

# Dentale Implantologie und Radionik

## Implantation bei starkem Knochendefizit mit radionischer Unterstützung

Bei Implantationsmaßnahmen im zahnärztlichen Bereich haben wir es oft mit horizontalen oder vertikalen Knochendefiziten zu tun. Hierbei ist je nach Ausmaß die Verwendung von autologen Blöcken sowie autologen und / oder alloplastischen Knochenersatzmaterialien angezeigt, die mit Kollagenmembranen o. ä. fixiert und vor einwachsendem Epithel- und Bindegewebe geschützt werden. Diese Maßnahmen sind aufwändig, kostspielig, z. T. mit Risiken verbunden (Infektiosität, Antigenität) und für den Patienten belastend, so dass der Wunsch nach Methoden besteht, die näher an der Biologie orientiert sind und den Verzicht auf allzu viele körperfremde Substanzen und Materialien ermöglichen.

Als Ansatz in dieser Richtung verfahren wir schon seit geraumer Zeit nach den Techniken des PRGF-Verfahrens (Plasma Rich in Growth Factors), was die Gewinnung und Verarbeitung körpereigener Wachstumsfaktoren und körpereigenen Fibrins aus dem Eigenblut des Patienten ermöglicht. Damit sind jegliche Antigenitäten, Allergisierungen oder Infektionsrisiken, wie wir sie z. B. bei Verwendung boviner oder porciner Materialien kennen, praktisch ausgeschlossen.

Je nach Fall werden dem Patienten 20-80 ml Blut entnommen und durch eine sanfte Zentrifugation in ihre einzelnen Fraktionen aufgeteilt. Die unmittelbar über den Erythro- und Leukozyten entstehende Plasmaschicht ist reich an Thrombozyten mit Wachstumsfaktoren für Hart- und Weichgewebsheilung. Daher ist diese prädestiniert zum Einbringen in Extraktionsalveolen oder als Trägermedium für autologe oder alloplastische Materialien zur Defektauffüllung. Die anderen beiden Fraktionen dienen zur Herstellung autologer Fibrinmembranen.

### Die Technik dieser Vorgehensweise ermöglicht in idealer Weise die radionische Bewellung.

Hierfür werden die entsprechenden Reagenzgläser auf der Diode positioniert (Abb. 1) und mit speziellen Affirmationen informiert.

Beim vorliegenden Patientenfall (im Folgenden Pat. A. B. genannt) waren die Zähne 13, 11, 21 und 23 auf Grund großer Substanzdefekte in Kombination mit weitreichender parodontaler Destruktion nicht erhaltungswürdig (Abb. 2). Besonders die Zähne 11 und 21 wiesen einen teilweisen bzw. vollständigen Verlust der buccalen Lamelle auf. Um eine bestmögliche Regeneration dieser Strukturen zu erreichen, wurden die Extraktionsalveolen mit PRGF und autologem Fibrin gefüllt, das zuvor wie folgt bewellt wurde:

**Healingsheet-Zielsatz: Bioenergetische Unterstützung des Oberkieferwachstums für A. B.**

**Affirmation: Optimalstes Annehmen des Wachstumspräparates und der Implantate für A. B.**

Es wurden dann noch vom Gerät Datenbankeinträge aus den Gebieten Mineral, Alphabet des Erfolges, Entgiftung, Homöopathie, Bachblüten, ICD10, Affirmationen nach Louise L. Hay ausgewählt. Die Potenzierung wurde für die Bewellung auf Optimum gestellt.

Die Reagenzgläser mit den verschiedenen Plasmafraktionen wurden direkt auf die Diode gestellt und fünf Minuten informiert. Postoperativ wurde der Patient mit dem oben genannten Healingsheet bewellt, das neben diesen fall- und behandlungsspezifischen Informationen gleichzeitig auch die allgemeinen persönlichen Harmonisierungsaffirmationen enthielt.

Der Wundheilungsverlauf war komplikationslos, und nach drei Monaten konnte die Implantation angesetzt werden.

Bei der Auswahl der Pfeilerlokalisationen waren 13 und 23 obligatorisch; im mesialen Bereich wäre die Kombination 22 und 12 möglich gewesen. Da der Patient Wert auf den Verzicht auf eine Verblockung über die Körpermeridiane hinweg legte, planten wir als mesiale Pfeiler die Lokalisationen 11 und 21 trotz der ehemals defizitären Knochenstrukturen in diesen Bereichen.

Nach der Eröffnung des OP-Gebiets mit einer leicht palatinal versetzten crestalen Schnittführung zeigte sich, dass bei 11 eine nahezu vollständige Regeneration des Knochens stattgefunden hatte, bei 21 persistierte noch ein größerer Defekt, der normalerweise eine sofortige Implantation nicht gestattet hätte (Abb. 3).

Die Methode der Wahl nach gängigen schulmedizinischen Kriterien wäre in einem solchen Fall die zweizeitige Vorgehensweise mit Defektaug-



Abb. 1: Bewellung der Plasmafraktionen (hier: mit dem Quantec®5.1-Gerät)



Abb. 2: Klinische Ausgangssituation



Abb. 3: Knochendefizit bei 21



Abb. 4: Bewellung der Implantate

mentation mit einem autologen Knochenblock gewesen, der aus der retromolaren Region oder aus dem Kinn entnommen werden kann. Autogene, xenogene oder alloplastische Mate-



**Dr. med. dent.  
Harald Borkhart**

ist Zahnarzt mit Zusatzausbildungen in Akupunktur und Kinesiologie. Er ist in eigener Praxis (Schwerpunkt Implantologie) in Ostfildern niedergelassen. 2006 Europäischer Spezialist für Implantologie (BDIZ/EDA).

**Kontakt:**  
Forststr. 14, D-73760 Ostfildern  
dr@borkhart.de, www.borkhart.de



**Bernd S. Slawitsch**

ist Unternehmer, psych. Managementtrainer und Coach sowie Mentaltrainer und Bioenergetiker. Nach langjähriger Geschäftsführertätigkeit im eigenen Betrieb und die Arbeit im Seminar- und Coachingbereich erfolgte die Gründung einer Beratungspraxis für Menschen, Unternehmen und

Organisationen mit dem erfolgreichen Einsatz der instrumentellen Biokommunikation.

**Kontakt:**  
Friedrichstr. 4, D-73770 Denkendorf  
praxis@cmm-consulting.eu, www.cmm-consulting.eu

rialen in Blockform standen zum damaligen Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung oder waren nicht ausreichend erprobt.

Wegen der Entnahmemorbidität, den damit verbundenen Risiken und Belastungen und der wesentlich längeren Behandlungsdauer einigten wir uns mit dem Patienten auf eine alternative Vorgehensweise, um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden. Wir entschlossen uns trotz des großen Knochendefizits, eine sofortige Implantation vorzunehmen, mit einer simultanen Augmentation bei radionischer Unterstützung.

**Als Vorbereitung auf die Implantat-Operation wurde der Patient wie folgt bewellt:**

**Healingsheet-Zielsatz:** Die Implantate des Patienten A. B. heilen vollkommen perfekt ein.

**Affirmationen:** Die Implantate des Oberkiefers von A. B. heilen vollkommen perfekt ein und bleiben ein Leben lang stabil im aufgebauten Knochen; zusätzlich Einträge aus ICD10 und Affirmationen nach Weber.

Zu Beginn der Implantat-OP wurde wiederum das Wachstumsfaktorenkonzentrat nach dem oben geschilderten Protokoll hergestellt und bewellt. Außerdem wurden diesmal zusätzlich die in Frage kommenden Implantate mit denselben Informationen bewellt (Abb. 4).

Die Ausschachtung der Implantatkavitäten erfolgte durch Anlegen einer Initialbohrung mit der Lindemannfräse (hochtourig, gekühlt) und der Formbohrung mittels langsam rotierender Instrumente ohne Wasserkühlung (50 Upm),

was das Gewinnen von großen Mengen sehr hochwertiger Knochenspäne ermöglicht. Diese wurden sofort in der besendeten wachstumsfaktorenreichen Plasmafraktion eingelagert.

Abb. 5 und 6 zeigen den Zustand nach dem Setzen der Implantate; sehr deutlich sichtbar das riesige Knochendefizit bei 21. Das Implantat steht fast in halber Länge und in der Horizontalen über den größten Durchmesser hinweg frei.

Dies geht nach üblichem Ermessen über das mit einer lateralen Augmentation erreichbare Volumen hinaus; aber durch die Möglichkeit, die Einheilung radionisch zu unterstützen, entschlossen wir uns, diese Verfahrensweise zu riskieren.

Aus den Kavitäten von 13, 23 und 11 konnten wir nahezu 1 cm<sup>3</sup> Knochenspäne gewinnen, die mit dem bewellten Plasma versetzt wurden. Nach Anlegen von multiplen Perforationen in der periimplantären Kortikalis zur Nutrition des Augmentats

erfolgte das Einbringen einer dicken Schicht in den Defekt (Abb. 7).

Auch die Deckung erfolgte ausschließlich mit aus der oben genannten Vorgehensweise gewonnenen und radionisch bewellten autologen Fibrin, das in entsprechenden Gefäßen als Membran gezüchtet wurde.

Durch eine submuköse Vestibulumplastik nach Periostinzision mit tunnellerender Spalthautpräparation wurde für einen spannungsfreien Nahtverschluss gesorgt.

Während der postoperativen Phase wurde der Patient mit beiden Healingsheets weiterbewellt. Die Wundheilung verlief komplikationslos, und nach vier Monaten konnten die Implantate eröffnet und freigelegt werden. Es zeigte sich eine ausreichende und sichere hart- und weichgewebige Defektdeckung (Abb. 8), so dass die Abutments und Brücken von 11 bis 13 und 21 bis 23 wie geplant angefertigt und eingegliedert werden konnten (Abb. 9, 10).

Für den Erhalt dieses Ergebnisses wurde folgendes Healingsheet in die allgemeine Dauerbewellung des Patienten (die auch bei allen oben genannten Schritten immer in die Healingsheets miteinbezogen war) aufgenommen:

Die periimplantäre Hart- und Weichgewebssituation von A. B. bleibt jetzt sofort und immer in Bezug auf Art, Qualität, Höhe und Volumen vollkommen erhalten.

Datenbankbereiche: Organpräparate, Bachblüten, Belastungen, Affirmationen nach Tep-



Abb. 5: Zustand nach Setzen der Implantate



Abb. 6: Knochendefizit bei 21



Abb. 7: Augmentat aus autologem Knochen in radionisch bewelltem Plasma.



Abb. 8: Eingesetzte Abdruckpfosten



Abb. 9: Definitive Abutments

perwein, Farben, Australische Buschblüten, Kabbala und allgemeine Affirmationen.

**Zusammenfassung**

Trotz eines sehr starken Knochendefizits nach sehr problematischer Ausgangslage ist es



*Abb. 10: Fertigstellung*

durch die radionische Unterstützung gelungen, den Patienten ohne zusätzliche Traumata und ohne jegliches Fremdmaterial (Titan-Implantate ausgenommen) vollkommen biologisch mit körpereigenen Substanzen zu versorgen. Damit ist eine maximale Biointegration garantiert; jegliche Unverträglichkeiten oder Antigenitäten bzw. Allergisierungen sind absolut ausgeschlossen.

Des Weiteren ist die Methode für den Patienten wesentlich wirtschaftlicher und stellt auch aus diesem Grund eine Alternative zu den gängigen Praktiken dar.

