

Sedma godišnja konferencija izdavača DTI u znaku širenja internetom

Izdavači štampanih i onlajn izdanja licenciranih publikacija Dental Tribune International sastali su se na Sedmoj godišnjoj konferenciji izdavača Dental Tribune International u Kelnu u Nemačkoj, od 19. do 21. marta 2011. godine. Po prvi put su dočekani izdavači štampanih izdanja iz Češke, Holandije i Slovenije.

Dental Tribune International (DTI), sa sedištem u Lajpcigu u Nemačkoj, danas u svetu predstavlja najveću mrežu specijalizovanih izdavača u oblasti stomatologije. Nju čini dvadeset i osam kompanija sa izdanjima na dvadeset i dva jezika. Sa par-

tnerima iz celog sveta DTI je izdavač preko stotinu specijalizovanih novina i časopisa u 90 zemalja, te predstavlja najznačajniji stručni informativni medij i platformu za kontinuirano obrazovanje sa auditorijumom od preko 650.000 stomatologa.

Kako je saopšto izvršni direktor Torsten Oemus, DTI agresivno širi svoju sferu delovanja na najmoćniji medij – internet. Globalna platforma dental-tribune.com sada je dostupna i na srpskom jeziku, kao kvalitetan dodatak štampanom izdanju za Srbiju i Crnu Goru koje izlazi već pet godina zaredom, i ePapers digitalnoj arhivi svih

do sada objavljenih štampanih izdanja koje je i ranije bilo dostupno na adresi <http://www.dental-tribune.com/epaper>.

Onlajn izdanje za Srbiju i Crnu Goru koje, osim licenciranih sadržaja na srpskom jeziku, nudi i mnoštvo zanimljivih lokalnih informacija, dostupno je na adresi <http://www.dental-tribune.rs>. DTI prepoznaje trend umrežavanja na internetu te je prisutan i aktivan i na popularnoj društvenoj mreži Facebook.

Internet platforma je takođe proširena sadržajima dostupnim na mobilnim platformama, pa je moguće kupiti aplikaciju za iPad i iPhone koja

omogućuje pregled sadržaja, interaktivnost i praćenje onlajn predavanja u okviru programa DTI Study Club (<http://www.dt-studyclub.com>).

Nove opcije predstavljene na konferenciji su „Careers“ sa pregledom oglašenih radnih mesta, kao i „Classifieds“ sa pregledom malih oglasa orijentisanih na usluge i promet nove i korišćene stomatološke opreme.

DTI je predstavio i projekat Global Dental Tribune Awards koji ima za cilj prepoznavanje najvećih dostignuća u nekoliko različitih kategorija tokom godinu dana. Nagrada će biti dodeljivana u ukupno petnaest kategorija, od kojih su neke

od najznačajnijih “Nagrada za životno delo”, “Inovacija u stomatologiji” i “Vodeći predavač u stomatologiji”. Prijem nominacija, uži izbor kandidata za nagrade i onlajn glasanje moguće je preko veb-sajta dental-tribune.com. DT



www.dental-tribune.com

CIP-Katalogizacija u publikaciji
Biblioteka Matice srpske, Novi Sad

616.31 (05)

Dental Tribune: the World's Dental Newspaper /
glavni i odgovorni urednik Anita Brzaković. - Serbia and
Montenegro edition. - Vol. 1, No. 1 (avgust 2006)- . -
Novi Sad: Dental Media, 2006-. - 42cm

Četiri puta godišnje
ISSN 1452-6425

COBISS.SR-ID 215641863



Postanite naš Facebook prijatelj
Dental Tribune Srbija

Ukoliko želite DT informacije
mejlom, pošaljite nam Vašu
e-mail adresu na:
info@dental-media.rs

Imprint

Izdavač: DENTAL MEDIA d.o.o.
(ekskluzivni nosilac licence za Srbiju i Crnu Goru)
Adresa: Fruškogorska 35
21000 Novi Sad
Telefon: 063-1026242
E-mail: dentalmedia@neobee.net
Internet: www.dental-tribune.com

Glavni i odgovorni urednik: dr Anita Brzaković
Umetnički direktor: Snežana Popov
Prevodioci: Marijana Dudvarski
dr Anita Brzaković
Zoran Zrnić

Lektor: Mirjana Grubišić-Bandić
Aleksandra Popin
Štampa: Stojkov štamparija, Novi Sad

Distribuira se besplatno u Srbiji i Crnoj Gori
Dental Tribune se izdaje kvartalno
Copyright 2006 by Dental Tribune International GmbH
All rights reserved

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper • Serbia & Montenegro Edition

Urednički materijal preveden i preštampan u ovom izdanju časopisa Dental Tribune International, iz Nemačke, zaštićen je autorskim правом kompanije Dental Tribune International GmbH. Sva prava su zadržana. Objavljeno uz dozvolu kompanije Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany. Reprodukovanje na bilo koji način na bilo kom jeziku, u celine ili delimično, bez prethodne pismene dozvole kompanije Dental Tribune International GmbH i Dental Media d.o.o. strogo je zabranjeno. Dental Tribune je zaštitni znak kompanije Dental Tribune International GmbH.

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher Torsten Oemus

International Editorial Board

Group Editor	Daniel Zimmermann newsroom@dental-tribune.com +49 341 48 474 107	Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics Dr Karl Behr, Germany – Endodontics Dr George Freedman, Canada – Aesthetics Dr Howard Glazer, USA – Cariology Prof Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology
Editors	Claudia Salwiczek Anja Worm	
Editorial Assistant	Yvonne Bachmann	
Copy Editors	Sabrina Raaff Hans Motschmann	

Publisher/President/CEO

Torsten Oemus

Sales & Marketing

Peter Witteczek

Antje Kahnt

Director of Finance & Controlling

Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services

Nadine Parczyk

License Inquiries

Jörg Warschat

Accounting

Manuela Hunger

Business Development Manager

Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online

Alexander Witteczek

Executive Producer

Gernot Meyer

© 2010, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany

Tel: +49 341 48 474 502 | Fax: +49 341 48 474 175

Internet: www.dental-tribune.com | E-mail: info@dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific

Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thompson Road,
Wanchi, Hong Kong
Tel: +852 3115 6177 | Fax: +852 3115 6199

The Americas

Dental Tribune America
116 West 25th Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Asia Pacific Edition

Estetska stomatologija na dohvati ruke

Ovogodišnji osmi po redu godišnji skup European Society for Cosmetic Dentistry (ESCD), biće održan u našem neposrednom okruženju u Dubrovniku od 30.9./1.10.



Tom prilikom u nešto izmenjenoj šemi, ovoga puta sa manjim brojem predavača ali dužim raspoloživim terminima, u cilju potpunije edukacije učesnika, kroz predavanja i radionice, estetska stomatologija biće pokrivena iz skoro svih aspekata.

Za sve kongresne aktivnosti kao i organizovani smeštaj

predavača i učesnika izabran je kompleks hotela Rixos Libertas Dubrovnik koji svim salama, barovima, bazenima i SPA centrom i plažom, predstavlja idealan izbor za spoj vrhunske edukacije i ugodnog morskog opuštanja.

U zvaničan program uvršteni su globalno najeminentniji predavači iz različitih oblasti: Prof. Dr. Nasser Barghi, iz domena adhezije i keramičkih faseta, Alain Romanos, mekatička i implantologija, Bob Kahan sa dermanlnim filerima, Prof. Arnetzl, uživo rekonstrukciju

sa CEREC sistemom samo su neki od predavača, koji će drugog dana držati i radionice sa interaktivnijim pristupom slušaocima.

Tokom skupa biće održana i posterprezentacija, a za najuspješnije radove su predvidene prigodne nagrade. Ovo je pričika da i kolege iz Srbije prikažu svoje slučajeve, uz kolege iz cele Evrope.

Ni ovoga puta neće izostati atraktivan večernji provod. Prvo veče je predviđeno za žurku na plaži sa živom muzikom i DJ-om, dok je drugo veče zamišljeno u elegantnijem stilu, uz večernju toaletu, na terasi tvrdave Revelin sa prelepm pogledom na Dubrovnik i okolinu.

Ove godine za članove ESCD iz Srbije i susednih država izdještovane su posebno pogodne cene kotizacije. U zavisnosti od termina prijave 130/165 eura a za studente, asistente i članove tima 50 eura.

Više informacija o ESCD-u i samom skupu može se dobiti na: www.escd.info i www.escd-dubrovnik.com. DT

Priznanje Dental Tribune uručeno je Robertu Gotlanderu

Autor: Ivon Bahman (Yvonne Bachmann), DTI

Keln, Nemačka: Međunarodno priznanje Dental Tribune (Global Dental Tribune Award) dodeljuje Dental Tribune International istaknutim pojedincima, timovima i ordinacijama

koje su aktivno zainteresovane za kontinuirano obrazovanje i postizanje naviših profesionalnih rezultata. Izvršni direktor DTI Torsten Oemus proglašio je prvog nosioca nagrade Dental

Tribune za najveće dostignuće u predvođenju napretka u stomatološkoj profesiji Robertu Gotlanderu iz Švedske, kao priznanje za njegova izuzetna postignuća u oblasti obrazovanja i inovacija u stomatologiji.

Gotlander je pohađao Stomatološki fakultet Univerziteta u Geteborgu. Karijeru je započeo 1984. godine u preduzeću „Nobelpharma“, koja je kasnije

prerasla u kompaniju „Nobel Biocare“. Tokom godina rada na mestu izvršnog potpredsednika za obrazovanje i informisanje o proizvodima, u periodu od 1986. do 1987. godine, Gotlander je bio odgovoran za međunarodno priznat program edukacije „Nobel World Tour“. DT

Foto: Izdavač Torsten Oemus (sa desne strane) po prvi put uručuje Dental Tribune priznanje Robertu Gotlanderu



SIMPOZIJUM STOMATOLOGA I SARADNIKA
s međunarodnim učešćem
NOVI SAD
27 - 28/5/2011
NOVOSADSKI SAJAM
Kongresni centar
MASTER

SKUP JE AKREDITOVAN OD STRANE ZDRAVSTVENOG SAVETA SRBIJE

BODOVANJE

Bodovi za:	Nova znanja iz oblasti restaurativne stomatologije 27. 5. 2011.	Nova znanja iz oblasti hirurgije i implantologije u stomatologiji 28. 5. 2011.
Pasivno učešće	5	5
Poster prezentacija	7	7
Oralna prezentacija	9	9
Predavanje po pozivu	11	11

ROK ZA PRIJAVU RADOVA: 1. maj 2011.
ROK ZA PRIJAVU PASIVNOG UČEŠĆA: 23. maj 2011.
PRIJAVA NA LICU MESTA: 27 - 28. maj 2011.

ORGANIZATORI

- Klinika za stomatologiju Vojvodine
- Akademija medicinskih nauka SLD
- Stomatološki fakultet u Beogradu
- Novosadski sajam A.D.

PRIJAVE ZA UČEŠĆE KAO I PRIJAVU RADA MOŽETE IZVRŠITI ELEKTRONSKIM PUTEM PREKO INTERNET STRANICE

www.simpozijum.net
ili na telefon

+381 21 466-075, 466-076, 466-077
PANACOMP - Zemlja čuda d.o.o.

info@panacomp.net

www.panacomp.net

Bulevar Cara Lazara 96, 21000 Novi Sad

www.simpozijum.net

PROGRAM KONTINUIRANE EDUKACIJE

Petak, 27. 05. 2011.

Subota, 28. 05. 2011.

"Nova znanja iz oblasti restaurativne stomatologije"

Tema	Metod obuke*	Predavač
Primena metode konačnih elemenata u stomatološkoj protetici	predavanje	Prof. dr Dragoslav Stamenović
Novi estetski trendovi u restaurativnoj stomatologiji	predavanje	Prof. dr Kovska Obradović Đuričić
Pitanje okluzije i artikulacije danas	predavanje	Prof. dr Vojkan Lazić
Savremeni trendovi u stomatološkoj gerontoprotetici	predavanje	Prof. dr Ivica Stančić
Pauza		
Glas jonomer cementi u kliničkoj pedodontološkoj praksi	predavanje	Prof. dr Mirjana Apostolović
Dentoalveolarne promene kod mladih odraslih osoba sa klasom II/1	predavanje	Prof. dr Ivana Šćepan
Otvaranje Simpozijuma		
Koktel-pauza		
Upotreba radiografije u dijagnostici i terapiji oralnih obolenja	predavanje	Doc. dr Duška Blagojević
Uticaj Coca Cole na razvoj nekarioznih promena čvrstih zubnih tkiva	predavanje	Doc. dr Ivana Stojšin
Upotreba dentinskih adheziva u svakodnevnoj stomatološkoj praksi	predavanje	Prof. dr Slavoljub Živković
Savremeni biokompatibilni nanomaterijali u stomatologiji	predavanje	Prof. dr Ljubiša Džambas
<i>Samoadhezivni i nanohibridni kompozit, Vertise Flow i Herculite XRV Ultra</i>	Kurs	Asist. dr sci stom Vesna Miletić Asist. mr sci stom Jugoslav Ilić

"Nova znanja iz oblasti hirurgije i implantologije u stomatologiji "

Tema	Metod obuke*	Predavač
Primena savremenih tehniki i materijala - ključni faktori funkcionalnog i estetskog uspeha implantne terapije	predavanje	Prof. dr Milan Jurišić
Primena fibrinskih membrana kod gingivalne recessije	predavanje	Prof. dr Božidar Dimitrijević
Primena različitih terapijskih postupaka u pripremi alveolarnog grebena za ugradnju implantata	predavanje	Prof. dr Snježana Čolić
Pauza		
Protetska rehabilitacija pacijenata upotrebom endoossealnih implantata - naša iskustva	predavanje	Prof. dr Siniša Mirković
Mogućnosti zbrinjavanja povreda kod dece	predavanje	Prof. dr Mirjana Ivanović
Koktel-pauza		
Ortognatska hirurgija	predavanje	Prof. dr Aleksandar Kiralj
Rešavanje problema u odontometriji	predavanje	Prof. dr Vladimir Ivanović
Savremeni principi periapikalne hirurgije	predavanje	Doc. dr Branislav Bajkin
Primena slobodnih mikrovaskularnih režnjeva	predavanje	Doc. dr Živorad Nikolić
Efekti parodontološke terapije kod HIV pozitivnih pacijenata	predavanje	Asist. dr Ivana Gušić
Savremena implantologija u praksi	predavanje	Dr Saša Winter
<i>Precizan interokluzalni registr-put ka postizanju optimalne okluzije</i>	Stručni skup	Ass. dr Aleksandra Lemić

Sistemski i dentalni faktori koji utiču na prognozu zuba

Autori: Belinda Brown-Joseph, DMD, MS; Samia Hardan, DDS, MS; David L. Hoexter, DMD, FACD; Sebastien Dujardin, DDS, MS; and Jon B. Suzuki, DDS, PhD, MBA

Najveći izazov u planiranju terapije je određivanje tačne prognoze oboljenja. U eri stomatologije zasnovane na dokazima, kliničke studije bazirane na ishodima lečenja primoravaju nas da preispitamo naše pristupe lečenju. Kada je u pitanju parodontopatija prognoza se uglavnom zasniva na predviđanju preživljavanja zuba. Određivanje prognoze kod pacijenata sa parodontopatijom je sastavni deo kliničke prakse parodontologa i direktno utiče na plan terapije u smislu lečenja, zadržavanja ili ekstrakcije parodontopatičnih zuba.^{1,2}

Prognoza za čitavu denticiju ili za pojedinačni zub je „dynamična“ i podložna je promenama ukoliko dođe do promena zdravstvenog stanja pacijenta ili motivacije i poboljšanja dentalnih faktora (kao što je na primer, poboljšanje održavanja oralne higijene).

Iako su mnogi postulati iz parodontološke literature validni, ipak je neophodno pridobiti nove informacije i koristiti nove tehnike kada se donosi odluka o tome da li zub treba zadržati ili ga ekstrahovati.²

Ovaj članak se bavi prvenstveno razmatranjem razvoja prognostičke preciznosti, sa naglaskom na zadovoljstvu pacijenta kliničkim rezultatima i povoljnositima u finansijskom smislu.

Sistem za procenu parodontološke prognoze

Istoriski, prognoza parodontopatičnih zuba je bazirana na gubitku zuba.^{3,4} Nekoliko autora je dizajniralo i ispitivalo svoje prognostičke sisteme sa različitom uspešnošću, ali je nesumnjivo dokazano da je sistem baziran isključivo na gubitku zuba veoma nepouzdan kada se posmatra dugoročna prognoza.¹ Opšte prihvaćenu i najčešće korišćenu prognostičku klasifikaciju su izradili McGuire i Nunn.⁵ Ovaj sistem sadrži de-

taljnu analizu težine oboljenja u odnosu na pojedinačni zub, što je prikazano u tabeli 1.

Drugi sistem predstavili su Kwok i Caton, kojim se prognoza određuje na osnovu očekivane parodontalne stabilnosti.^{1,6} Prognoza se smatra „povoljnom“ kod onih zuba gde se lokalni i sistemski faktori mogu kontrolisati, a parodontalni status zuba može biti stabilizovan neophodnim parodontološkim tretmanom i održavanjem rezultata.

Kada se lokalni ili sistemski faktori delimično mogu kontrolisati, za ove zube se smatra da imaju „sumnjivu“ prognozu, iako parodoncijum može biti stabilizovan opsežnim parodontološkim tretmanom i održavanjem ukoliko se ovi faktori stave pod kontrolu.

Kod zuba sa nepovoljnom prognozom, lokalni ili sistemski faktori ne mogu se kontrolisati i do raspada periodontalnog ligamenta najverovatnije će doći i pored svih terapijskih mera i održavanja oralne higijene. Na kraju, kada je prognoza „beznadežna“, indikovana je ekstrakcija zuba.

Prognoza za čitavu denticiju nasuprot prognozi za pojedinačni zub

Prilikom davanja prognoze, mnogi faktori moraju biti u obzir. Ovi faktori se potom zajedno analiziraju i sintetišu u šemu za određivanje parodontološke prognoze. Iako su longitudinalne studije pokazale da i hirurški i konzervativni tretman doprinose očuvanju parodontopatičnih zuba, dugotrajna stabilnost zuba zavisi od velikog broja varijabli.^{1,7-11} Kao što je prikazano u tabeli 2, faktori koji utiču na celokupnu parodontološku prognozu obuhvataju uzrast, genetsku predispoziciju, oralnu higijenu, opšte zdravlje, pušenje, spremnost pacijenta na saradnju i ekonomski aspekti. Faktori od značaja za prognozu koji se tiču samog zuba obuhvataju gubitak pripoja, odnos

DOBRA PROGNOZA	Moguća kontrola etioloških faktora, dobra potpora periodontalnih struktura, mogućnost održavanja oralne higijene, spremnost pacijenta na saradnju
UMERENO DOBRA PROGNOZA	Gubitak pripaja 25%, furkacija klase I, moguće održavanje otralne higijene uz dobru motivaciju pacijenta
LOŠA PROGNOZA	Gubitak pripaja 50%, furkacije klase I i II
SUMNJIVA PROGNOZA	Gubitak pripaja veći od 50%, nepovoljan oblik korena zuba, indeks labavljenja veći od 2, konvergencija korenova
“BEZNADEŽNA” PROGNOZA	Neadekvatan pripoj, indikovana ekstrakcija zuba

Tabela 1. Prognostički sistem po autorima McGuire i Nunn

krunice i korena, poziciju zuba u zubnom luku, prisustvo ili odsustvo parodontalnih lezija u furkaciji zuba i druge anatom-ske i restaurativne činioce.^{2,8} Ovi parametri se beleže u odnosu na prethodno kliničko iskustvo i tek onda procenjuje prognozu.¹²

Prognoza za čitavu denticiju

Faktori koji moraju biti razmotreni prilikom ocenjivanja prognoze svih prisutnih parodontopatičnih zuba obuhvataju sledeće:

Životno doba. Literaturni navodi su saglasni da je prevalencija veća, a ozbiljnost parodontalnog oboljenja izraženija kod starijih osoba u odnosu na mladu populaciju.^{1,2,6} Međutim, generalno posmatrano, kod starijih osoba je bolja prognoza za isti stepen oštećenja parodoncijuma u poređenju sa mlađom populacijom.

Kontrola plaka. Bakterijski plak je osnovni etiološki faktor koji se dovodi u vezu sa parodontopatijom. Sposobnost pacijenta da na

adekvatan način održava oralnu higijenu i uklanja plak veoma je važna prilikom procene da li se oboljenje može zaustaviti ili je njegova progresija neminovna.

Pušenje. Osobe koje puše više od 10 cigareta dnevno mnogo su više izložene riziku od nastanka ozbiljnijih formi parodontopatije, kod njih je manje predvidiv individualni odgovor na inicijalni tretman i komplikovanija je reakcija na čitavu terapiju. Ukoliko su svi ostali činioци približnog intenziteta, pa-

cijent koji nastavi da puši imaće lošiju prognozu u odnosu na nepušače i osobe koje su prestale da puše.¹⁴⁻¹⁷

Dijabetes. Kod pacijenata sa dijabetesom više se javlja prevalencija parodontalnih oboljenja, kao i veći gubitak pripaja i kosti.^{18,19} Pacijenti sa dijabetesom, naročito oni sa loše kontrolisanim dijabetesom u principu će imati lošiju celokupnu prognozu parodontopatije u poređenju sa pacijentima koji nemaju dijabetes (Slika 1).



Slika 1. Nekontrolisani dijabetes tipa 2 kod pacijenta starog 42 godine

Opšti faktori (prognoza za čitavu denticiju)	Lokalni faktori (prognoza za pojedinačne zube)
Životno doba Kontrola plaka Pušenje Sistemska oboljenja Genetski faktori Stres Saradnja pacijenta Ekonomski aspekti	Plak/konkrementi Duboki džepovi i gubitak pripaja Labavljenje zuba Okluzalna trauma i parafunkcije Plak retenciona mesta Protetsko/restaurativni faktori

Tabela 2. Faktori koji mogu uticati na prognozu

Genetika. Genetski faktori mogu imati veoma važnu ulogu u određivanju načina na koji domaćin odgovara na štetne nokse. Smatra se da genetski polimorfizam određenih gena zaduženih za imuni odgovor (na primer interleukini IL-1 i IL-10) može biti povezan sa sklonošću ka izraženijim formama parodontopatije u određenim populacijama.^{6,12}

Stres. Fizički i emocionalni stres, kao i zloupotreba opijata može uticati na sposobnost pacijenta da na adekvatan način odreaguje na preduzeti tretman.⁶ Nedavno sprovedena metaanaliza u literaturi govori u prilog tome da psihološki stres može dovesti do pogoršanja parodontopatije.^{2,20}

Spremnost pacijenta da saraduje u tretmanu. Kliničar mora biti svestan sposobnosti i upornosti pacijenta u kontroli plaka kada određuje prognozu oboljenja. Što je bolja kontrola plaka, bolja je i dugoročna prognoza zuba.²¹⁻²³ Ovo razmatranje je naročito važno prilikom kontrolnih pregleda nakon inicijalnog plana terapije i početnih uputstava o održavanju oralne higijene.^{1,2,6}

Ekonomski aspekti. Osobe sa ozbiljnom parodontopatijom često nisu svesne ovog stanja, što dodatno pogoršava prognozu. Kompleksni tretman pacijenta sa uznapredovalim i destruktivnim formama parodontopatije je veoma skup.²⁴

Prognoza za pojedinačne zube

Prognoza za pojedinačne zube određuje se nakon određivanja prognoze za čitavu denticiju i direktno zavisi od nje. Mnogi lokalni i protetski/restaurativni faktori imaju direktni uticaj na prognozu pojedinačnih zuba zajedno sa svim prisutnim sistemskim faktorima ili faktorima sredine.^{1,2,5,6}

Dokazano je da su gubitak pripoja, dubina parodontalnog džepa, parodontalne lezije na furkaciji, odnos krunice i ko-

rena, status fiksnih nadoknada i procenat gubitka kosti najznačajniji faktori za gubitak zuba.^{5,25}

Duboki parodontalni džepovi i gubitak pripoja. Duboki parodontalni džepovi i gubitak pripoja se dovode u vezu sa budućim raspadom periodontalnog ligamenta zbog ograničenog pristupa za održavanje oralne higijene, otežava očuvanje zdravlja potpornih struktura zuba, a rezidualni plak i konkrementi su gotovo uvek prisutni.

promena u mikrosredini parodontalnog džepa koje pogoduju periopatogenima.^{1,26,27} Dubina džepa veća od 5mm stvara potekoće za održavanje oralne higijene, otežava očuvanje zdravlja potpornih struktura zuba, a rezidualni plak i konkrementi su gotovo uvek prisutni.

Odnos krunice i korena. Odnos krunice i korena je takođe merno gubitka pripoja, naročito

u slučajevima kada zubi imaju kratke korenove. Primer na ovoj stranici prikazuje nepovoljan odnos krunice i korena, povezan sa razvojnom anomalijom kod pacijenta sa kratkim korenovima (Slika 2).

Zahvaćenost furkacije korenova. Što je veći gubitak pripoja u zoni furkacije korenova, lošija je i dugoročna prognoza zuba. Zubi sa minimalno (klasa I)

zahvaćenom ili potpuno očuvanom furkacijom u principu imaju dobru prognozu. Zubi sa potpunim gubitkom kosti u koronarnim delovima furkacije (klasa III) imaju lošiju prognozu, a regeneracija ovog tipa defekta nije predvidiva u većini kliničkih situacija.

→ DT strana 14



Slika 2. Kratki korenovi

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

AIR-FLOW GOES SUBGINGIVAL

THE AIR-FLOW HANDY PERIO GETS RID OF THE ENEMY – WITH GENTLE ACTION AND UTMOST PRECISION

PERIO-FLOW®

PERIO

Three horizontal nozzle apertures for the air-powder mixture, a separate vertical water nozzle aperture for rinsing: Experience the evolution in air-polishing technology and remove subgingival biofilm in just 5 seconds.

DEEP DOWN, between tooth and gingiva, billions of bacteria managed to proliferate under the cover of malicious biofilm – until now.

AIR-FLOW
SUBGINGIVAL
PERIO
EMS

Grain size ~ 25 µm

Together with the Original Air-Flow Powder Perio, the Air-Flow handy Perio with its unique Perio-Flow nozzle tracks down biofilm effectively into the periodontal pocket.

For more information >
welcome@ems-ch.com

"I FEEL GOOD"



Slika 4. Retroalveolarni radiogram na kome se vide veliki defekti između kompozitne nadogradnje i preostalog zubnog tkiva, velike komore pulpe i nezavršen razvoj korena.

← DT strana 1

Pacijent se pojavio u mojoj ordinaciji nekoliko nedelja kasnije, žaleći se na lošu estetiku restauriranih zuba i tup bol u predelu vestibuluma u projekciji vrha korena levog centralnog sekutića.

Intraoralnim pregledom je konstatovano prisustvo veoma loših ivica kompozitnih ispuna, neadekvatne boje i teksture. Pored toga, oralna higijena pacijenta je bila nezadovoljavajuća, sa velikim količinama plaka i kamenca, što je sve izazivalo akutni gingivitis. Levi centralni sekutić bio je blago bolno osetljiv na perkusiju, kao i na tople i hladne nadražaje. Na radiogramima su konstatovani značajni procepi između kompozitnog materijala i zubnih tkiva, što je omogućavalo prodor bakterija (Slika 4). Periodontalni ligament je bio intaktan, nije bilo znakova frakture korena zuba i bio je prisutan tipičan nalaz čvrste kortikalne kosti, što je u skladu sa akutnom povredom zuba.

Inicijalni tretman

Pre razmatranja definitivnog tretmana, tokom inicijalnog tretmana status parodoncijuma i endodontski status zuba moraju biti pažljivo razmotreni. Procena stanja pulpe povredjenog zuba je od presudne važnosti za plan terapije. Nakon nezgode, pacijent je tužan, uznemiren i psihički traumatizovan. Pored toga, šok koji izaziva fizička trauma često dovodi do prolazne analgezije ili parestezije nervnih vlakana zubne pulpe. Zbog toga, proce-

na vitaliteta pulpe električnim ili termičkim testovima, koji su veoma subjektivni, daje nepouzdane rezultate. Osim toga, lažno negativan rezultat na ispitivanje vitaliteta povredjenih zuba često se dobija zbog prolazne parestezije nervnih vlakana. S druge strane, moguće je dobiti i lažno pozitivan rezultat kada je već nastupila nekroza pulpnog vaskularnog snopa, kao posledica prisustva preostalih vitalnih nervnih vlakana koja su rezilijentnija u odnosu na nekrotična. Ovo može odložiti korektnu dijagnostiku i tretman povredjenog zuba, često dovođeći do resorpциje korena zuba.

Pouzdan i objektivan način za određivanje vitaliteta pulpe je pulsna oksimetrija. Pulsnom oksimetrijom se meri nivo saturacije krvi kiseonikom unutar zubne pulpe. Pulsnji oksimetar se sastoji od svetlosno-emisijućih (LED) dioda dve talasne dužine (crvena svetlost 640 nm, i infracrvena svetlost 940 nm) i receptora za detektovanje spektralne apsorbancije oksigenovanog i deoksigenovanog hemoglobina zubne pulpe. Računar izračunava procenat saturacije kiseonikom, koji se kod vitalne pulpe kreće u opsegu od 75% do 80%, što je značajno niže u odnosu na vrednosti saturacije kiseonikom na mestima na kojima se ona uobičajeno meri (na jagodicama prstiju ili ušnoj resici, gde su ove vrednosti iznad 98%). Saturacija kiseonikom vitalnih zuba je niža u poređenju sa mekim tkivima zbog prisustva gledi i dentina koji dovode do rasipanja LED zraka. Našem pacijentu izmerena je vrednost saturacije od 78%, što znači da



Slike 5, 6 i 7. Nakon uklanjanja konkremenata mekih naslaga i poliranja zuba, vidi se poboljšanje stana desni, ali i odvajanje neadekvatne nadogradnje na levom centralnom sekutiću. Primećuju se jasno vidljivi mameloni i zakrivljene površine na incizalnoj površini zaledjenog fragmenta na desnom centralnom sekutiću.



Sl. 6



Sl. 7



Slika 8. Zubi i lice pacijenta i VITA Classic ključ boja.



Slika 9. Zubi i lice pacijenta i VITA 3D ključ boja.



Slika 10. Fotografija pacijenta pre sportske nezgode. Primećuje se jasna maksilarna medijalna dijastema.

je postojala adekvatna prokrivenost čak i za potrebe eventualne regeneracije pulpe. U ovoj fazi i sa ovakvim dijagnostičkim nalazima smatralo se da endodontski tretman nije potreban. Kako bi se smirili simptomi akutnog gingivitisa, izvršeno je uklanjanje supra- i subgingivalnih konkremenata i poliranje zuba, a pacijentu su data dodatna uputstva o održavanju oralne higijene. Uzimanje otiska za izradu studijskih modela i laboratorijskog izradivanja nadoknada u vosku je odloženo dok se ne popravi stanje potpornog aparata zuba.

Izrada laboratorijskog modela za izradu nadoknada u vosku i silikonskog ključa

Na sledećoj seansi, naredne nedelje, primećeno je da je došlo do smirivanja znakova inflamacije desni, ali je takođe uočeno da je došlo do odlamanja kompozitne nadogradnje na levom centralnom sekutiću i do njenog odvajanja od preostalog zubnog tkiva (Slike 5-7). Kako bi se sprečila bolna osetljivost zuba i invazija mikroorganizama, eksponirani dentin levog centralnog maksilarnog sekutića je nagrizan 37%-tним rastvorom fosforne kiseline u trajanju od 20 sekundi, a neposredno nakon toga je aplikovan

dentin-adhezivni sistem (OptiBond Solo Plus, Kerr). Stanje gingive se popravilo nakon primene profilaktičkih sredstava i preventivnih mera kojima je poboljšana oralna higijena pacijenta, i uzeti su otisci gornje i donje vilice korišćenjem preciznog, mekog otisnog materijala bez distorzije (Algibond FS, Kerr). Istovremeno su načinjen referentne fotografije pomoću VITA Classic i VITA 3D Shade (VITA) sistema za analizu boje (Slike 8 i 9).

Otisci su izliveni u tvrdom gipsu i načinjeni su modeli za studije. Pacijent je zamoljen da doneše fotografije iz perioda pre nezgode na kojima se vide njegovi zubi (Slika 10), koje su veoma vredan vodič za procenu anatomije zuba i smernica tehničaru za izradu restauracije na modelima u vosku. Pacijent je imao izražen horizontalni preklop sekutića koji je iznosio 7 mm, što je očigledno položaj centralnih sekutića činilo rizičnim, stvarajući predispoziciju za povrede zuba (Slika 11).

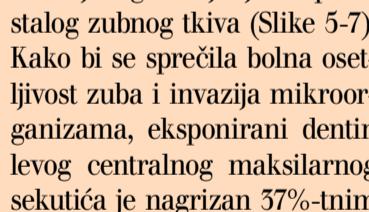
U dentalnoj laboratoriji na studijskim modelima izrađene su nadoknade u vosku odgovarajućeg oblika, veličine, vestibularne i palatalne konture incizalne ivice čime bi se omogućila potpora za intraoralnu izradu direktnе restauracije (Slike 18 i 19).

Izrada kompozitne nadogradnje na levom centralnom sekutiću

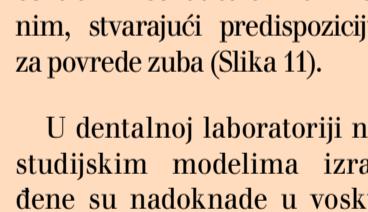
Dva su osnovna kriterijuma kojima se rukovodimo prilikom izbora odgovarajućeg kompozitnog materijala: zadovoljavajuća funkcija (u smislu dobre rezilijencije, kao i mehaničkih i termičkih svojstava) i estetika (možućnost podražavanja dentina i gledi, posedovanje kvalitetne translucencije, opalescencije i fluorescencije). U ovom slučaju, novi materijal, Herculite XRV Ultra (Kerr), izabran je zbog svojih izvanrednih mehaničkih i optičkih karakteristika. Herculite XRV Ultra je nanohibridni kompozit koji predstavlja usavršenu verziju svog prethodnika, materijala Herculite XRV, koji je na trži-



Slika 11. Veliki horizontalni preklop čini centralne sekutiće vulnerabilnim na dentalnu traumu.



Slika 12. Frontalni izgled preoperativnog gipsanog modela.



Slika 13. Incizalni izgled preoperativnog gipsanog modela.



Slika 14. Frontalni izgled dijagnostičkih nadoknada izrađenih u vosku.



Slika 15. Desni lateralni izgled dijagnostičkih nadoknada izrađenih u vosku.



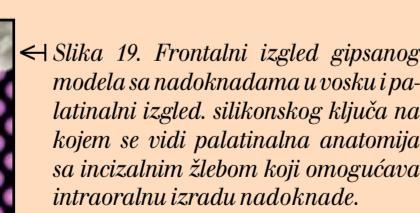
Slika 16. Levi lateralni izgled dijagnostičkih nadoknada izrađenih u vosku.



Slika 17. Incizalni izgled dijagnostičkih nadoknada izrađenih u vosku.



Slika 18. Frontalni izgled gipsanog modela sa nadoknadama u vosku i silikonskom ključem in situ.



Slika 19. Frontalni izgled gipsanog modela sa nadoknadama u vosku i palatalnim izgledom silikonskog ključa na kojem se vidi palatalna anatomija sa incizalnim žlebom koji omogućava intraoralnu izradu nadoknade.

štu prisutan više od dvadeset godina.

Atraktivna osobina nano-kompozita je veoma mala veličina čestica punioca koja je za 25-75 nm manja u odnosu na mikrohibridne kompozite. Smanjenje veličine čestica punioca pruža odličnu estetiku omogućavajući visoki sjaj površine nakon poliranja, kao i povoljna optička svojstva, kao što su opalescencija i fluorescencija. Osim toga, Herculite XRV Ultra karakteriše se zadovoljavajućom otpornošću na habanje, otpornošću na pritisak i lom, dobrom zateznom čvrstoćom i otpornošću na sile fleksije. Takođe, poseduje osobine dobre adaptabilnosti, lakog modelovanja i tiksotropnosti. Zatim, dostupan je u širokoj paleti glednih, dentinskih i incizalnih nijansi za nanošenje u slojevima ili stratifikovanom tehnikom. Navedene tehnike se često koriste kako bi se smanjila polimerizaciona kontrakcija smanjivanjem C-faktora, i kombinovao veći broj različitih nijansi i karakterizacija boje i površine prisutnih i kod prirodnih zuba, kao što je na primer izrada incizalnih haloa, mamelona i transluscentnih zona na površini zuba.

Klinička tehnika

Nakon dve nedelje simptomi bola u levom centralnom sekutiću su prestali (osetljivost na nadražaje i palpatorna bolna osetljivost), i nije bilo bolnog odgovora na blagu perkusiju. Pored preoperativne analize boje koja je ranije sprovedena korišćenjem ključa, male kuglice Herculite XRV Ultra incizalne gledne A1 i dentinske A2 boje su direktno postavljene i polimerizovane na površinama zuba kako bi se omogućilo što preciznije slaganje nijansi (Slika 20). Ovaj metod omogućava direktno poređenje boje postavljenih kompozitnih materijala sa bojom gledi i dentina prirodnih zuba i odabir što adekvatnijih nijansi glednih i dentinskih boja kompozita. Zatim, postavljen je silikonski ključ na zube kako bi se potvrdila tačna lokacija i precizno naleganje (Slika 21). Izolacija je od krucijalne važnosti za uspeh kompozitnih restauracija i neophodno je da se one postavljaju u okruženju bez vlažnosti. Za postizanje suvog radnog polja dostupne su različite metode, uključujući postavljanje gingivalnog retrakcionog konca, postavljanje vaterolni, permanentna sukcija i koferdam. Neretko se za ove



Slika 20. Kuglice različitih nijansi Herculite XRV Ultra (Kerr) postavljene na zub, a zatim polimerizovane.



Slika 21. Silikonski ključ postavljen na zub, a zatim polimerizovan.



Slika 22. Potpuna izolacija svakog pojedinačnog zuba korišćenjem koferdama.



Slika 23. "Split dam" tehniku koja se koristi da bi se izolovao čitav maksilarni frontalni segment.

tehnike preporučuje upotreba koferdama, sa potpunom izolacijom pojedinačnih zuba (Slika 22), i tzv. „split dam“ tehni-

ka kojom se izoluju grupe zuba (Slika 23). Međutim, kada je u pitanju izrada nadogradnje na prednjim Zubima, za koje

je estetika od izuzetne važnosti, korišćenje koferdama može imati određene nedostatke zbog prekomerne dehidratacije zuba,

što umnogome otežava tačnu procenu boje.

→DT strana 8

5th INTERNATIONAL CONGRESS IN
Implantology & Esthetic Dentistry

For the 1st time in Greece
Pascal Magne & Michel Magne

Didier Dietschi, Switzerland
Ueli Grunder, Switzerland
Markus Hurzeler, Switzerland
Sascha Jovanovic, USA
George Eliades, Greece

Cutting edge of clinical dentistry
September 23 - 24, 2011
Athens, Greece

Chairmen:
Panos Bazos, Greece
Stavros Pelekanos, Greece

Athenaeum Intercontinental Hotel & Conventional Center
103 - 105, Syngrou Avenue, Athens

Conference Fee (lectures only):
183 EUR until June 6, 2011
240 EUR until September 5, 2011
300 EUR upon registration

Media Partner: **dti** Dental Tribune International
OMNI PRESS

More information & registration:
Tel.: +30 210 22.22.637, +30 210 21.32.084 e-mail: omnipress@omnipress.gr website: www.omnicongresses.gr, www.omnipress.gr

Zbog toga je kod ovog pacijenta korišćen suvi retrakcioni konac koji je pažljivo plasiran u gingivalni sulkus kako bi apsorbovao tečnost gingivalnog sulkusa, zajedno sa vaterolnama i permanentnom sukcijom, i na taj način obezbeđeno je suvo radno polje. Ova tehnika je sprečila isušivanje zuba, omogućavajući preciznu procenu boje tokom slojevitog postavljanja kompozitne nadogradnje.

Nakon izbora boje kompozitnog materijala, verifikacije položaja silikonskog ključa i izolovanja zuba, Zub je pripremljen za izradu kompozitne nadogradnje. Zalepljeni fragment na desnom centralnom sekutiću nije diran i služio je kao vodič da se što bolje rekonstruiše boja, oblik i karakterizacija površine nadogradnje na levom sekutiću (Slika 20). Nekoliko alternativa je predlagano što se tiče pripreme zuba, od predloga da se ne radi nikakva preparacija, da se učini demarkacija preparacije oblika poluželba do demarkacije preparacije oblika stepenika. U ovom slučaju, jednostavne 1 mm duboke komorice načinjene su na bukalnoj i lingvalnoj površini korišćenjem koničnog dijamantskog borera sa polukružnim vrhom (Slika 24). Preparisani Zub je kondicioniran ortofosfornom kiselom i blago posušen (ne presušen), a zatim je aplikovan OptiBond Solo Plus prema uputstvima proizvoda (Slike 25 i 26). Postupak izrade kompozitne nadogradnje iz slojeva sastojao se od sledećih terapijskih postupaka:

- Korak 1. Koristeći CompoRoller (KerrHawe SA), tanak sloj (1-1,5 mm) materijala Herculite XRV Ultra incizalne nijanse nanet je (Slika 27) i postavljen na silikonski ključ kako bi se dizajnirao palatalni aspekt i incizalna ivica zuba. Nakon toga materijal je svetlosno-polimerizovan, bez pomeranja silikonskog ključa (Slika 28).

- Korak 2. Silikonski ključ je uklonjen. Izvršena je inspekcija palatalnog i incizalnog sloja restauracije kako bi se uverili da on nije predimenzioniran i da ima dovoljno prostora za preostale slojeve (Slika 29), a nakon toga izvršena je svetlosna polimerizacija iz palatalnog pravca.

- Korak 3. Tanak sloj Herculite XRV Ultra dentinske



Slika 24. Preparacija širine 1 mm učinjena čitavom cirkumferencijom oko frakturne linije. Vidljiv je gingivalni retrakcioni konac mezikajno.



Slika 25. Kiselina je aplikovana na površinu zuba u trajanju od 20 sekundi korišćenjem "total-etch" tehnike.



Slika 26. Dentin-adhezivno sredstvo postavljeno na sve površine zuba i svetlosno-polimerizovano.



Slika 27 i 28. CompoRoller (KerrHawe) korišćen je kako bi se načinio tanak sloj (debljine 1-1,5 mm) incizalne nijanse i postavljen na silikonski ključ, koji je korišćen kao model i vodica za postavljanje palatalnog incizalnog sloja, kao i da bi obezbedio izradu zuba odgovarajuće dužine.



Slika 29. Uklonjen je silikonski ključ, oučljujiv je inicijalni sloj buduće restauracije.



Slika 30. Tanak sloj dentinske boje postavljen je u mezikajnim, distalnim i incizalnim uglovima kako bi se simulirao efekat incizalnog haloa.



Slika 31. Okruglasti ručni instrument koničnog oblika korišćen za izradu dentinskih mamelona.

nijanse A1 postavljen je na incizalnu ivicu, na mezikajne i distalne aspekte konture kako bi se izazvao efekat incizalnog haloa.

- Korak 4. Korišćenjem pogodnog instrumenta, dentinska boja A2 korišćena je da bi se oponašalo prisustvo mamelona na fragmentu zuba desnog centralnog sekutića (Slika 31).

- Korak 5. CompoRoller sa različitim nastavcima, na primer koničnog i cilindričnog oblika korišćen je da bi se izmodešlova pokrovni sloj u glednoj nijansi A1 (Slike 32, 33 i 34).

- Korak 6. Restauracija je završena izradom tankog pokrovnog sloja debljine 0,5 mm incizalne nijanse u incizalnoj trećini nadogradnje (Slika 35).



Slika 32. CompoRoller sa koničnim vrhom za oblikovanje anatomije površine zuba.



Slika 33. CompoRoller sa cilindričnim nastavkom korišćen je da se izmodeluje površinska anatomija.



Slika 34. Efekat dentinskih mamelona proizведен je korišćenjem dentinske boje, i jasno je vidljiv sa mezikajnog aspekta pre nanošenja pokrovnog sloja gledne boje.



Slika 35. Završena restauracija sa tankim pokrovnim slojem incizalne nijanse na incizalnoj trećini nadogradnje.



Slika 36. Nedelju dana kasnije, boja nadogradnje na levom centralnom sekutiću je zadovoljavajuća, a doknada je spremna za finiranje i poliranje.



Slika 37. Incizalni aspekt nadogradnje na levom centralnom sekutiću, nedelju dana kasnije (Na cervicalnom delu levog centralnog sekutića u blizini gingive prisutan je ljudski defekt nadoknade, koji je kasnije uklonjen).



Slika 38. Uklanjanje frakturnog segmenta desnog centralnog sekutića.



Slika 39. Nakon rehidratacije, fragment je korektno postavljen pomoću silikonskog ključa.



Slika 40. Frontalni izgled fragmenta pričvršćenog za preostala zubna tkiva pomoću Herculite XRV Ultra incizalne nijanse.

logije i završnu obradu teksture (Slike 36 i 37).

Lepljenje fragmenta frakturniranog zuba

Lepljenje fragmenata frakturniranih zuba je konzervativni pristup kojim se čuva zdravlje, omogućava funkciju i obezbeđuje zadovoljavajuća estetika povređenih zuba. Ovaj pristup je posebno povoljan sa aspekta estetike jer se koristi deo prirodnog zuba čime se restaurira originalna morfolologija i boja. Međutim, ukoliko je došlo do promene boje preostalih zubnih struktura zbog gubitka vitaliteta zuba, može postojati nesklad između boje zuba i zlepiljenog frakturniranog fragmenta. U zavisnosti od količine preostalog zubnog tkiva, to najčešće ne predstavlja problem, jer su cervicalni delovi zuba uvek tamniji u odnosu na incizalne.

Klinička tehnika

Postupak lepljenja frakturniranog fragmenta sličan je izradi kompozitne nadogradnje "slobodnom rukom", ali sa sledećim razlikama. Prvo, kompozitni materijal koji se nalazi na prelazu frakturniranog fragmenta i preostalih zubnih tkiva treba da bude potpuno neprimetan. Drugo, da bi se poboljšala otpornost sistema na lom (preostalo zubno tkivo/kompozit/frakturnirani fragment) preporučljiva je rehidratacija frakturniranog fragmenta najmanje 30 minuta pre vezivanja sa kompozitnim sistemom. Klinički postupak sproveden je na sledeći način:

- Korak 1. Frakturnirani fragment zuba je pažljivo uklonjen bez oštećenja zuba i fragmenta (Slika 38) i hidriran u sterilnim uslovima u trajanju od 30 minuta.

- Korak 2. Silikonski ključ postavljen na zube, pruža potporu zubu i omogućava precizno postavljanje dislociranog fragmenta (Slika 39).

- Korak 3. Retrakcioni konac postavljen je oko desnog centralnog sekutića, i zubni fragment i preostalo zubno tkivo su nagrizani i aplikovan



Slika 41. Incizalni aspekt fragmenta pričvršćenog za preostala zubna tkiva pomoću Herculite XRV Ultra incizalne nijanse.

je dentinski adhezivni sistem OptiBond Solo Plus. Tanak sloj Herculite XRV Ultra incizalne nijanse postavljen je na silikonski ključ kako bi se povezale zubne strukture i frakturirani fragment, a zatim je svetlosno polimerizovan. Silikonski ključ je zatim uklonjen, a pozicija fragmenata potvrđena i sa vestibularnog i sa palatalnog aspekta (Slike 40 i 41).

- Korak 4. Zazor između zubnih struktura i fragmenta ispunjen je mešavinom dentinske boje A2 i gledne nijanse A2, kako bi se obezbedio neprimetan prelaz boje svih struktura (Slike 42 i 43).

Finiranje i poliranje

Završna faza izrade kompozitnog ispuna je finiranje i poliranje kojima se omogućava dugotrajnost nadoknade i bolja estetika. Proces finiranja koji se omogućava visoki sjaj i odgovarajuća glatkoća površine (Ra) važna je ne samo zbog sprečavanja površinske diskoloracije, već i zbog očuvanja zdravlja zuba, smanjenjem akumulacije plaka i iritacije gingive. Zatim, poliranje je neophodno za postizanje dobre marginalne adaptacije, smanjenje mikrocurenja, očuvanje morfologije i okluzalnih kontakata zahvaljujući povećanom otpornošću materijala na habanje. Vrsta neorganskog punioca, veličina čestica i intenzitet sile koja se primenjuje utiču na mogućnost poliranja kompozitnog materijala. Dalje, razlika u čvrstoći između matriksa smole i čestica punioca, kao i stepen konverzije polimera takođe utiču na stepen površinske hrapavosti ispoliranog ispuna.

Ostali faktori koji utiču na finiranje su fleksibilnost i tvrdota materijala koji se koriste za finiranje, sila koja se primenjuje, brzina i hlađenje rotirajućih instrumenata, kao i sama dužina trajanja procesa finiranja. Međutim, savremeni svetlosno-pomerajući kompozitni materijali (na primer, kompoziti sa nanopuniocima) u kombinaciji sa rotirajućim instrumentima fine teksture omogućavaju dobitjanje dugotrajne glatke teksture visokog sjaja relativno jednostavnom procedurom. Iako korišćenje celuloidnih acetatnih matrica ili Mylar tračica olakšava proceduru finiranja, većina kompozitnih nadogradnji koje se rade slobodnom rukom, zahtevaju proceduru finiranja i poliranja kako bi se uklonio višak kompozita i menjala morfološka topografija zahtevaju tek



Slika 42. Frontalni izgled zaledjenog fragmenta za preostale strukture zuba. Zapaža se neprimetni prelaz boja.



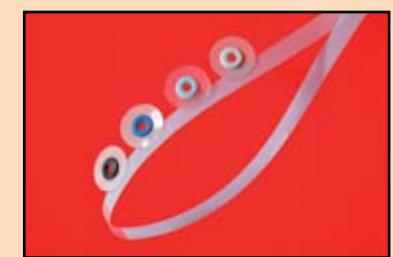
Slika 43. Incizalni aspekt zaledjenog fragmenta za preostale strukture zuba. Uočava se da je ljuspasti defekt u cervicalnoj regiji u blizini gingive uklonjen (uporediti sa slikom 37).

šinski sloj čija je polimerizacija inhibirana kiseonikom zahteva uklanjanje kako bi se povećala tvrdoća površine kompozita i njena rezilijencija, te poboljšala estetika. Ali, postavlja se pitanje, koliko glatko je dovoljno glatko? Stepen mikromorfoloških nepravilnosti do kojih ispun treba da bude finiran podložan je debati. Postoje predlozi u literaturi da mikroskopske nepravilnosti na površini zuba treba da budu manje od kritičnog praga površinske nepravilnosti pogodne za bakterijsku adheziju, što iznosi $R_a = 0.2 \mu\text{m}$, ali postoje predlozi da ove nepravilnosti budu jednake mikroskopskim nepravilnostima koje inače postoje na površini zdrave gledi. Drugi kriterijum za površinsku glatkost ispuna je njihov optički kvalitet. Ukoliko se želi postići optička glatkost, vrednosti R_a treba da budu manje od $1 \mu\text{m}$, što je veoma blizu glatkoće prirodne gledi koja iznosi od $0,3$ do $0,5 \mu\text{m}$.

Mnoge metode se predlažu za završnu obradu i poliranje kompozitnih restauracija, uključujući korišćenje većeg broja (16-30) tungsten-karbidnih borera, dijamantskih borera sa finim česticama ($<25 \mu\text{m}$), aluminijum-trioksidom presvučenih abrazivnih diskova, silikonskih i gumenih poena, diskova na koje se nanosi dijamantska pasta i nepunjena smola kao zaštitni površinski sloj restauracije. Vrsta sistema za poliranje zavisi od tipa kompozita, stepena poliranja koji je neophodan za odgovarajuću okluziju i estetiku, ali i od iskustva kliničara i njegovog poznavanja sistema koji koristi.

U principu, kompoziti sa mikropuniocima i nanopuniocima mogu biti polirani da visokog sjaja, za razliku od hibridnih i kondenzovanih formulacija ovih materijala. Ako ivice izradene restauracije zahtevaju značajne izmene, poželjno je koristiti dijamantski borer (pre nego cilindrični karbidni borer), a zatim silikonske gumice, diskove i paste za poliranje. Nasuprot tome, ukoliko morfologija i površinska topografija zahtevaju tek

Disc, aluminijum-trioksidom presvučene interproksimalne tračice (Slika 44), cilindrični boreri za finiranje, HiLuster nastavci i četkice za dijamantske paste za poliranje. Klinička procedura je sprovedena na sledeći način:



Slika 44. Set diskova OptiDisc različite finoće sa interproksimalnom tračicom.

fragmentu na desnom centralnom sekutiću.

- Korak 1. Svi rotirajući instrumenti su korišćeni uz obilno kvašenje pri brzini koja nije prelazila 50000 obrtaja u minuti, a gingivalni retrakcion konac je postavljen oko zuba kako bi se sprečila laceracija mekih tkiva. Višak kompozita je uklonjen, a anatomija ispuna redefinisana korišćenjem seta OptiDisc, počevši sa supergrubim diskom sa crnom oznakom u sredini, zaključno sa diskom srednje finoće sa plavom oznakom u centru. Diskovi su takođe korišćeni za kreiranje zakrivljenih površina na nadogradnji na levom centralnom sekutiću, vodenim istim anatomskim strukturama koje su prisutne na zaledjenom

- Korak 3. Interproksimalni višak kompozitnog materijala je uklonjen, a ivice su zaobljene korišćenjem interproksimalnih tračica presvučenih česticama aluminijum-trioksida različite finoće.

→DT strana 12

DMG

ICON
Inovativni proizvod za mikro-invazivne tretmane kariesnih lezija u apikalnom i vestibularnom delu.

PERMACEM
kompozitni cement za trajno fiksiranje svih protetskih nadoknada.

SILAGUM MEDIUM
otfna masa srednjeg viskoziteta na osnovi adicionalnog silikona. Silagum Medium može biti upotrebljiv kao korekciona otfna materijal za sve dvo fazne otfne tehnike. Silagum Medium može biti upotrebljiv kao materijal za monofaznu sonic tehniku za parcialne ili totalne proteze, za korekcionu otfak, za funkcionalnu otfak, otfak za razne protetske restauracije.

IONOSIT BASELINER
svetlosno polimerizujući kompomer koji se koristi kao podloga ispod kompozitnih ispuna. Karakteriše ga kontrolisana ekspanzija koja ublažava skupljanje kompozita.

SUPERLUX-Ca (OH)2-LINE
rendgen transparentna podloga koja se koristi za očuvanje vitaliteta pulpe, u slučaju blage infekcije kanala korena zuba i u terapiji dubokog kariesa. Sa Ph vrednjem od 12 superlux je visoko bazan i baktericidan. Superlux smanjuje osjetljivost otvorenih dentalnih tubula i omogućava stvaranje tercijarnog denta.

ECOSPHERE SYSTEM
kompozitni materijal velike viskoznosti pogodan za definitivnu restauraciju u prednjim i bočnim regijama.

waterpik®
treat yourself better™

LAVIEFARM
www.laviefarm.com

Banjalučka 14,
11000 Beograd,
Tel 011 786 34 40
744 06 98
744 06 46

info@laviefarm.com
www.laviefarm.com