ПОДАРЪК списание за пациенти My Smile

Цена 6 лв.

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Bulgarian Edition

България | Ноември 2009 | № 9, Vol. 7

НОВОТО СПИСАНИЕ ЗА ВАШАТА ПРИЕМНА

ЕДИНСТВЕНОТО СПИСАНИЕ ЗА ПАЦИЕНТА НА ЗЪБОЛЕКАРЯ

ЕДНО СПИСАНИЕ, В КОЕТО ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА И ДОБРАТА ЖУРНАЛИСТИКА СИ ПОДАВАТ РЪКА

MY SMILE накратко:

- **Излиза 6 пъти годишно**
- **Главен редактор:** д-р Николай Николов
- **Редакционен директор:** Таня Илиева – журналист
- **Автори:** български и чужди дентални специалисти
- **Цели на списанието:**
  - да информира пациентите за детайлите и новостите в сферата на денталната медицина, за да им помогне при взимането на важни решения за промените, които биха могли да направят относно своите зъби и усмивка
  - да представи по най-позитивния начин зъболекарската професия в общественото пространство
- **Стил на списанието:** качествени, професионално подготвени свежи текстове, поднесени с леко чувство за хумор, но много сериозни в основата си.
- **Визия на списанието:** експресивна и модерна.
- **Разпространение на списанието:** във всички четири- и петзвездни хотели, в по-добрите SPA центрове и фитнес зали, бензиностанции и книжарници, както и на абонаментен принцип от страна на зъболекари и пациенти.

НА ПАЗАРА ОТ ОКТОМВРИ

www.mysmile.bg

Новини

Асоциацията на денталните дилъри в България стартира своя надпревара

Конкурсът се нарича „Мениджър на дентална практика" и се провежда за първи път тази година. Носител на голямата награда е д-р Нелия Петрова Михайлова от гр. Пловдив.

стр. 3

Практика

Клинично приложение на CEREC - CAD/CAM система за изцяло керамични възстановявания

Авторът - д-р Явор Миланов - демонстрира няколко примера на CEREC възстановявания във фронталния и дистален участък.

стр. 4

Тенденции

Новата система машинни инструменти GT Series X

По повод предстоящото посещение на д-р Л. Стивън Бюканън в София на 6 ноември, публикуваме статия по темата, за която ще изнесе лекция.

стр. 6

Конкурс

Клиничният случай – победител в категория „Най-добър имплантологичен случай" на Националния конкурс „Усмивка на годината" 2009

Представяме случая на д-р Яна и Теодор Христови от София.

стр. 14

185 фирми от 24 държави се представиха на МЕДИКУС, ДЕНТО, ГАЛЕНИЯ

Фирми от 24 държави се събраха на Международната изложба „Медикус, Дento, Галения 2009", която се проведе в Международен панаир Пловдив от 21 до 24 октомври. Тази година участващите страни са с 5 повече от миналата, изложители са общо 185, от тях 98 са български компании, а 87 - чуждестранни. Те показаха най-новите технологии, оборудване и продукти в областта на медицината, стоматологията, фармацията и балнеологията в палата 11 на панаирния комплекс. Организатори на форума са Международен панаир Пловдив и Асоциацията на денталните дилъри в България.

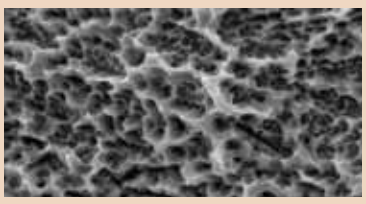
Лентата на откриването на специализираното изложение преряза областният управител Иван Тотев.

„Изключително съм поласкан, че ще открия едно просперираще изложение като „Медикус, Дento, Галения", заяви областният управител на Пловдивска област - Иван Тотев - преди да пререже лентата. „Тазгодишното издание не само е по-голямо от предишното, но е и

→ DT стр. 3

Straumann представя нов материал за импланти в Европа

Даниел Цимерман, DTI



Сплавта за дентални импланти на Straumann – Roxolid – вече е достъпна за зъболекарите в Европа. След скорошното пускане на пазара в Северна Америка, материалът беше представен на 18-тата Годишна среща на Европейската асоциация по остеоинтеграция (EAO) в Монако. Според последните клинични изследвания, Roxolid съчетава висока устойчивост с отлична остеоинтеграция. Сплавта е създадена с цел увеличаване на надеждността и сигурността, особено при имплантите с малък диаметър.

С участието на 60 центъра и повече от 300 пациента, Roxolid е обект на една от най-големите програми за клинични изследвания, организирани от компания за дентални импланти през последните години. Понастоящем са в ход и още две големи мултицентърни клинични изследвания.

Представители на компанията съобщиха, че клиничната програма включва и изследвания на необходимостта от аугментиране на кост, и на поведението на Roxolid във фронталните и тесни костни участъци. Освен това, предклиничните тестове бяха разширени към изследване на характеристиките на заздравяването и към директни сравнения между различните титаниеви сплави.

Roxolid е достъпен при импланти Ø3.3 мм с ниво на костта и меките тъкани. DT

С този брой на в-к Dental Tribune получавате подарък 1-ви брой на списание за пациенти My Smile

Очаквайте втори брой на сп. My Smile през декември, който отново ще ви подарим с в-к Dental Tribune.

РЕДАКЦИОННО

Здравейте,

Тези от Вас, които ни познават добре, знаят, че наша запазена марка са изненадите.

Харесва ни да Ви изненадваме с новите ни проекти, чиито първи реализации обичаме да Ви подаряваме. Това не е нещо повече от жест на благодарност за вашата вярност и подкрепа.

Представяме Ви ноемврийския брой на вестник „Дентал Трибюн“, придружен със специалния ни подарък – пилотния брой на новото списание My Smile. През декември ще Ви подарим и втори брой на списанието.

Вече няколко пъти Ви представихме идеята за списанието, но за тези от вас, които нещо са пропуснали, ще повторим, че My Smile е единственото издание за пациентите на зъболекарите, като е списвано от зъболекари в екип с журналисти.

Решихме да създадем My Smile по няколко причини.

Първата е, че българският зъболекар има нужда от списание, с което да се обърне към пациентите си, и да им каже всичко, което иска те да знаят за денталната медицина.

Втората е, че българският пациент има нужда да бъде информиран за детайлите и новостите в сферата на денталната медицина, за да си помогне при взимането на важни решения за промените, които би направил относно своите зъби и усмивка.

Третата е, че нашият екип успя да идентифицира тези нужди на зъболекари и пациенти, а и разполага с достатъчно сили, енергия, потенциал и възможности да реализира успешно един такъв проект.

Списанието ще се разпространява освен сред Вас - българските зъболекари (като идеята е да го поставите в приемната) - също и във всички четири- и петзвездни хотели, в по-добрите SPA центрове и фитнес зали, бензиностанции и книжарници, както и на абонаментен принцип от страна на пациентите.

Списанието е отворено за Ваши предложения, текстове, коментари. Пишете ни!

Приятно четене на новия брой на в-к „Дентал Трибюн”, който носи позитивния заряд на идеята, че с него Ви подаряваме с усмивка My Smile!

От Редакцията

ЗИМЕН СЕМИНАР
на
БЪЛГАРСКОТО ОБЩЕСТВО ПО ПАРОДОНТОЛОГИЯ И ОРАЛНА ИМПЛАНТОЛОГИЯ (БОПОИ)

11 – 12 декември 2009 г.
гр. Хасково, Парк-хотел „Европа“

Дневен ред:

1. Костен графтинг и мениджмънт на тъканите в съвременната имплантология. Лектор: д-р Бранимир Кирилов
2. Обсъждане на клинични случаи.
3. Финансов отчет за 2009 г. – д-р Силвия Григорова.

Цени:
Единична стая – 87.30 лв.
Двойна стая – 123.30 лв.

За заявяване на участие:
гр. София – д-р Яна Христова – 02/ 952 25 71; 0888 70 30 42
гр. Варна – д-р Красимир Златев – 052/ 60 23 95; 0887 30 98 90
гр. Пловдив – д-р Георги Вандев – 032/ 64 87 79; 0888 92 84 90

КРАЕН СРОК ЗА ЗАПИСВАНЕ : 12 ноември 2009 г.

Oemus Media поема проекмите на Dental Tribune International в Германия

Даниел Цимерман, DTI

Лайпциг, Германия: Oemus Media, едно от водещите издателства в Германия, съобщи, че от 2010 г. поема всички съществуващи проекти в Германия на Dental Tribune International. Споразумението включва печатните и онлайн издания на Dental Tribune Germany, включително и всички допълнителни инициативи, изданието за търговското изложение today IDS, както и две интернационални специализирани издания за ендодонтия и естетично зъболечение. Финансовите аспекти от споразумението не бяха разкрити. Oemus Media също така ще дистрибутира немската версия на образователната онлайн платформа на Dental Tribune - DT Study Club, която предлага интерактивно следдипломно обучение онлайн и курсове на живо по интернет на 10 000 членове по цял свят. Очаква се придобивката да заздрави позицията на Oemus като водач на пазара в Германия. Основано през 1992 г., издателството, с централа в Лайпциг, има портфолио на 30 дентални заглавия за специалисти и общопрактикуващи зъболекари. Oemus също така организира над 25 дентални конгреса, симпозиуми и дентални изложения в цяла Германия. DT

PEOPLE HAVE PRIORITY

Всичко за Вашата стоматологична практика
LED с качеството на дневна светлина!

LED светлина – сега напълно независима от Вашия юнит
Истинска иновация от W&H: LED с независимо генерирана енергия, излъчваща дневна светлина с неутрален цвят и многократно по-висок интензитет от обичайните халогенни крушки. LED генераторът е вече интегриран в турбинните и обратни наконечници Alegra и функционира напълно независимо от източника на захранване на микромотора.

Иновативната LED технология осигурява осветяване с качеството на дневна светлина. Уникалният пента спрей предлага оптимално охлаждане от пет посоки. Благодарение на новата по-тясна глава на обратните наконечници от серията Synea зрителното Ви поле е максимализирано, както и удоволствието от работата Ви.

Турбинен наконечник Alegra
TE-98 LED G
- LED светлина
- 3-флексен спрей
- пуш бутон
- 14 W
- съвместими с всички системи на куплиране
- гаранция 1 г.

Обратен наконечник Alegra
WE-99 LED G или WE-56 LED G или WE-66 LED G
- LED светлина
- 1:4,5/ 1:1/ 4:1
- 3-флексен спрей или единичен спрей
- пуш бутон
- гаранция: 1 г.

ПОДАРЪК!
Прав наконечник Alegra

Турбинен наконечник Synea
TA-98 C LED
- LED светлина
- **пента спрей**
- пуш бутон
- 20 W
- керамични лагери
- **гаранция: 2 г**

Обратен наконечник Synea
WA-99 LT или WA-56 LT или WA-66 LT
- LED светлина
- 1:5/ 1:1/ 2:1
- **пента спрей** или единичен спрей
- пуш бутон
- керамични лагери
- **гаранция: 2 г.**

ПОДАРЪК!
Обратен наконечник Alegra

При покупка на турбинен и обратен наконечник с интегриран генератор от серията Alegra получавате подарък по избор: **прав наконечник Alegra** или **10 % отстъпка от цената на двата наконечника.** При покупка на турбинен и обратен наконечник със светлина от серията Synea получавате подарък по избор: **обратен наконечник Alegra** или **10 % отстъпка от цената на двата наконечника.**

W&H Bulgaria Ltd.
91 Pirin Str., Office Nr. 6
1680 Sofia, Bulgaria
t +359 (0) 2 854 95 66
f +359 (0) 2 854 95 90
office.bg@wh.com, **wh.com**

Валидност на офертите: 01.10.2009 до 30.11.2009

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International
Publisher
Torsten Oemus
Group Editor/Managing Editor DT Asia Pacific
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+ 49 341 48 474 107
Managing Editor German Publications
Jeannette Enders
j.enders@dental-tribune.com
Editorial Assistants
Claudia Salwiczek
c.salwiczek@dental-tribune.com
Anja Worm
a.worm@dental-tribune.com
President/CEO
Peter Witteczek
Director of Finance and Controlling
Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk
n.parczyk@dental-tribune.com
License Inquiries
Jorg Warschat
Accounting
Manuela Hunger
Product Manager
Bernhard Moldenhauer
Executive Producer
Gernot Meyer
Ad Production
Marius Mezger
International Editorial Board
Dr Nasser Barghi, Ceramics, USA
Dr Karl Behr, Endodontics, Germany
Dr George Freedman, Esthetics, Canada
Dr Howard Glazer, Cariology, USA
Prof Dr I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland
Dr Edward Lynch, Restorative, Ireland
Dr Ziv Mazor, Implantology, Israel
Prof Dr Georg Meyer, Restorative, Germany
Prof Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria
Dr Marius Steigmann, Implantology, Germany
Published by Dental Tribune Asia Pacific Ltd.

© 2009, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: + 49 341 4 84 74 302
Fax: + 49 341 4 84 74 173
www.dti-publishing.com
info@dental-tribune.com
Regional Offices
Asia Pacific
Yontorisio Communications Ltd.
Room A, 26/F
389 King's Road
North Point, Hong Kong
Tel.: + 852 3118 7508
Fax: + 852 3118 7509
The Americas
Dental Tribune America, LLC
213 West 35th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA
Phone: + 1 212 244 7181, Fax: + 1 212 224 7185

Офис България

Издава Dental Tribune България ЕООД
София 1421, ж.к. Лозенец,
ул. Лина 2, ет. 1, ап. А
мел./факс: + 359 2/ 963 000 9
office@dental-tribune.net
www.dental-tribune.net
www.dental-tribune.com
Управител
Уляна Винчева
Отговорен редактор
д-р Надежда Куюмджиева
Редактори
д-р Ивелин Атанасов
Таня Илиева
Консултанти
д-р Красимир Недевски
д-р Дора Киикилова
Дизайн и предпечат
Стояна Борисова
Превод
д-р Надежда Куюмджиева
д-р Светослав Петков
д-р Деян Косев
Коректор
Михаила Иванова
Автори в броя
Даниел Цимерман, д-р Явор Николов, д-р Л. Стивън Бюканън, д-р Серджо Александре Герке, д-р Николай Николов, д-р Ивелин Атанасов
Печат: Спектър АД
Българското издание на Dental Tribune е част от групата Dental Tribune International – международно издание на 20 езика, разпространявано в над 55 държави.

Съдържанието, преведено и публикувано в този брой от Dental Tribune International, Германия, е с авторското право на Dental Tribune International GmbH. Всички права запазени. Публикувано с разрешението на Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229, Лайпциг, Германия. Възпроизвеждането по какъвто и да било начин и на какъвто и да е език, изцяло или частично, без изричното писмено разрешение на Dental Tribune International GmbH и Dental Tribune България ЕООД е абсолютно забранено. Dental Tribune е запазена марка на Dental Tribune International GmbH.

Асоциацията на денталните дилъри в България стартира своя надпревара

„Мениджър на дентална практика" – такова е наименованието на конкурса, инициран от денталните дилъри в страната, който се проведе за първи път тази година.

„18 кандидати се бориха за наградата в конкурса „Мениджър на дентална практика", съобщи Маргарита Тотева, председател на Асоциацията на денталните дилъри в България. Това стана ясно на пресконференцията по повод откриването на изложбата „Медикус, Денто, Галения 2009", която бе дадена на 21 октомври.

„Конкурсът „Мениджър на дентална практика" е ориентиран към пациентите, като целта му е да стане ясно, че у нас има клиники и кабинети на европейско ниво", обясни Тотева. Наградите бяха връчени на тържествена церемония на 23 октомври в парк-хотел „Санкт Петербург" в Пловдив.

Надпреварата е подкрепена от Българския зъболекарски съюз, Сдружението на българските зъболекари, провежда се в партньорство с Международен панаир Пловдив, Нова българска телевизия и вестник „Новият глас".

Кандидатите се състезаваха в две основни категории – „Мениджър на дентална клиника" и „Мениджър на дентален кабинет", като бяха раздадени и допълнителни специални награди. Голямата награда, която бе връчена отделно, е „Мениджър на дентална практика". Създаването на условия и среда, чийто център са пациентът и неговото съвременно лечение, е сред най-важните критерии за оценка на претендентите за титлата.

Призът в категория „Мениджър на дентален кабинет" бе връчен на д-р Бориславa Златева, а наградата в категория „Мениджър на дентална клиника" отиде при д-р Нева Читалова – Дентален център за специализирана дентална помощ „Д-р Читалова", гр. Варна.

Носител на голямата награда - „Мениджър на дентална практика 2009" стана д-р Нелия Петрова Михайлова, Дентален център „Изидент" - Пловдив.

Победителката получи специална статуетка, чийто автор - д-р Ради Венков - също е зъболекар. Наградата бе връчена от председателя на Българския зъболекарски съюз, д-р Николай Шарков, в присъствието на над 250 гости в залата.

„Целта на конкурса „Мениджър на дентална практика" е да отличи онези български зъболекари, изградили през годините успешни практики, сплотени екипи и хармонични взаимоотношения в и извън своите клиники", обясниха организаторите. DT

Носител на голямата награда „Мениджър на дентална практика" стана д-р Нелия Петрова Михайлова от Пловдив. Приза връчи председателят на УС на БЗС - д-р Николай Шарков.

185 фирми от 24...

← DT *стр. 1* по-интересно със своята силна научна част", подчерта главният директор на Международен панаир Пловдив - Иван Соколов.

„Медикус, Денто, Галения" е една от най-значимите панаирни прояви, която се утвърди като признат делови център за обмяна на опит и контакти", заяви министърът на здравеопазването, д-р Божидар Нанев, в своето приветствие. „Тази изложба ще подпомогне създаването на нова материална база в здравните заведения у нас", се казва още в приветствието на д-р Нанев.

Четири научни форума се проведоха в рамките на „Медикус, Денто, Галения 2009". Освен традиционния Международен конгрес по възстановителна дентална медицина (23-24 октомври), в съпътстващата програма бяха включени: Симпозиум ДЕНТО (22-23 октомври), Научна конференция по гастроентерология с практическа сесия за следдипломно обучение (22-24 октомври), Симпозиум на Българския зъболекарски съюз (22 октомври).

Също така, в рамките на „Медикус, Денто, Галения 2009" се проведе и церемонията по награждаването в конкурса „Мениджър на дентална практика", организиран от Асоциацията на денталните дилъри в България. DT

Клинично приложение на CEREC - CAD/CAM система за едномоментни изцяло керамични възстановявания в клинична обстановка

д-р Явор Николов

Авторът, д-р Явор Николов, е стоматолог, работи в областта на естетичната стоматология и изцяло керамичните възстановявания. Един от първите стоматолози у нас, работещи с CEREC – система за изработка на порцеланови възстановявания в едно посещение. Специализирал е в САЩ, Австрия, Германия. Практикува в Дентален център по имплантология и естетична стоматология Medical Dent.

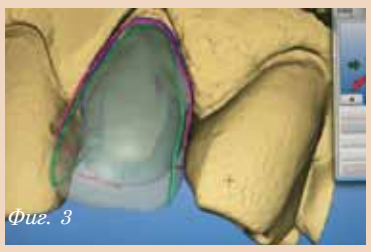
CEREC (Chairside Economic Restoration of Esthetic Ceramics) е клинично насочена CAD/CAM технология, предназначена за клинично изработване на изцяло керамични конструкции – инлеи, онлеи, фасети, корони - в рамките на едно единствено за пациента посещение. Вече препарираният зъб се сканира със специфична камера, която с помощта на софтуер възпроизвежда виртуален 3D модел на препарацията и околните зъби. Въз основа на система база данни в софтуера или чрез корелация на предшестващата препарацията форма на зъба, се възстановява триизмерно липсващата зъбна структура. Оклузалните и апроксимални контакти се регулират по сила, според индивидуалните изисквания на стоматолога, с точност от 25 микрона. Следва фрезоване на възстановяването от керамичен блок със съответния размер и основен цвят. След пробване на конструкцията в устата за контрол върху адаптацията на границите и контактите, тя се индивидуализира чрез глазурата, като е възможно да се добавят цветови акценти, транспарентни участъци и т.н. Следва циментиране, съгласно стандартния клиничен протокол за работа с фелдшпатна керамика.

Ще демонстрираме няколко примера на CEREC възстановявания във фронталния и дистален участък.

Зъб 22 беше девитализиран преди 3 години, след като се оказа с наличие на пулпит, вследствие на рецидивен кариес под стара композитна обтурация. Поради промяна на цвета, пациентката изяви желание за подобряване на неговата естетиката, като изрично отказа намеса върху останалите фронтални зъби с цел коригиране на ротациите (Фиг. 1). Преди започване на препарацията, зъбът беше сканиран предоперативно, с цел възпроизвеждане на същата форма с бъдещата корона. Зъбът беше препариран

Фиг. 1

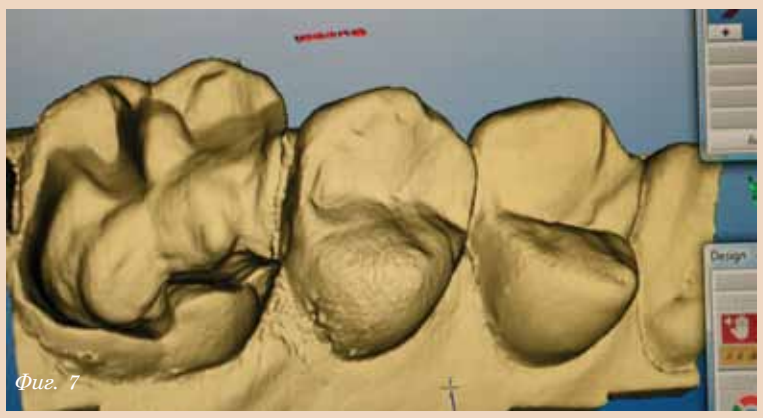
Фиг. 2


Фиг. 3

Фиг. 4

Фиг. 5

Фиг. 6


Фиг. 7

според изискванията на препарация за порцеланова корона и сканиран с помощта на контрастен спрей и CEREC 3 Acquisition Unit (Фиг. 2). Дизайнът на бъдещото възстановяване повтаря напълно предходната форма на зъба, според изричното желание на пациентката ротацията да се запази като форма и степен (Фиг. 3). Короната беше фрезована с помощта на CEREC MC XL Milling Unit, от блок фелдшпатна керамика с основен цвят 1M2. След проба в устата, короната беше характеризирана с глазурата и съответно изпечена в пещ без вакуум, според изискванията на производителя на глазиращия агент. В случая структурата на цвета на останалите фронтални зъби на пациентката не наложи изграждане на транспарентна зона инцизално на короната. Завършената корона беше залепена адхезивно с фотополимеризиращ композитен цимент (Фиг. 4 и 5). Цялата процедура, от момента на влизане на пациентката в клиниката - до завършване на циментирането, отне около 90 минути. Ако беше се наложило добавянето на транспарент в областта на режещия ръб, този период щеше да се удължи с около 15 минути.

Зъб 16 е с налична дефектна амалгамена обтурация и масивна кариозна лезия медиално (Фиг. 6). След отстраняване на обтурацията и почистване на кариозните тъкани с помощта на кариес индикатор, бяха установени значи-

Медикал Депо РиК и SIRONA Dental Systems представят: CEREC - ДЕНТАЛНИ CAD/CAM системи

26 Ноември 2009 – **гр. София** 09:00 – 13:30 ч.
Учебен център - Медикал Депо РиК
– кв. Овча купел – I, бул. Президент Линкълн 52

27 Ноември 2009 – **гр. Варна** 09:00 – 14:00 ч.
– хотел Golden Tulip (бивш Бизнес хотел)

Лектор: Степан Машек

CEREC

sirona. The Dental Company

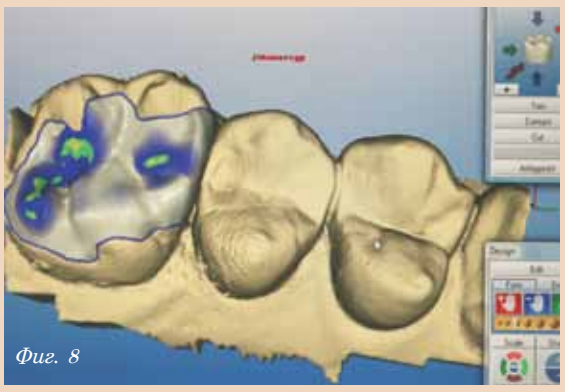
ПРОГРАМА:
09:00 11:00 Теоретична част
Технологично развитие на системите в исторически план,
CEREC днес - представяне на последните конфигурации,
Възможности и Приложение, Материали,
CEREC и GALILEOS 3D панорамен рентген поглед в бъдещето,
Финансови разчети при инвестиране.
11:00 11:30 Почивка
11:30 13:30 Практическа работа

R&K MEDICAL DEPOT R&K Ltd.

София, кв. Овча Купел 1, бул. Президент Линкълн 52
тел. 02/80 52 500, факс 02/956 03 99
Пловдив, ул. Росица 5А, тел./факс 032/64 31 01
Варна, ул. Любен Каравелов 77, тел./факс 052/65 50 35
e-mail: ddrk@911.bg **www.**ddrk.911.bg

телен обем липсващи твърди зъбни тъкани. Препарацията беше финирана с диамантени пилители с червен маркер и зъбът беше подготвен за керамичен онлей (Фиг. 10). Пациентът предпочете това да стане в рамките на същото посещение. Препарацията беше сканирана (Фиг. 7) и онлеят беше дизайниран, посредством биогенерично възстановяване на релефа на оклузалната повърхност, съответно на запазените повърхности и база данни (Фиг. 8). Онлеят беше фрезован от блок фелдшпатна керамика с цвят 3M1, полиран ръчно с три типа гуми за полиране на керамика с намаляваща абразивност, и с четка и диамантена паста. Циментиран беше адхезивно с дуо-, химио- и фотополимеризиращ композитен цимент (Фиг. 9). Цялата процедура отне на пациента 60 минути, от момента на поставяне на анестезията - до циментирането на керамичния онлей.

Зъб 26 е с наличие на стара композитна обтурация с компрометирани граници. След почистване на кариозната маса, зъбът беше разрушен околовръстно до гингивата, като имаше запазена част единствено от медиовестибуларния туберкул. Зъбът се подготви за овърлей, което


Фиг. 8

Фиг. 9

Фиг. 10

Фиг. 11

Фиг. 12

Фиг. 13

не налагаше никакво допълнително отнемане на зъбни тъкани, освен редуцирането с около 1.5 мм на медиовестибуларния туберкул. Видя се ясно голямото количество околовръстен запазен емайл (Фиг. 11), който надеждно ще осигури здравината на адхезивната връзка. Овърлеят беше фрезован от керамичен блок с цвят 2M1 и индивидуализиран чрез глазиране (Фиг. 12). Циментиран беше с дуополимеризиращ композитен цимент (Фиг. 13). Процедурата отне около 90 минути.

Използването на CEREC за възстановяване на единични или група зъби, от гледна точка на пациента, е за предпочитане, поради факта, че става в рамките на едно посещение, пести се време, не е свързано с неприятен отпечатък и нестабилни временни конструкции. Дава възможност за надеждно и щадящо възстановяване на силно разрушени зъби, които в противен случай биха се завършили с ендодотско лечение, щифтово изграждане и обвивна корона, като естетиката е далеч по-добра. Във финансов аспект, спестяването на посещения за пациента и възможността за завършване в една сесия на цял квадрант за няколко часа са далеч по-ефективни от многобройните посещения и лабораторни разходи. DT

Център по имплантология и естетична стоматология „Medical Dent" съвместно с Калифорнийски център по естетична стоматология организират лекция на тема:

Invisalign

хит в денталната медицина на XXI век

14, 15 ноември 2009 г.

Програма за лекция - 14.11.2009 г.
Хотел Метрополитън

8.30 – 9.30 ч. – Регистрация
9.30 – 11.00 ч. – Въведение; Индикации и контраиндикации за лечение с Invisalign; Методи на лечение с Invisalign.
11.00 – 11.30 ч. – Кафе – пауза
11.30 – 13.00 ч. – Методи на лечение (продължение); Етапи; Критичен анализ
13.15 – 14.15 ч. – Обяд
14.30 – 15.00 ч. – Въведение в практиката; Финанси; Маркетинг; Реклама
15.30 – 16.30 ч. – Дискусия

Workshop - 15.11.2009 г.
ДЦ Медикъл Дент

9.00 – 13.00 ч. – Workshop – 15 души
13.00 – 14.00 ч. – Обяд
14.00 – 17.00 ч. – Консултация на пациенти

Такса участие:

До 30.10.2009 г.:
Лекция – 150 лв. Workshop – 50 лв.
След 30.10.2009 г.:
Лекция – 180 лв. Workshop – 80 лв.

За информация и записване: гр. София, бул. Джеймс Баучер 114, тел.02 963 07 37; тел./факс 02 963 07 88
IBAN: BG78RZBB91551066075810 – BGN - Райфайзенбанк ЕАД
В полза на: ДЦ Медикъл Дент Консулт ООД

R&K
MEDICAL DEPOT R&K Ltd.

УЧЕБЕН ЦЕНТЪР
организира

ИМПЛАНТОЛОГИЧЕН КУРС

включващ теоретична, операционна и практическа част на тема:

Модерна имплантология за напреднали общопрактикуващи стоматолози с професионалната имплантна система Dentegris от Германия

Лектор: Dr. Guido-Jan Kisters

28.11.2009 - София

ПРОГРАМА

08:30-09:00	Регистрация на участниците.
09:00-10:15	Теоретична част. Презентация на имплантната система Dentegris Германия.
10:15-10:30	Кафе пауза.
10:30-12:00	Теоретична част. Модерна имплантология с имплантната система Dentegris. Клиничен опит.
12:00-13:00	Обяд.
13:00-16:00	Операционна част. Представяне на клиничен случай. Поставяне на импланти Dentegris. Костна присадка и синус лифт. Дискусия
16:00-16:15	Кафе пауза.
16:15-17:45	Практическа част. Имплантиране върху свински лопатки.
17:45-18:00	Закриване на курса и връчване на сертификати.

такса за участие 300 лв.

София кв. Овча Купел 1, бул. Президент Линкълн 52, тел. 02/80 52 500, факс 02/956 03 99
Пловдив ул. Росица 5А, тел./факс 032/64 31 01
Варна ул. Любен Каравелов 77, тел./факс 052/65 50 35
e-mail: ddrk@911.bg **www.**ddrk.911.bg

Новата система машинни инструменти GT Series X

д-р Л. Стивън Бюканън, САЩ

Какво искат зъболекарите от машинните ендодонтски инструменти?

През 1996 г., когато на пазара се появиха първите машинни никел-титанови инструменти, основният въпрос, който вълнуваше зъболекарите, бе: Можем ли да се осмелим да поставим машинен инструмент в канала? А днес зъболекарите се питат коя от многото предлагани системи да изберат. Всеки производител, който навлиза на пазара на NiTi инструментите, твърди, че техните инструменти са с дизайн от ново поколение, и става все по-трудно да се отдели маркетинга от реалността.

Как да разберем това? Смятам, че отговорът се крие в това да преценим какво най-много искаме от нашите ендодонтски инструменти и да проверим кои отговарят на нашите стандарти. Фирма за маркетингови проучвания се допита до зъболекари, за да определи какво те търсят в машинните инструменти. Отговорите бяха подредени така:

1. Резистентност към чупене.
2. Запазване на първоначалния ход на канала.
3. Ефективност.

Зарадвах се, че първите две изисквания засягат безопасността, която е от първостепенно значение. Колкото и просто да ни се струва това желание за безопасност, всъщност тя е изключително трудно постижима, поради многообразните и често противоположни функционални характеристики в дизайна на инструмента.

Примерите за такива противопоставящи се характеристики са много. Макар че по-големият диаметър на тялото увеличава резистентността на инструмента към торзионен стрес в прави канали, то в криви канали драстично увеличава склонността към циклична умора. Въпреки че острите режещи ръбове намаляват триенето и произтичащия от това торзионен стрес, който се натрупва в инструмента при работа, те съществено увеличават степента на транспортиране на оригиналния ход на канала при криви канали.

Освен че срещаме затруднения в разбирането на факторите, които влияят на безопасността, също толкова неясно е как тези геометрични променливи влияят на ефективността. Дали да гледаме режещата ефективност на острите ръбове на инструмента само при едно завъртане? Или да гледаме броя инструменти и стъпки, необходими за извършване на цялата канална препарация? Дали да сравняваме инструментите по времето, в което режат в апикална посока, преди улеите им да се блокират от отпилки?

Фиг. 1

Фиг. 1: Ендодонтски лекуван горен молар с вертикална коренова фрактура в медио-букалния корен. Макар ендодонтската терапия да е много добра в апикалния регион (забележете точността на обтурацията във всички канали и латералния канал в МВ корена), ненужното свръхразширяване на коронарния регион е довело до загуба на структурен интегритет и до разцепване на МВ корена, в рамките на 5 години след лечението.

Фиг. 2

Фиг. 2: КТ на средната трета на крив мезиален корен на долен молар, оформена с 30-.06 машинни инструменти, съответно с остри режещи ръбове, и такива с радиални режещи плоскости. Формата на канала вляво е оформена с остроръб GT инструмент. Формата вдясно е получена с инструмент с радиални режещи плоскости със същия размер и тейпър.

Фиг. 3

Фиг. 3: КТ реконструкция на криви канали, обработени в медиалния корен на мандибуларен молар, със сравнение на резултата в апикалната трета с машинни инструменти с неагресивен и агресивен връх. Забележете, че каналът вляво е със сериозно транспортиране (агресивен връх), а каналът вдясно следва първоначалния си ход (неагресивен връх).

Значение на целите на механичната обработка

Често целите на механичната обработка се губят в какафонията от информация за машинните ендодонтски инструменти. Трудно е да се избере система за инструментиране, без да се вземе предвид желаният резултат, както би било трудно да се избере транспортно средство, ако не знаем къде искаме да отидем. Повечето клиницисти се питат само дали да използват ръчни или машинни инструменти, и продължават да се стремят към същите старовремени цели на препарацията, които са учили в университета. Смятам, че е много по-голям напредък да се работи с ръчни инструменти, но да се цели една по-предсказуема форма на канала, отколкото да се използват машинни инструменти, но да се получават форми с лоша прогноза. В този смисъл, целите при механичната обработка могат да се разделят на три категории: коронарна, средна и апикална трета.

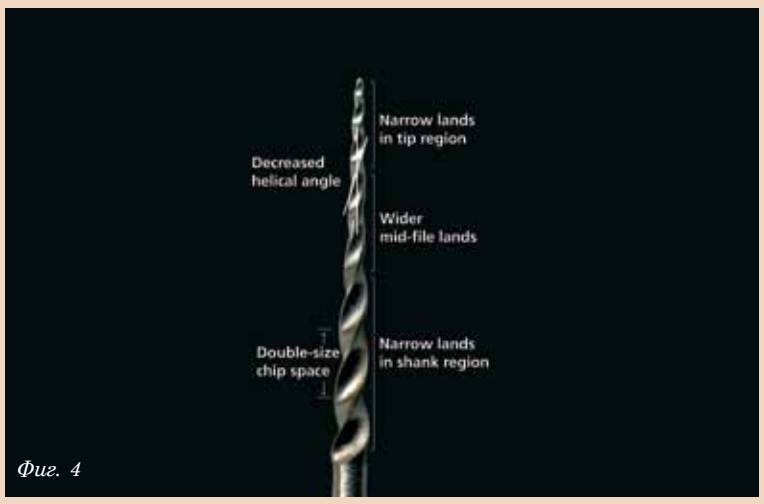
Обикновено формата на препарацията на кореновия канал е сравнително широка коронарно и апикално, и с разнообразна, често анемична, големина между гореспоменатите два региона. Големият коронарен размер се наложи като стандарт, когато д-р Хърбърт Шилдър и други[1,2] забелязаха, правилно за времето, че по-голямото коронарно разширение позволява по-добри резултати в апикалния регион. Но това важеше само за сравнително ригидните стоманени инструменти и сравнително големите игли за промивки, с които разполагахме навремето. Другата причина, клиницистите и до днес да оформят широки канали в мази област, е да улеснят запълването на кореновите канали с латерална кондензация със студена гутаперка.

Проблемът е, че прекомерното разширение на тази част от канала ненужно отслабва кореновата структура, а в случаите на молари - увеличава риска от strip перфорация. Когато говоря със специалисти по протетика, основното им притеснение, при използването на ендодонтски лекувани зъби като носители в критични ситуации, е относно структурния им интегритет (ако приемем, че апикалната зона е лекувана идеално).

Когато попитах д-р Карл Райдър, пенсиониран, но много уважаван специалист по протетика от Нюпорт Бийч, Калифорния, какво най-много иска от ендодонтиста, той отговори, че ако е възможно, би искал ендодонтиста просто да извади пулпата от канала и да не отстранява никакъв дентин. Той сподели това революционно желание с мен през 1990 г. През 2006 г. един млад специалист по протетика заяви пред зала, пълна със специализанти по ендодонтия, че предпочита да направи многочленна конструкция върху импланти, а не върху ендодонтски лекувани зъби (специализантите бяха размърсени), и така отново чух за същия този страх от загуба на важни зъбоносители, поради нарушаване на структурния им интегритет. За мен е ясно, че контролът на коронарното разширение е жизненоважен за дългосрочния ендодонтски успех, и за дългосрочния успех на ендодонтията като метод на лечение в стоматологията (Фиг. 1).

Какви са целите на механичната обработка в средната трета на канала? Проблемите, дължащи се на недостатъчната обработка в тази област, често се пренебрегват. Недостатъчното разширяване на средната трета на каналите е основната причина за недобрата ирригация и проблемите с ажустирането на щифта, а при използването на системи с носачи би довело до оголване на носача и липса на гутаперка в областта на апекса – като всичко това ще доведе до неуспех. За щастие, поради използването на инструменти с различен тейпър, почти не се наблюдава недостатъчно разширение, каквото бе характерно за обработката с К-пили с .02 тейпър - всички машинни инструменти с тейпър .06 или повече разрешават този проблем.

Апикално, обичайната цел на механичната обработка



Фиг. 4

Фиг. 4: GTX инструмент: максимален диаметър на тялото 1 мм, неагресивен връх, по-голям ъгъл на режещия ръб, и различна ширина на режещите плоскости. В края и на върха на тялото, ширината им е на половината от тази в средната трета, което позволява бързо рязане без транспортиране.

Фиг. 5a

Фиг. 5b

Фиг. 5a & b: КТ реконструкция, сравняваща Standard GT и GTX инструментите по отношение на транспортирането на криви канали. В този силно закривен медиален корен на мандибуларен молар, формите на съседните канали, оформени с различен набор инструменти, са почти идентични и следват прецизно първоначалния ход.

бе оформянето на стоп, целенасочен праг преди апикалния форамен. Макар той да върши отлична работа, когато е оформен правилно, ако е оборкана работната дължина, апикалният стоп не прощава и може да доведе до неуспех. При определена по-къса работна дължина, стопът, създаден при оформяне на канала с увеличаващи се по размер инструменти, ще доведе до образуването на стъпало, което трудно може да се байпасира, така че да се запълни канала до приемлива дължина. Ако работната дължина погрешно е определена като подълга, или когато крив канал се скъси поради изправянето му при механичната обработка, големите и сравнително нееластични инструменти, които излизат извън края на канала, неизменно ще доведат до нарушаване на апикалната цялост и свръхобтуриране.[3]

Литературата, която разглежда връзката между свръхобтурирането и неуспешното ендодонтско лечение, често бърка етиологията, защото повечето неуспешни ендодонтски лечения са били презапълнени канали със стоп препарация. Тъй като апикалният стоп е преднамерен праг, всяко презапълване е резултат от неуспешна механична обработка, а не от неуспешно обтуриране. Когато се премине през апикалния форамен, е на практика невъзможно да се запечата адекватно канала с техники с щифт. Това е единственото възможно обяснение за тези неуспехи, когато се вземе предвид биосъвместимостта на обтуровъчните ни материали.[6,7]

Ако оформим конусовидна форма (с инструменти с неагресивен връх), която е покъса от идеалното, е много лесно просто да се дооформи препарацията на по-голяма дължина, стига грешката да се установи преди обтурирането. Ако оформим конусовидна форма, която е прекалено дълга, резистентният характер на конусовидната форма е налице и единственото, което трябва да се направи, е да се скъси ажустирания щифт до правилната дължина за обтуриране – нещо, което отнема не повече от 20 секунди.

Аз лично бих искал да имам апикална препарация, която прощава грешките ми – конусовидната. Тя е не само по-предсказуема, но при използването на инструменти с различен тейпър изисква по-малко инструменти за постигане на резултата.

Какви характеристики могат да задоволят нашите цели за механичната обработка и да отговорят на трите най-чести изисквания на стоматолозите, съгласно по-горе споменатото маркетингово проучване?

От описаните по-горе цели на механичната обработка става ясно, че ни трябва сет инструменти, който ще гарантира ограничено коронарно разширение и конусовидна апикална форма, по възможност без необходимост от серийна степ-бек техника. Макар на пазара да има много инструменти с тейпър .06, които са подходящи за тесни коренови канали, за каналите със среден или голям размер са необходими инструменти с по-голям тейпър. Концепцията за MDF (максимален диаметър на улеите) е уникална за семейството на GT инструментите и контролира не само коронарното разширение, но и позволява оформянето на по-голям тейпър от .06, без нежелано рязане в тези участъци. Макар да има инструменти с ограничен диаметър на жлебовете, няма друг сет инструменти, който да ограничава максималния диаметър до 1 мм, както е при GT дизайна.

Когато колега ми каже, че използва GT инструментите, но все още започва или завършва препарацията с Гейтс-Глидън, знам, че той все още прилага латерална кондензация, и дори обтуриране с единичен щифт (макар да не я препоръчвам).

Към ендодонтистите, четящи тази статия - имайте предвид, че свръхразширението в коронарната част е една от причините специалистите по протетика все по-често да предпочитат имплантатно носените конструкции пред носители – ендодонтски лекувани зъби. Всички инструменти с остри режещи ръбове оформят форми, много по-широки от външната геометрия на самия инструмент, както се вижда на Фигура 2. Техниките за оформяне на криви канали с нищо не минимизират размера на препарацията; те само намаляват риска от лентовидни перфорации при тесни и криви канали. Най-добрият метод за запазване на здравината на корена и елиминиране на риска от перфорирането му е да се контролира коронарното разширение - една от най-отличителните характеристики на GT инструментите и новите GT Series X.

Ако разгледаме другото измерение на геометрията на инструментите, то върхът на инструментите трябва да е неагресивен. На всеки пет години някоя дентална компания пуска на пазара инструменти с агресивна или полуагресивна геометрия на върха. Макар първоначално идеята за лесната апикална прогресия да изглежда съблазнителна, изследвания с КТ и клиничният опит не потвърждават твърденията на производителя за безопасност (Фиг. 3). Цялата картина се разкрива, когато се прочетат инструкциите за употреба на производителя и препоръчаната техника споменава, че инструментът никога не трябва да преминава извън апикалния форамен и че върхът на инструмента не трябва да работи повече от една секунда на работната дължина. Тук остава недооценена опасната при криви канали комбинация от агресивна геометрия на върха и острите режещи ръбове. Когато в крив канал се използват инструменти с остри, нескосени радиално режещи ръбове, неизбежно се изправят кривините в средната част, скъсява се каналът, агресивният връх попада извън апикалния форамен и води до нарушаване на апикалната цялост. Разбира се, всички инструменти с агресивен връх и остри режещи ръбове могат да се използват с добър резултат от опитни и сръчни клиницисти. Все пак, за да се избегне апикално увреждане, често е не-

3M ESPE

Espertise agenda Покана

Уважаеми членове на 3M Espertise Club,

Имаме удоволствието да Ви поканим, съвместно с нашите дистрибутори **Медикал Депо R&K, Дентатехника, ЕТ Евгени Стефанов, Хигия и Денталшоп БГ,** на традиционния Стоматологичен симпозиум на **3M ESPE Espertise**, който ще се състои на **28 ноември 2009 (събота)** в хотел "Св.Иван Рилски", Банско.

Предварителна програма

28.11.2009 (събота)

10.00 – 13.00 Регистрация

13.00 – 14.00 **Лекция: Изцяло керамични възстановявания в дигиталната ера**

Планиране, препарационни изисквания, особености при отпечатване, финално циментиране

Д-р Майкъл Перец Давиди, Израел

Д-р Майкъл Перец Давиди получава докторска степен от Ерусалимския Университет през 1983. Специализира възстановителна стоматология и имплантология. Ръководи програми за напреднали общопрактикуващи стоматолози в медицинския център Хадаса и Ерусалимския Университет, публикува в редица стоматологични издания статии за възстановителна стоматология и микробиология. Рецензент на няколко международни списания. Изследовател и разработчик на стоматологични материали в биотехнологичната стоматологична лаборатория на Стоматологичен факултет в Ерусалим.

14.00 – 14.15 Кафе пауза

14.15 – 15.15 Лекция: Продължение

15.30 Дискусия

19.30 Вечеря

29.11.2009 (неделя)

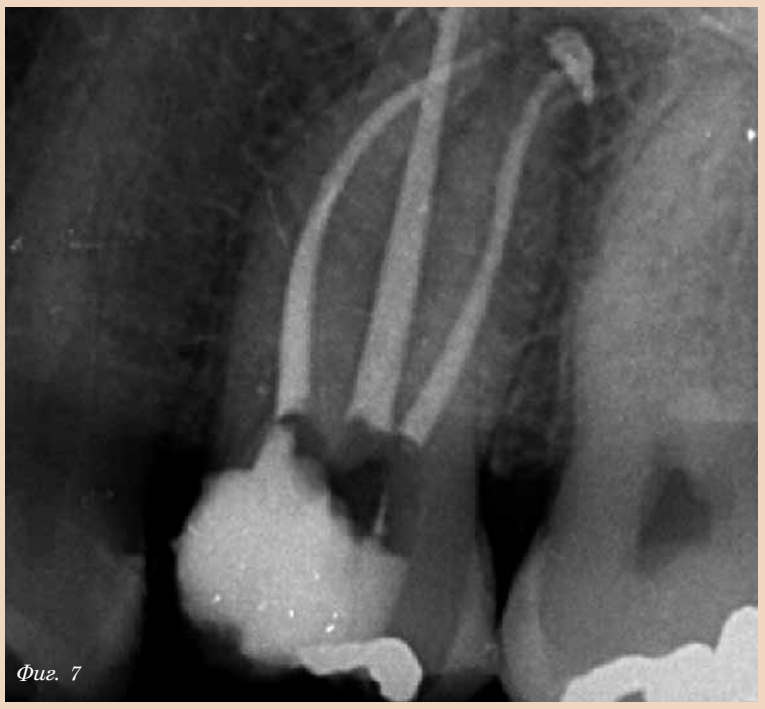
8.00 – 10.00 Закуска

Регистрационната такса включва:
материали по научната програма, вечеря, кафе пауза, хотелско настаняване (нощувка, закуска, ДДС, безплатно ползване на басейн, фитнес, релакс стая, парна баня и сауна).

За информация и регистрация се обърнете към оторизираните дистрибутори на 3M ESPE:
Дентатехника 07001 2323. **Медикал Депо РиК** 02 805 2500. **ЕТ Евгени Стефанов** 02 953 0330. **Хигия** 088 872 9559. **Денталшоп** 032 644 139

Фиг. 6

Фиг. 6: GTX семейството: редуциран брой на инструментите, с размер на върха от 0.2 мм, 0.3 мм, 0.4 мм, оформят всички канали, с изключение на тези с огромен апикален диаметър. Може да се използват стандартни GT .12 инструменти с размер 0.5 мм, 0.7 мм и 0.9 мм.



Фиг. 7

Фиг. 7: Клинични случаи, инструментирани с GTX инструменти. MB каналите са оформени с 20-.06 и 30-.06 GTX инструменти, дисто-букалният - с 20-.04 и 20-.06, а палатиналният - с 20-.06 и 40-.08. Механичната обработка на каналите отне 11 минути.

обходимо да се използват и други инструменти и процедурни стъпки.

Следващата характеристика в нашия списък са режещите ръбове и геометрията на тялото. Докато е очевиден ефектът на върха на инструмента и особеностите на тялото за процедурата на механична обработка, то функционалните характеристики на напречния срез на инструментите са по-неясни. Ако разгледаме при напречен срез четирите водещи инструмента на пазара, се забелязват три основни неща: режещ ръб, размер на тялото и размер на отстоянието между ръбовете.

Всяка от тези характеристики си има своите предимства и недостатъци – идеята е те да се оптимизират. Режещите ръбове не трябва да са прекалено остри, иначе ще доведат до съществено транспортиране на каналния ход. Ако обаче са неефективни и е необходимо много време, за да режат, бързо ще се акумулира циклична умора, когато инструментите се държат около каналните кривини. По-голям диаметър на тялото допринася за здравината на инструмента, ако той се използва в прав канал (подобрена якост на усукване), но става доста опасен в криви канали (намалена резистентност на циклична умора). Комбинацията от по-голям диаметър на вътрешното тяло и остри режещи ръбове е най-опасна, тъй като нееластичността засилва транспортирането на канала от режещите ръбове и прави инструментите по-податливи на циклична умора.

Нещо друго, ако вътрешният диаметър е по-малък, ширината на улеите намалява и те по-бързо се запълват с отпилки, и пилата става неефективна. Тесните улеи изискват инструмента да се вади и почиства по-често, преди да се въведе по-апикално. Също така при малък диаметър, вградената гъвкавост на инструмента се увеличава – което е отлично при криви канали.

Така че ни е необходим малък диаметър, с широки улеи и режещи ръбове, които да са ефективни, без да са прекалено агресивни – един труден набор от параметри.

Особености на GT Series X пили: M-wire материал, различна ширина на режещите ръбове, по-голяма ширина на улеите и гъвкавост

Комплектът инструменти GTX са съобразени с всички посочени по-горе изисквания, като използва силните страни на GT пилите и подобрява тези, които могат да се оптимизират. Освен промените в геометрията, тези инструменти са изработени от нова NiTi тел, наречена M-wire, разработена от д-р Бен Джонсън, създателят на Thermafill. Чрез серия от топлинна обработка и цикли на закаляване по време на изтегляне на телта, резистентността на циклична умора съществено е подобрена. Това не означава, че инструментите, изработени от този метал, могат да се използват многократно; просто при тях вероятността от счупване е по-малка, отколкото при досега използваните инструменти. Всеки инструмент, независимо от своя дизайн или металургия, ще се счупи при прекомерна употреба. Но може да се каже, че тази нова тел е голям напредък по отношение на основния приоритет на зъболекарите: по-добра резистентност към фрактури.

GT Series X инструментите имат същата геометрия на върха, същите ограничени MFD и си остават инструменти с радиални режещи повърхности, но със съществени подобрения – ширината на режещите повърхности варира по дължината на инструмента (Фиг. 4). Благодарение на 12-годишния опит в производството и употребата на GT инструментите, установихме, че ширината на режещите ръбове е от критично значение. Ако са много големи, те не режат достатъчно бързо (което би довело до чупене, вследствие на циклична умора). Ако са много малки, те ще транспортират криви канали, подобно на инструментите с остри режещи ръбове. Основното откритие при дизайна и разработването на прототипа бе, че се нуждаехме от различна степен на острота в различните области на инструмента. Тъй като транспортирането е функция от остротата на режещите ръбове и ригидността на инструмента в дадено място по дължината на пилата, тестовете показват, че ширината на улеите в най-гъвкавата част от инструмента може безопасно да се стесни, за да се подобри режещата ефективност, без да се транспортират силно закривените апикални части от канала (Фиг. 5a & b).

Нещо повече, в края на тялото на инструмента, ръбовете отново може да се изтънят безопасно, независимо от твърдостта в тази част на инструмента, тъй като краят на тялото работи в най-правата част от коренните. С тези подобрения налице, стана ясно, че степента на твърдост на средната част на инструмента, в съчетание с често срещаните силни закривявания в областта на средната трета на канала, наложи запазване на първоначалната ширина на режещите ръбове, за да се избегне изправяне на кривините на канала в средната му част. В резултат на това оптимизиране, бе поне двукратно увеличена скоростта на рязане и бе намалено блокирането на инструмента при придвижването му към апекса.

Последната промяна в режещите ръбове е увеличението на ъглите между режещите ръбове до 30 градуса по цялата дължина на GTX инструментите, като по този начин почти се удвоява разстоянието между улеите. Това увеличава гъвкавостта на инструментите и съществено удължава продължителността на всеки режещ цикъл. Ако стандартните GT инструменти режат 4 до 6 секунди преди да се зацапат, GTX инструментите могат да режат 10 до 12 секунди преди да трябва да се извадят и почистят.

Изненадващ резултат от подобрението в режещите ръбове е, че вместо да се използват 20-.10, след това 20-.08, след това 20-.06 GTX инструменти за първоначално оформяне на малки, криви канали, използваме само един инструмент – 20-.06 GTX – в два режещи цикъла за това първоначално оформяне. На това трябва да гледаме като на един вид подарък, а не като на нещо очаквано – защото в противен случай може да счупим инструмента, ако го натискаме в един труден канал, но най-често 20-.06 се справя с тази трудна задача. Ако не достигне до работната дължина, използваме 20-.04 GTX, след което обикновено 20-.06 достига до желаната цел.

Последните две промени спрямо стандартната GT линия са скъсената дръжка от 13 на 1 мм и намаленият брой инструменти от 15 на 8 (Фиг. 6). Ясно е защо скъсихме дръжката, но сега ще изясня защо редуцирахме броя на инструментите.

Обяснението е двустранно: 1) често причината за счупване на инструмента е неправилно подбран размер тейпър, неподходящ за съответната кривина на канала; и 2) идеалната препарация, постигната с машинни инструменти, притежаващи радиални режещи повърхности, изисква по-малко конична форма за постигане на апикална точност на обтурацията. По-подробно обяснение ще дам в следващата статия за GTX техниката на инструментиране.

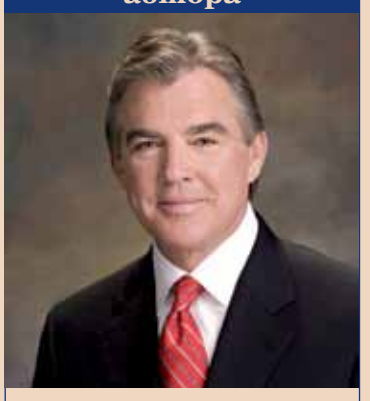
Обикновено всеки канал, с изключение на тези с отворен апекс, може да се оформи идеално с тези осем инструмента. При по-голям апикален размер и за по-голямо коронарно разширение, клиницистите могат да използват стандартните GT инструменти, например 40-.10 или .12 с диаметър при върха от .5, .7 и .9 мм.

Дали тези подобрения в ефективността ще доведат до по-експедитивно ендодонтско лечение?

Няма такова нещо. Макар през моята 27-годишна практика никога да не съм виждал пациент, който да иска бавно и продължително кореново лечение, не ми се е случвало и някой да поиска да претупам процедурата. Гарантирането на почти 100% успех на ендодонтската процедура изисква безкрайно търпение в определени части от процедурата, например при търсенето на калцифицирани канали или при прохождане на трудни канали на молари до терминалната точка. Също така, това важи за случаите на релечение на „оплескани" случаи. Задължително е да подобрим ефективността на всеки етап от процедурата, така че например да имаме адекватно време за промивки, след оформяне на канала. Когато съм се измъчил през етапа на прохождане на няколко страховити канала, съм благодарен, че след това мога само за няколко минути да оформя каналите (Фиг. 7). DT

Бележка на редактора: Пълната библиография е на разположение от издателя.

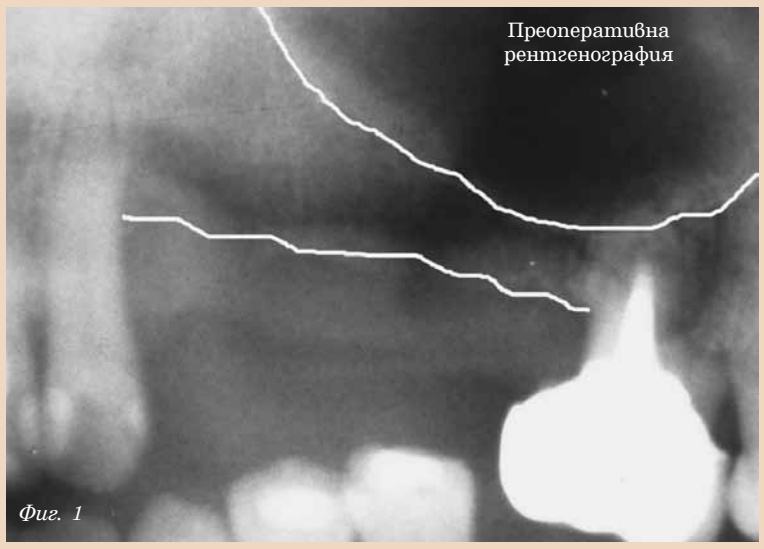
Информация за автора



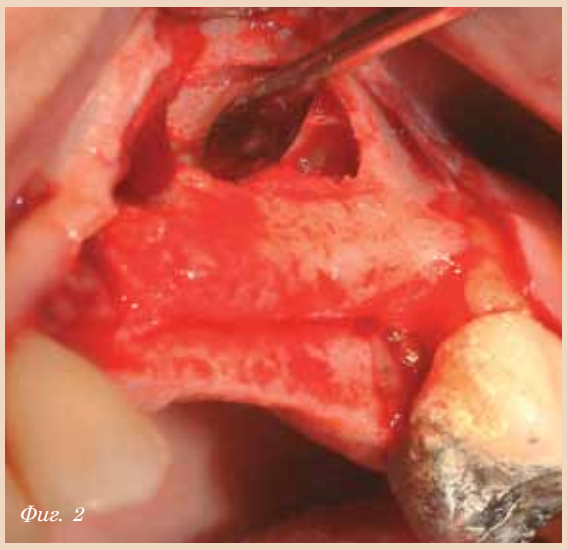
Д-р Л. Стивън Бюканън е дипломат на Американския борд на ендодонтистите и член на Международния и Американския колеж на лекарите по дентална медицина. Клиницистите, проявяващи интерес към серията от DVD-та „Изкуството на Ендодонтията" и практическите му курсове в Санта Барбара, САЩ, могат да се обадят на +1 800 528 1590. За повече информация относно тази статия и новини за GTX, както и за отговори на често задавани въпроси, моля посетете www.endo-buchanan.com. Там ще намерите и безплатни онлайн курсове за GTX системата и други теми. Въпроси относно трудни случаи може да задавате на +1 800 528 1590.

Използване на костно-регенериращ цимент за костен графтинг в атрофични участъци – клиничен, рентгенологичен и хистологичен анализ

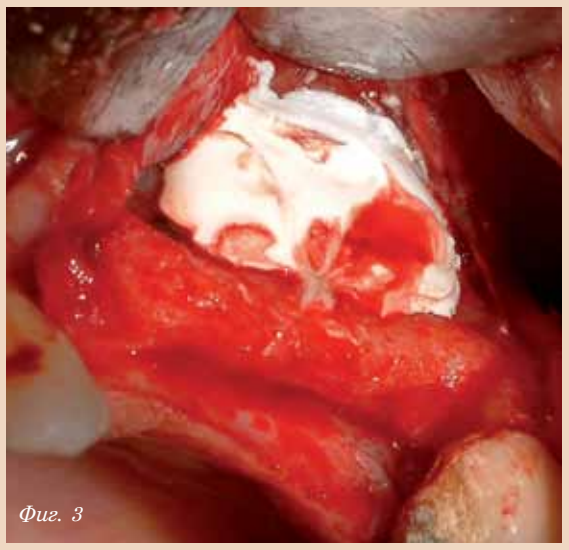
Sérgio Alexandre Gehrke, Bruno König Júnior, Nara Maria Beck Martins, Lachem, Universidade Federal de Santa Maria, Brazil, ICB, Universidade de São Paulo, Brazil, Dpt. of Pathology, Universidade Federal de Santa Maria, Brazil



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

Фиг. 1: Преоперативна рентгенография.

Фиг. 2, 3: Подготовка на участъка и поставяне на цимента в синуса.

Резюме

Реконструкцията на обеззъбените челюсти има за цел на първо място да увеличи гребена чрез осигуряване на допълнителен обем и след това да стимулира разрастването на здрава и функционална кост, която ще може да осигури за дълги години стабилна опора за имплантатното възстановяване. Костната атрофия след загубата на зъби се дължи на липсата на механично стимулиране и се засилва от натиска, оказван от протезите, а в дисталния сегмент - и от прогресивната пневматизация на максиларните синуси. Предназначението на материалите за костна аугментация е да доведат до достатъчно разрастване на костта, така че да има място за поставяне на имплантите. Днес, благодарение на напредъка в разбирането ни за клетъчния метаболизъм, има стремеж към създаването на синтетични материали, с цел да се редуцира хирургичната травма и броя на интервенциите. Това се вижда и по броя на продуктите, предлагани на пазара.

PD VitalOs Cement е един сравнително нов синтетичен костен заместител, който е обстойно изследван върху животински модели. Въпреки че клиничното му приложение вече дава положителни резултати, има нужда от разработване и изследване на хистологичните данни в детайли. Целта на това изследване е да оцени поведението на PD VitalOs Cement при костна регенерация на атрофични участъци, с цел последващо имплантиране. Поведението се оценява посредством клинично и рентгенологично проследяване и хистологичен оглед за оценка на остеогенния потенциал на материала при шест пациента. Подбраните в това изследване индикации са елевация на синусния под и хоризонтална аугментация на гребена - две процедури, извършвани в два етапа, което позволява събирането на материал за хистологично изследване при поставяне на имплантите.

Въведение и литературен преглед

Успешната аугментация на гребена се постига при спазването на две условия: от една страна, здрава и функционална кост, която е в състояние да осигури години наред опора за имплантатно носеното протетично възстановяване, и от друга страна, достатъчен обем на костта за съхраняване на естетиката. Основната причина за използването на костозаместител е да се позволи тъканна регенерация чрез жизнеспособна, здрава и зряла кост в областта на планираните импланти. При пациентите се наблюдава различна степен на атрофия в горната и долната челюст. Това се определя от етиологията на зъбната загуба, системни здравословни проблеми, анатомия, травма, агенезия, и други фактори. Атрофията, при липса на стимулация на костта след загуба на зъби, се засилва от налягането, което ръбовете на протезата оказват, а в дисталните участъци - и от прогресивната пневматизация на максиларните синуси. Първоначално алвеоларният гребен губи от ширината си, но не и от височината. Това явление започва вестибуларно и прогресира към лингвално и палатинално. То протича сравнително бързо, особено във фронталния участък на горната челюст, така че импланти с нормален размер не могат да се поставят, поради недостатъчната ширина на имплантатната ложа. Тежката костна загуба води до липсата на опора за меките тъкани, горната устна и лицевите меки тъкани, водеща до незадоволителен естетичен резултат.

Не трябва да се забравя, че след загубата на зъби, процесът на костна атрофия може да се намали или дори предотврати чрез поставянето на импланти, максимално скоро преди началото на прогресивния атрофичен процес. Дъвкателното натоварване, което се предава чрез имплантите към максиларните алвеоли, стимулира костта и допринася за намаляване и дори предотвратяване на прогресивната костна атрофия. Когато обаче тези условия не бъдат постигнати, е необходимо да се възстанови загубената кост чрез различни техники и материали. Съвременната тенденция е да се използват хирургични техники, които да са колкото се може по-малко инвазивни и с по-голяма предсказуемост.

Необходимостта от коригиране на костните дефекти доведе до разработването на синтетични материали, които пресъздават биологичните характеристики, необходими за костния графтинг. Обикновено автогенният кос-

bisico®

Вашият метод - Нашите материали

Химтрейд-Комет ООД
ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ
1612 София, жк Лагера, бл.59
бул. Цар Борис III 12
тел/факс: 02/953 13 10, 951 50 33
e-mail: chimtrd@yahoo.com
www.chimtrade-komet.com

А и С силикони, както и алгинати,
подходящи за:
- двойна отпечатъчна техника;
- двойно-смесителна.

BISICO Exakt N

С силикон, съдържащ полисилоксани, силициев диоксид, пигменти.

Коригиращ силикон с чудесна течливост.

450 ml (2 туби x 225 ml)

BISICO Universal Paste Hardener

втвърдяването се инициира чрез добавяне на универсална паста втвърдител.

Червеният цвят на пастата позволява лесен визуален контрол на процеса на смесване.

Туба 45 g

Универсална паста - втвърдител подходяща за всички видове втвърдяващи се силикони на Bisico.

Материали за временни коронки и мостове

BISICO Provi Temp K

предлага се в три цвята: A1, A2 и A 3,5

BISICO Provi Bond K

временен материал за залепване на мостове и корони без евгинол, проявяващ идеални адхезивни свойства.

Използват се за изработване на временни корони и мостове;
Прилагат се директно чрез микро-диспенсер 4:1 или чрез смесване на течния и прахообразния компонент с шпатула.

флакон 50 ml

флакон 25 ml