomer je jedním z druhů tzv. bílých plomb. Váže se (lepí) na zubní tkáň, ale má pouze menší mechanickou odolnost. V některých zemích ho proplácí pojišťovna místo amalgámu. U nás se používá spíše jako dlouhodobé provizorium.

Nejčastější z bílých plomb je kompozit. Jsou to různé pryskyřice naplněné plnivem. Většina těchto materiálů se sama neváže

že na zub a nalepuje se pomocí mezivrstev, tedy pomocí více kroků v postupu. Uvedu příklad: naleptá se sklovina kyselinou fosforečnou (mimořádně, stejná kyselina se přidává do Coca-Coly), dentin se upraví pomocí primeru a na sklovině i dentinu se vytvoří vrstvička bondu (lepidla). Teprve na ní se aplikuje vlastní kompozitní materiál. Mezi uvedenými kroky je potřeba zub několikrát oplachovat a sušit. Postup je velmi citlivý na vlhkost. Díky tomu, že dokážeme tyto materiály „lepit“ na zuby, můžeme z nich zhotovovat větší i výrazně menší (tzv. minimálně invazivní) výplně, než nám umožňovaly amalgámy nebo skloionomery.

### **A jaké jsou ty nepřímé zhotovené výplně?**

Nepřímé zhotovené výplně jsou ve skutečnosti starším druhem výplní, které po nástupu amalgámu a dalších materiálů ustoupily do pozadí. Ale díky nástupu CAT/CAM technologií zažívají renesanci. Historicky se zhotovovaly zejména z kovů, ale i z keramiky. Klasická technologie zhotovení spočívala v otisku nabroušeného zubu, výrobě modelu. Na modelu zhotovoval laborant danou např. keramickou inlay pomocí vrstvení a pálení nebo přesování keramických hmot. Dnes je mnoho technologií, které umožňují model naskenovat laserovým laboratorním skenerem a vyfrézovat náhradu z některého druhu keramiky nebo kompozita, popřípadě ze spalitelné hmoty a zhotovit náhradu přesováním roztavené keramiky do modelu. Začátek možnosti skenovat zub přímo v ústech datujeme do konce 80. let, kdy se objevily první generace přístrojů Cerec. V té době jejich přesnost měla hodně daleko k ideálu. Samozřejmě vývoj pokročil a přesnost pro jeden zub je nyní na úrovni kvalitně laboratorně zhotovené náhrady. Skenování v ústech je ale stále méně přesné pro vícečlenné můstky, kde dochází k sumaci úhlových chyb. Z CAD/CAM skenerů, které skenují zuby přímo v ústech, to není jenom v ČR nejznámější CEREC, ale i další přístroje, např. ITERO nebo skener, který máme na oddělení - 3shape.

Mírnou nevýhodou nepřímých keramických rekonstrukcí je nutnost jejich vlepění do nebo na zub. Používáme upravené kompozitní materiály, u kterých musíme dělat stejné mezivrstvy (a často ještě více vrstev) jako u kompozitních výplní. Samozřejmě se objevují nové kompozitní cementy, které se váží přímo na zub, ale tato vazba je zatím méně silná než u konvenční techniky mezivrstev. Problematická je i vzájemná vazba kompozit – keramika. Vývoj samozřejmě pokračuje a objevují se nové druhy např. leptatelné keramiky nebo speciální druhy primerů, které tuto vazbu zvětšují.

Dá se říct, že nepřímé keramické výplně jsou v některých indikacích lepší než přímé

výplně (hlavně u rozsáhlých defektů). Hodně závisí na přesnosti a pečlivosti lékaře, již mnohokrát jsem viděl velmi nepřesnou keramickou inlay nebo onlay zhotovenou skenováním v ústech. Tedy stále platí, že technologie pouze zjednodušuje práci, ale kvalita a přesnost zaleží na lidech, kteří s touto technologií pracují.

### **Jaké možnosti zubních náhrad nabízíte pacientům na vašem pracovišti v ÚVN?**

Abych pravdu řekl, tak mě spíše nenapadá náhrada, kterou bychom nedokázali vyrobit. Zhotovujeme celokeramické práce z různých druhů keramiky, metalokeramické práce, snímací skeletové náhrady např. se zásuvnými spoji a tak dále a tak dále. Co jediného mě napadá, že nevyrábíme, jsou tzv. flexibilní snímací náhrady, kdy tělo náhrady je pružné, protože osobně je považuji za náhrady, které pacientovy spíše ubližují.

### **Zubní náhrady jistě nejsou levnou záležitostí?**

To samozřejmě nejsou, protože jde o individuální výrobu. Objednejte si například na zakázku zhotovenou židli a cena také bude o řád vyšší než cena židle z řetězce.

### **Je to dobře nebo špatně, když se do medicíny pletou peníze?**

Abych pravdu řekl, tak si nemyslím, že to je až tolik špatné, protože to výrazně urychluje vývoj nových technologií ve všech oblastech medicíny. Ve stomatologii je to vidět například na technologii zhotovení totálních protéz. Výroba totálních protéz pomocí frézování nebo 3D tisku je v podstatě zvládnutá, ale počet firem, které takovou technologii dodávají, je minimální. Na rozdíl od technologie výroby celokeramických náhrad - v této oblasti je skutečně veliký výběr fréz, skenerů, materiálů atd. Je to způsobeno pouze větší lukrativností výroby celokeramických náhrad.

### **Které zákroky a služby u zubaře jsou v sazebníku našich zdravotních pojišťoven pro pacienta bezplatné?**

Těchto bezplatných kódů je mnoho a jejich výčet rozhodně přesahuje mož-

nosti tohoto článku. Vedle výkonů to jsou i některé protetické výrobky, jež pojišťovny plně hradí.

Mimo plné úhrady máme ještě některé výrobky, které jsou částečně hrazené z veřejného pojištění. Právě u těchto kódů vidím prostor, kde může pojišťovna ušetřit, protože význam příspěvku například na metalokeramickou korunku, který činí 561,- Kč, zatímco její koncová cena se pohybuje mezi 4-6 tisíci korun, mě není zcela jasný.

### **Parodontóza je poměrně známou chorobou chrupu. Dá se úplně vyléčit? Jak jí lze předcházet?**

Tady bych Vás chtěl trochu opravit, parodontóza je poměrně vzácné onemocnění, s nímž se takřka nesetkáváme. To, co máte na mysli, dnes nazýváme plakem podmíněnou parodontitidou. Tomuto onemocnění se laicky stále říká parodontóza. Ke změně názvu došlo již celkem dávno, v době, kdy se ukazoval stále větší a větší podíl bakterií z povlaku zubů. Toto onemocnění se u velké části pacientů dá zastavit nebo alespoň výrazně zpomalit pečlivou hygienou dutiny ústní, odstraněním zubního kamene a míst s retencí zubního povlaku.

Jinou otázkou je náprava škod, které toto onemocnění již stačilo způsobit. I když máme postupy řízené tkáňově regenerace, různé fibriny, růstové faktory, kterými dokážeme mnoho defektů zacelit, je mnohdy postižení takové, že skončí extrakcí jednoho nebo více zubů.

### **Starají se Češi dobře o svůj chrup? Jestli ne, jak to lze zlepšit?**

Někteří se starají dobře, někteří ne. Obecně mohu říct, že úroveň domácí péče o chrup se viditelně zlepšuje. Není to jenom vliv dentálních hygienistů, který je nesporný, ale také větším povědomím důležitosti a také dostupností nástrojů pro mezizubní hygienu, např. mezizubních kartáčků.

**Jiří Hruška**

foto: archiv ÚVN

