

Między biologią a technologią. 30 lat doświadczeń w implantologii

prof. Georgios Romanos



Nowoczesne technologie mogą wspierać leczenie, ale nie zastąpią rozumienia biologii – podkreśla prof. Georgios Romanos, jeden z najbardziej doświadczonych klinicystów i badaczy współczesnej implantologii. W rozmowie dla „Implantologii Stomatologicznej” mówi o lekcjach płynących z niepowodzeń, znaczeniu tkanek miękkich, narastającym problemie periimplantitis oraz warunkach przewidywalnego obciążenia natychmiastowego. W styczniu 2027 roku wystąpi podczas 14. Międzynarodowego Kongresu PSI/ICOI w Poznaniu.

Monika Zmuda:

Panie Profesorze, po ponad 30 latach pracy w implantologii – które procedury wykonuje Pan dziś zasadniczo inaczej niż na początku swojej kariery?

Georgios Romanos: Jedną z najważniejszych zmian w mojej praktyce jest stosowanie krótkich implantów. Obecnie, w odpowiednio dobranych przypadkach, pozwalają one ograniczyć zakres leczenia i uniknąć bardziej rozległych procedur augmentacyjnych. Warunkiem powodzenia pozostają jednak właściwa kwalifikacja pacjenta, precyzyjne planowanie oraz prawidłowe postępowanie protetyczne.

MZ: Jaka jest najważniejsza lekcja, którą wyciągnął Pan z własnych niepowodzeń klinicznych?

GR: Nauczyłem się, że zalecenia pooperacyjne powinienem przekazywać pacjentowi osobiście. Nie należy pozostawiać tego zadania wyłącznie innym członkom zespołu. Bezpośrednia rozmowa pozwala upewnić się, że pacjent właściwie rozumie zalecenia, wie, czego może się spodziewać po zabiegu i w jakich sytuacjach powinien skontaktować się z lekarzem.

MZ: Czy pod wpływem marketingu, technologii cyfrowych i uproszczonych protokołów leczenia implantologia stała się w oczach wielu lekarzy „łatwa”?

GR: Tak. Łatwy dostęp do nowych technologii może stworzyć złudzenie, że sama technika zapewnia powodzenie leczenia. Tymczasem lekarze zbyt łatwo zapominają o biologii i zaczynają podążać przede wszystkim za technologią. Narzędzia cyfrowe mogą wspierać podejmowanie decyzji, ale nie zastąpią rozumienia procesów gojenia, anatomii tkanek ani zasad prawidłowej kwalifikacji pacjenta.

MZ: Do których współczesnych trendów w implantologii podchodzi Pan z największym sceptycyzmem?

GR: Postęp technologiczny i sztuczna inteligencja mogą być bardzo pomocne, jednak wymagają krytycznego myślenia. Sceptycznie podchodzę do bezrefleksyjnego przyjmowania nowych rozwiązań tylko dlatego, że są nowoczesne lub atrakcyjnie prezentowane. Każde narzędzie powinno być oceniane w świetle biologii, dowodów naukowych oraz rzeczywistych wyników klinicznych.

MZ: Wielu lekarzy koncentruje się przede wszystkim na kości. Czy nie przeceniamy znaczenia regeneracji kości kosztem właściwego postępowania z tkankami miękkimi?

GR: Uważam, że tkanki twarde i miękkie są równie ważne. Stabilny, długoterminowy wynik leczenia wymaga uwzględnienia obu tych obszarów już na etapie planowania przedprotetycznego. Szczególne znaczenie ma również odpowiednie ukształtowanie tkanek miękkich oraz, w razie potrzeby, pogłębienie przedsionka jamy ustnej. Skupienie się wyłącznie na objętości kości nie wystarczy do uzyskania przewidywalnego efektu funkcjonalnego i biologicznego.

MZ: Czy periimplantitis stanowi dziś większe wyzwanie niż 10–15 lat temu? Jeśli tak, to dlaczego?

GR: Tak. Implanty wszczepia dziś znacznie więcej lekarzy, natomiast poziom kształcenia w zakresie wzajemnych zależności periodontologiczno-protetycznych nadal bywa niewystarczający. Brak całościowego spojrzenia na pozycję implantu, warunki tkanek miękkich, konstrukcję uzupełnienia protetycznego i możliwość utrzymania higieny zwiększa ryzyko późniejszych powikłań.

MZ: Czego współcześni młodzi implantolodzy uczą się w niewystarczającym stopniu?

GR: Młodzi lekarze powinni konsekwentnie i dogłębnie poznawać biologię oraz uważnie, krytycznie czytać piśmiennictwo. Sama znajomość protokołu zabiegowego nie wystarcza, jeśli nie rozumie się mechanizmów, na których został on oparty. Przed rozpoczęciem samodzielnej praktyki klinicznej konieczne jest także zaawansowane szkolenie praktyczne, prowadzone pod odpowiednim nadzorem.

MZ: Gdyby miał Pan wskazać jeden czynnik, który w największym stopniu decyduje o powodzeniu leczenia implantologicznego po 10 latach, co by nim było?

GR: Dogłębne zrozumienie biologii tkanek przyzębia i tkanek wokół implantu. To ono powinno stanowić podstawę wszystkich decyzji klinicznych – od kwalifikacji pacjenta i planowania pozycji implantu, przez postępowanie chirurgiczne i protetyczne, aż po długoterminową opiekę pozabiegową.

MZ: Panie Profesorze, wiele lat temu, podczas wizyty delegacji PSI w Nowym Jorku, zapytaliśmy Pana o właściwy sposób kondensacji materiałów kościostępczych. Odpowiedział Pan, że materiał należy zagęszczać na tyle delikatnie, aby zachować jego strukturę i umożliwić wrastanie naczyń. Dziś, po kolejnych latach badań i doświadczeń klinicznych, jakie materiały augmentacyjne wybiera Pan najczęściej? Czy preferuje Pan przeszczepy autogenne, allogeniczne, ksenogeniczne pochodzenia bydlęcego, wieprzowego lub końskiego, czy też inne biomateriały? Jakie czynniki wpływają na ten wybór?

GR: Najnowsze badania prowadzone w naszym laboratorium potwierdzają, że obecność kolagenu ma istotne znaczenie dla uzyskania przewidywalnych wyników klinicznych. Nie należy jednak oceniać materiału wyłącznie przez pryzmat jego pochodzenia. Kluczowe pozostaje właściwe postępowanie z cząstkami materiału – przede wszystkim ich odpowiednia kondensacja. Powinna zapewniać stabilność przeszczepu, a jednocześnie nie niszczyć jego struktury i nie ograniczać

warunków potrzebnych do unaczynienia oraz przebudowy.

MZ: Patrząc z perspektywy całej kariery – z jakiego osiągnięcia jest Pan najbardziej dumny nie jako naukowiec czy wykładowca, lecz jako klinicysta?

GR: Największą satysfakcję daje mi uzyskiwanie trwałych, długoterminowych wyników klinicznych w leczeniu z natychmiastowym obciążeniem implantów, prowadzonym łącznie z augmentacją kości, podgrzebieniowym pozycjonowaniem implantów oraz koncepcją jednego, wąskiego łącznika. Po 30 latach doświadczeń klinicznych i badań jestem dumny z tego, że wyniki te są stabilne, dobrze udokumentowane i szeroko opisane w publikacjach naukowych.

MZ: Wkrótce spotkamy się osobiście podczas Kongresu PSI w Poznaniu. O czym opowie Pan uczestnikom i dlaczego warto przyjść na Pański wykład?

GR: Podczas wykładu „Obciążenie natychmiastowe w praktyce – od teorii do trwałych wyników” przedstawię ponad 30 lat doświadczeń przedklinicznych i klinicznych związanych z natychmiastowym obciążeniem implantów. Omówię wyniki uzyskiwane z zastosowaniem różnych systemów implantologicznych typu platform switching oraz porównam protokoły obciążenia natychmiastowego i odroczonego. Skoncentruję się przede wszystkim na rozwiązaniach, które pozwalają zachować stabilność kości grzebieniowej i osiągać przewidywalne, długoterminowe rezultaty. Warto przyjść, ponieważ nie będzie to prezentacja oparta wyłącznie na teorii czy pojedynczych przypadkach klinicznych. Pokażę, jak łączyć dane naukowe z praktycznym podejmowaniem decyzji i jakie warunki muszą zostać spełnione, aby obciążenie natychmiastowe było procedurą bezpieczną i powtarzalną.

MZ: Do zobaczenia 8 stycznia w Poznaniu

