

# DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Bulgarian Edition

Цена 6 лв.

България

Май 2009

№ 4, Vol. 7

## Накратко

### Април – месец на оралната профилактика

Инициативата „Месец на оралната профилактика“, продължила през целия месец април, принадлежи на Българския зъболекарски съюз (БЗС) и се осъществява с любезното съдействие на ГлаксоСмитКлайн Кънсумър Хелтхкеър (GlaxoSmithKline Consumer Healthcare). През целия април над 1700 лекари по дентална медицина от цялата страна предлагат безплатно всеки, който е преценил, че има необходимост от преглед и съвет от професионалист.

Всеки, посетил кабинетите, получаваше специален подарък от GlaxoSmithKline Consumer Healthcare.



„Чрез тази кампания българският зъболекар нагледно показва за пореден път своята професионална и социална ангажираност. Нашата цел е да се повиши здравната култура на българина, а от тук и нивото на профилактика на оралните заболявания сред цялото население. Ние, членовете на Българския зъболекарски съюз, искаме да предоставим на населението повече грижа и повече внимание!“ каза г-р Николай Шарков – председател на БЗС. Информация за населените места и телефоните на доброволците - лекари по дентална медицина, които участват в месеца, можеше да бъде получена на официалната уеб страница на БЗС. Събитието бе съпътсвано от национална телевизионна кампания, която имаше за цел да информира българската общественост за инициативата.

[www.dental-tribune.com](http://www.dental-tribune.com)

## Практика



### Минивинтове – фокална точка в практиката

Втора част от серията статии, в които авторите имат за цел да стимулират клиницистите, които се колебаят да използват минивинтове, да го правят рутинно чрез представянето на компендиум от опит и нови открития по темата.

▶ стр. 5

## Изследвания



### Дългосрочно изследване върху имедиатно натоварени циркуларни имплантатни конструкции KOS

Деветгодишна статистика на базата на 678 трансгингивално поставени ненавигирани едночастови имплантати KOS.

▶ стр. 8

## Анестезия



### Пулпната анестезия – избор, доказан в практиката

Един от най-стресиращите проблеми при ендодонтско лечение е невъзможността да се постигне пълна пулпна анестезия.

▶ стр. 13

## Технологии



### Лицева гъга – историко-клиничен обзор

Високите цели, които естетичната дентална медицина си поставя, са немислими без използването на лицева гъга. Авторът – г-р Николай Николов ни дава ясни насоки в своята статия.

▶ стр. 20

## НАЦИОНАЛЕН ДЕНТАЛЕН КОНКУРС УСМИВКА НА ГОДИНАТА



Д-р Иван Горялов, г-р Николай Папанов и г-р Боян Владимиров от гр. Пловдив са носителите на голямата награда в конкурса „Усмивка на годината 2009“. Победният клиничен случай взе участие в категория „Комплексно естетично възстановяване“. Това стана ясно на официалната церемония по връчването на наградите в конкурса, която се състоя на 21 април в лилавия салон на Чешки център София. Подробности: в специалното приложение на броя.

◀ (На снимката от ляво на дясно: г-р Иван Горялов, пациентката, чиято усмивка победи, и г-р Николай Папанов).

## Ако гържите да сте информирани, през май ще ви се наложи да работите по-малко в кабинетите си

Сигурно вече свикнахте да се чудите как да присъствате едновременно на две или три родни дентални прояви, които са от еднаква важност за вас...

Ако не сте, ще Ви се наложи да се специализирате.

Защото препълненият от важни събития в бранша ни месец май ще ви даде отново възможността да избирате и да се разкъсвате...между няколко големи събития.

Дори на нас самите ни беше трудно да измислим своя комбинативна схема, чрез която да присъстваме навсякъде. За да не допуснем манипулация, няма да Ви я споделяме.

Ще Ви припомним проявите, които не е добре да пропускате, а на Вас остава правото на избор.

### ФАКТИТЕ:

• 6-9 май: 14-ти конгрес на Балканското стоматологично общество (BaSS) и 9-ти

Научен конгрес на Българския зъболекарски съюз (БЗС) в гр. Варна.

• 8-9 май: Лекционен и практически курс на проф. Диге Диеч в София;

• 12-13 май: Лекционен и практически курс на г-р Саши Джованович в София;

• 12-15 май: Международно изложение Булдентал в София.

**НАШИЯТ СЪВЕТ ЗА ПРАВИЛЕН ИЗБОР:**

Информация, информация, информация...

Прочете от организаторите на проявите и от техните сайтове пълните програми за всяко от събитията, за да можете да направите правилен избор.

Ако не можете да го направите, при повече желание, в общи линии може да сте навсякъде.

В крайна сметка, геловият месец май предлага за всекиго по нещо.

А за любознателните във всички сфери предлага урок по комбинативност.

Желаем Ви успех!

DT

## Да живееш в по-добрата половина на света е въпрос на избор

Свикнали сме всички или всички наоколо да ни пречат. Повечето психотренинзи учат да преодоляваме препятствията, които идват от околната среда. Как да не се поддаваме на натиск отвън, за да можем да се развиваме отвътре.

Всъщност действителността не винаги пречи. Има твърде много лица и събития, които искат да ти помогнат. Дали ще се възползваш, зависи и от теб. Ако си забил нос в земята и непрекъснато виждаш само върха на обувките си, вероятността да пропуснеш протежната ръка, която иска да те издърпа нагоре, е твърде голяма.

Промяната винаги идва отвътре. Леко да помръднеш съзнанието, малко да пречупиш гледната точка... и светът започва да се променя. Всъщност, промененият си ти, но това няма значение, защото светът вече никога няма да бъде същият. Поне за теб.

Защото, докато повечето медии са заети да съчиняват нови и нови симптоми на „кризата“, по-добра идея е да търсим симптомите на качествения живот – заложени у всеки от нас, но толкова добре забравени под натиска

на посредствеността и черногледството.

Защото е много важно да има кой да ти шепне в ухото: „Дишай!“, докато всички крещат на висок глас: „Затягай колана, идват лоши времена!“

Защото все някой трябва да ти напомни, че животът е просто игра, в която печелят само тези, които се забавляват най-много.

Защото не е нормално да стоиш върху златната планина и да си беден. Не е нормално да газиш в избора и да си жаден.

Защото превръзката на очите ти пречи. Има голяма вероятност цицините на главата ти да намалееят, ако я махнеш.

Не ни вярвайте, ако сме ви прозвучали наизидателно. Целта ни не е да натриваме нищии носове.

Искаме с всичко, което правим, само да късаме парче по парче превръзката на очите...

За да ви е по-светло. И по-леко.

Дано да сме на прав път! \*

Приятно четене на новия ни брой!

От Редакцията

\*Вдъхновение: писателския блог на Тишо – Тихомир Димитров DT



**ЗАПОВЯДАЙТЕ НА ЩАНДА НИ ПО ВРЕМЕ НА:**

**14-ти научен конгрес на BASS**

Дворец на Културата и Спорта, Варна  
(6.05 - 9.05.2009 г.)

**Булдентал – Интер експо център**

София, зала 4, щанд А7  
(12.05.2009 г. – 15.05.2009 г.)

**Очакваме Ви!**

### 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**  
Yontorio 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. Luna 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

Главен редактор

g-р Владимир Ашиков

Отговорен редактор

g-р Надежда Куюмджиева

Консултант

g-р Красимир Невески

g-р Дора Кишкилова

g-р Ивелин Аманасов

Дизайн и прегледам

Жасмина Стоянова

Превод

g-р Надежда Куюмджиева

g-р Светослав Пенков

Коректор

Долорес Мешулам

Офис организатор

Михаила Иванова

Автори в броя

g-р Николай Николов

g-р Габриел Давид

g-р Бьорн Лудвиг

g-р Бетина Глас

g-р Томас Лийт

проф. Йорд А. Лусон

g-р Стивън Шварц

Печат: Спектър АД

Българското издание на Dental Tribune

е част от групата Dental Tribune

International – международно издание

на 20 езика, разпространявано в над 55

гържави.

Съдържанието, преведено и публикувано в този брой от Dental Tribune International, Германия, е с авторско право на Dental Tribune International GmbH. Всички права запазени. Публикувано с разрешение на Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229, Лаипциг, Германия. Възпроизвеждането по какъвто и да било начин и на какъвто и да е език, изцяло или частично, без изрично 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.

## LINEA KORUM Продължително

развитие

### Имплантатът Корум

е роден от сътрудничеството на Центъра за изследвания и проучвания на Biotec и експерти с дългогодишен опит в областта на съвременната имплатология. Формата му е разработена за да осигури максимална първична стабилност при възможно най-атравматично имплантиране.

Уникални за имплантата са периферната конусна връзка в интерфейса, изключваща бактериалното дразнене и микрорезбата в кристалния край, за подобряване дългосрочната успеваемост.

Exclusive Representative & Importer

In rhythm of life...  ...Just smile  
**CONSUM PHARM**

1164 Sofia, Bulgaria, 5 Malusha Str.  
tel/fax: +359 963 23 02 +359 2 866 46 88  
e-mail: office@consumpharm.com

 **biotec**  
DENTAL IMPLANTS

Bulmedica Buldental  
12-15 May 2009  
Зала 3, Щанд D15



# Варна е домакин на 14-ия конгрес на Балканското стоматологично общество (BaSS) и 9-ти Научен конгрес на Българския зъболекарски съюз (БЗС)

*Събитията ще продължат от 6 до 9 май и ще бъдат съпътствани от дентално изложение*

**14-ият редовен конгрес на Балканското стоматологично общество (BaSS)** ще се проведе от 6 до 9 май 2009 г. в Двореца на културата и спорта, гр. Варна. Успоредно с него ще се проведе и 9-ият Научен конгрес на Българския зъболекарски съюз (БЗС). Очаква се на двата форума да присъстват над 1000 гости от чужбина и лекари по дентална медицина от България.

14-ият конгрес на Балканското стоматологично общество (BaSS) и 9-ият научен конгрес на Българския зъболекарски съюз (БЗС) са важно дентално научно събитие тази година, не само на Балканския полуостров, но и в Европа.

Затова е добре да включите в деловите си майски ангажменти пътуване до морската ни столица, за да станете част от тези прояви.

**Специални гости на конгресите** ще бъдат Президентът на Световната стоматологична асоциация (FDI) – г-р Роберто Виана, Президентът на Бразилската дентална асоциация (ABO) и съветник на Президента на FDI – г-р Норберто Любиана, Президентът на европейската секция на FDI (ERO FDI) – г-р Герхард Сеебергер, Президентът на Съвета на европейските зъболекари (CED) – г-р Орландо Монтейро Да Силва, както и президентите на всички национални браншови организации на Балканите.

„Такова високо присъствие на конгресите на ключови фигури в денталната медицина от света и Европа показва, че дентално-медицинската наука и денталните услуги на Балканите играят значителна роля за опазване на оралното здраве на хората не само в тази част на Стария континент, но и по целия свят“ – коментира председателят на БЗС г-р Николай Шарков.

**Научната програма на конгресите** се състои от 10 лекции на водещи европейски лектори, 128 устни доклада и над 350 постера от повече от 10 страни.

Нови техники, материали, технологии, инструменти и др. ще бъдат представени на голямата **Денталната изложба**, съпътстваща конгресите.

Конгресите се провеждат под патронажа на Президента на Република България – г-н Георги Първанов.

България, в лицето на Българския зъболекарски съюз, е една от страните – основателки на Балканското стоматологично общество, заедно с Гърция. Неправителствената организация е създадена през 1996 г. BaSS обединява представители на научните и професионални среди на лекарите

по дентална медицина на Балканите. Организацията включва 9 държави. България издигна своята кандидатура за домакин на 14-ия редовен конгрес на Балканското стоматологично общество през април 2007 г., по време на 12-ия конгрес на BaSS в Истанбул. Тогава страната ни беше одобрена с почти пълно единодушие от всички ге-

легати на Конгреса.

Целите на BaSS са да организира редовно конгреси, за да се даде възможност на лекарите по дентална медицина от балканския регион да обменят знания и опит в техните научни и професионални области; да разпространява денталната теория и практика между лекарите по дентална меди-

цина на Балканите; да насърчи приятелството и сътрудничеството между лекарите по дентална медицина в този регион и др.

14-ият конгрес на BaSS, съчетан с 9-ия научен конгрес на БЗС е част от програмата за продължаващо обучение на Световната зъболекарска федерация (FDI) за 2009 година.

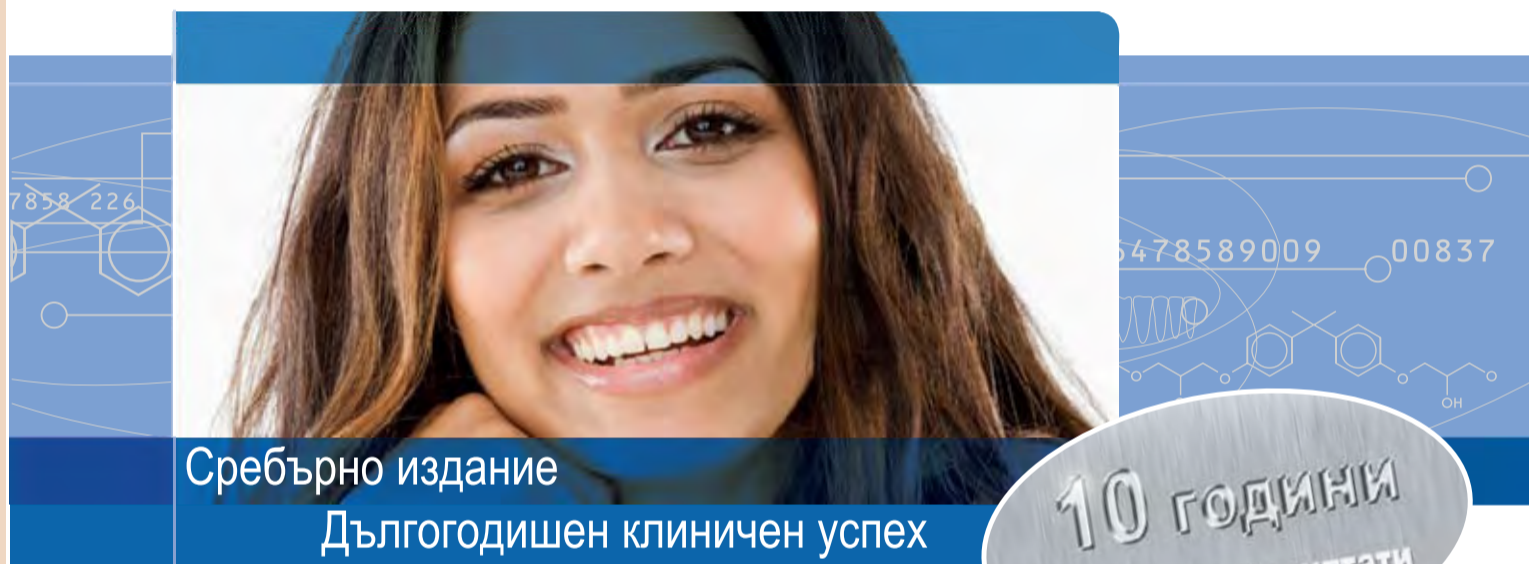
Научната програма ще представи иновативни теми от общественото дентално медицинско здравеопазване, от клиничната дентална медицина, образование и наука. Научните сесии ще обхващат разнообразие от лекции, доклади, постери и групи.

Източник: [www.bzs.bg](http://www.bzs.bg)

DT

## Filtek™ Z250

Универсален възстановителен материал



Стоматолози от цял свят се доверяват на този продукт.

Не е изненада, че всяка година с Filtek Z250 се правят повече от 35 милиона възстановявания.

Универсалният възстановителен материал Filtek Z250 отбелязва своя **10 годишен юбилей**. Какво успешно десетилетие! Уважаваната институция Dental Advisor също признава това като дава своя рейтинг от 5 звезди за клиничните изпитвания през изминалите 9 години.

Отбелязваме този дългогодишен клиничен успех като Ви предлагаме същото доказано качество със стилин сребърен етикет. Насладете се!

**Предимствата отново:**

- Отлични оперативни качества: буквално не залепва по инструмента
- Натурална естетика: предлага се в много нюанси, които наподобяват зъбната структура
- Изключителна универсалност: подходящ за възстановяване в предния и задния сегмент на съзъбието.
- Дългогодишни резултати: клинично доказани през годините
- Бързина и удобство: лесни за ползване, полимеризира само за 20 секунди
- Рентгено контрастен

Накратко в две думи: **Сребърно издание** - обещание, което Filtek Z250 доказва във всяко отношение



Filtek™ Z250

Универсален  
възстановителен  
материал

3M ESPE

Опаковъчна  
машинка

**Sirona**  
Германия

DAC Professional  
автоклав - клас В



DAC Universal  
за смазване и автоклавиране

Автоклави  
17 лит. клас S 1 950,00 €  
17 лит. клас В 2 800,00 €  
23 лит. клас В 4 180,00 €

**FASHION**  
Китай



ПОДАРЪК - Опаковъчна машинка и Дестилатор



**Sikerna** Китай



Калцунобувачки

**Prestige Medical**  
Великобритания



Class B Autoclave  
16 Lit. / 22 Lit.

class N - 9 Lit.



**PASTELLI**  
Италия



**BANDELIN**  
Германия

Ултразвукови вани



Млякна машинка



Автоклав SHARK - клас В

**FARO** Италия



**Sirona C8+**



Дентални юнити - Германия  
**ОТСТЪПКИ И ПРОМОЦИИ**  
на щанда ни по време  
на изложението



**A7 Plus**



**cephla**  
dentale

**R7**



Дентални юнити - Италия  
**ОТСТЪПКИ И ПРОМОЦИИ**  
на щанда ни по време  
на изложението



**НОВО!**

**От IDS - Кьоолн**  
Много добро качество и дизайн  
на изключително добра цена

Дентални юнити - Италия  
**ОТСТЪПКИ И ПРОМОЦИИ**  
на щанда ни по време  
на изложението

**ASSODONT**

# Минивинтовете – фокална точка в практиката

Поредица от шест статии на д-р Бьорн Людвиг, д-р Бетина Гласл, д-р Томас Лайц и проф. Йорг А. Лисън – Част II

## Основна информация относно поставянето на минивинтовете

### Подготовка за поставянето

Поставянето на микро-винт е много проста и бърза лечебна процедура. Въпреки че съществуват няколко метода, с които се постигат добри резултати, успешно поставяне изисква да се придържаме към няколко важни принципа. Текстът по-нататък описва стъпките за поставянето, които гарантират висока степен на сигурност както за пациента, така и за зъболекаря (вижте протокола за поставяне по-долу). Трябва да се отбележи, че тази информация е обща, като тя трябва да се адаптира към конкретните обстоятелства.

### Протокол за поставяне

#### Преперативно планиране и подготовка:

- документация по планирането (рентгенови снимки, ситуационни модели);
- маркиране на мукогингивалната линия и осите на зъбите върху модела, определяне на мястото за поставяне;
- стерилизация на инструментите и подготовка на работното място.

#### Анестезиране и оценяване на мястото за въвеждане:

- поставяне на анестетик;
- използване на рентгенови ориентири;
- контролни снимки.

#### Избор на винт:

- определяне дебелината на лигавицата (по избор);
- определяне на дължината;
- определяне на типа винт.

#### Пенетриране през лигавицата:

- ексцизия на лигавицата или перфорирани с винта.

#### Препариране на костта:

- маркиране по избор на костта;
- перфорирани на кортикалната кост или дълбоко пилотно изборване в зависимост от вида винт.

#### Поставяне на микровинта:

- ръчно или машинно.

#### Започване на ортодонтските процедури:

- закрепване и фиксиране на свързващите елементи.

#### Постоперативни грижи:

- документирани на лечението;
- назначаване на контролни посещения.

#### Отстраняване на микровинта:

- отстраняване на свързващите елементи;
- отстраняване на микровинта.

## Общи данни относно поставянето

Акуратното преперативно планиране е основно изискване за успешното лечение с минивинтове. То включва изчерпателна анамнеза и правилна оценка на сметните данни. Важно е на този етап да се обясни подробно на пациента планираното лечение.

За цялата процедура трябва да е осигурена необходимата хигиена, със съответната подготовка на денталния стол и лечебния процес. По време на поставянето на минивинта трябва да се придържаме към всички хигиенни норми, изискващи се за една инвазивна процедура, като стерилна работна среда и ръкавици. Всички необходими за поставянето инструменти трябва да бъдат проверени по отношение на целостта им, тяхната функционалност и стерилност. Пациентът да жабур с дезинфекционен разтвор или мястото да се обработи с подходящ дезинфектант. След това той трябва да се ориентира, така че да се осигури ясна видимост на оперативния участък и да се улесни ергономичността при поставянето за опериращия зъболекар.

## Преперативно планиране

За да функционира правилно, минивинтът изисква здрава опора в костта (първична стабилност) и позициониране на главата му в по-плътната гингивална тъкан (gingiva alveolaris). При избора на място за поставяне трябва да се вземат предвид клиничните и параклиничните данни (рентгенова снимка, модел), както и целта на лечението и използвания ортодонтски апарат. За интеррадикулярно поставяне е необходима дебелина на костта от поне 0.5 мм около минивинта. Това означава, че за минивинт с оптимален диаметър от 1.6 мм (поради много причини) корените трябва да бъдат на поне 2.6 мм един от друг. Също така трябва внимателно да се оценят състоянието на костта и нагължната ос на съседните зъби при мястото на поставяне.

Основната информация относно упоменатото горък се събира чрез измервания върху модела. Често в помощ може да ни бъде маркирането на вертикалната ос на зъбите и на мукогингивалната линия, в съчетание с клиничните и



Фиг. 2.1. Помощно средство за рентгенографии (рентгенов щифт, FORESTADENT) и ориентирането му в устата спрямо съседните зъбни повърхности.

рентгенографските данни. Това позволява по-добро оценяване на разстоянията, заедно с рентгеновата снимка. В помощ на точното определяне на мястото за поставяне могат да се използват мощни средства при правенето на рентгеновите снимки (Фиг. 2.1). Въпреки че тяхното използване улеснява избора на място за поставяне, те не могат да заменят другите диагностични средства. Това е така, защото в зависимост от ориентирането на рентгеновия тубус, обекта, филма (или сензора), всички рентгенови апарати и образи могат да дават по-големи или по-малки оптически отклонения. Интерпретирането на такива образи от своя страна може да доведе до фалшиво-отрицателни или фалшиво-положителни резултати (Фиг. 2.2 а-с). Затова поставянето на минивинт винаги трябва да се основава на клиничните данни. Ако ще се поставя минивинт в област, в която няма риск от увреждане на корени, нерви или кръвоносни съдове (например в небцето, непосредствено зад трансверзалната линия, свързваща двата канина), позицията на винта може да бъде избрана

свободно (Фиг. 2.3 а-с).

## Поставяне на анестетик

По време на интеррадикулярното поставяне на минивинт чувствителността на пародонталната тъкан на съседните зъби трябва да бъде запазена. Поради тази причина се препоръчват следните две процедури:

а) инжектиране на малка доза от приблизително 0.5 ml анестетик (Фиг. 2.4а и Фиг.2.4б);

б) повърхностно обезболяване на лигавицата в участъка на поставяне, за което е подходящ контактен анестетичен гел (Фиг. 2.5а и Фиг. 2.5б). Няма индикации за помощна упойка при такава процедура.

## Избор на винт

Измерване дебелината на лигавицата (по избор)

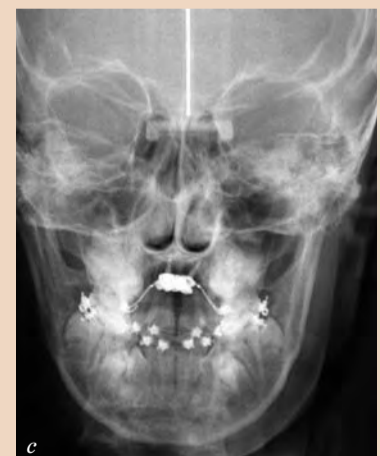
За измерване дебелината на гингивалната тъкан по посоката на поставяне се използва калибрирана сонда с прикрепен към нея гумен ограничител (Фиг. 2.6). Тази информация може да бъде полезна при определянето на окончателната дължина на винта и евентуално при неговото поставяне. При избора на дължина се вземат предвид налична-



Фиг. 2.2 а-с. Най-горната снимка показва първоначалната ситуация. Беше поставен рентгенов щифт между първи и втори квадрант на горна челюст (между 5 и 6 зъб), за да се проучи костният участък, в който ще се постави минивинта. И двата винта бяха поставени по клинично безопасен начин, но рентгеновите снимки показват засягане на съседния корен в десния квадрант, което ни навежда на мисълта, че ситуацията в началото не е интерпретирана правилно.

та кост и дебелината на лигавицата; в ретромолярната област на долната челюст и при небцето дебелината на лигавицата често е повече от 2 мм. Частта от минивинта в костта трябва да бъде поне толкова дълга, колкото частта извън нея. Трябва да се взема предвид обемът на наличната кост.

Дебелината на костта по посоката на → ДТ стр. 6



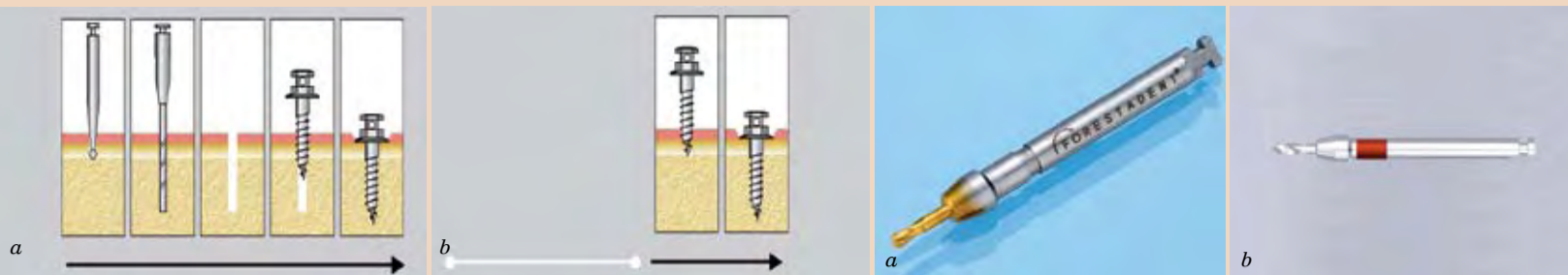
Фиг. 2.3 а-с. На клиничната снимка се виждат поставените палатинално два минивинта в безопасна зона, дистално на трансверзалната линия, свързваща двата канина. Рентгеновите снимки в анфас и профил потвърждават костната опора в мястото на поставяне.



Фиг. 2.4а и Фиг. 2.4б. Цитожект, тип писалка, с игла и карпула с анестетик; въвеждането на анестетика.

Фиг. 2.5а и Фиг. 2.5б. Апарат за контактно обезболяване, тип писалка, с карпула, осъществяване на контактното обезболяване.

Фиг. 2.6. Измерване дебелината на лигавицата по посоката на поставяне (снимка: д-р Пол).



Фиг. 2.7a и Фиг. 2.7b. Диаграма, показваща механизмите на навинтване: саморежещ и самонавинтващ.

Фиг. 2.8a и Фиг. 2.8b. Предварително създаване на улей с 0.4 mm инструмент и ограничителен стоп: Винторез FORESTADENT и tomas-винторез SD DENTAURUM.



Фиг. 2.9. Стерилен мини-винт, доставян с държател (tomas-pin, DENTAURUM).

Фиг. 2.10 a-d. Подготовка на работния комплект и изваждане на навинтващите инструменти.

→ **DI** стр. 5 поставяне определя изискваната дължина на минивинта:

- дебелина на костта > 10 мм: трябва да се използват минивинтове с дължина до 10 мм;
- дебелина на костта < 10 мм и > 7 мм: минивинтове с дължина 8 или 6 мм;
- дебелина на костта < 6 мм: не могат да бъдат използвани минивинтове.

При избора на дължина помагат следните насоки:

- във вестибуларната област на горна челюст: 8 мм или 10 мм;
- в палатиналната област (в зависимост от участъка): 6.8 или 10 мм;
- в долна челюст: обикновено 6 или 8 мм.

**Определяне на типа резба**

Саморежещите минивинтове изискват предварително изборване на улей (нарочно още пилотно изборване), съответстващ на дължината

и диаметъра на винта, както и на качеството на костта. Самонавинтващите се минивинтове намират своя път в костта и не изискват предварително изборване (Фиг. 2.7a и Фиг. 2.7b). Костта е малко или повече еластична, в зависимост от участъка, възрастта на пациента и структурата. Диаметърът на винта, дебелината на кортикалната кост и твърдостта на костта в мястото на въвеждане обаче ограничават случаи-

те, в които този метод може да бъде използван. Без предварително изборване костта ще се компресира силно при въвеждането и ще претърпи свързано с това напрежение. Така може да се стигне до спукване на костта около мястото на поставяне. Когато винтът се навие в костта, той се подлага на високи натоварвания. В зависимост от качеството на костта съпротивлението срещу поставянето и продължителността на ротационното движение, могат да възникнат високи торзионни сили. В областите с дебела кортикална кост и по-рехава костна структура (например горната челюст) се препоръчва използването на самонавинтващи се винтове. В участъците, където кортикалната кост е дебела и костната структура е плътна (например фронта на долна челюст), могат да се използват саморежещи и самонавинтващи се винтове, като при всички случаи първо се перфорира компактата.

Минивинтът трябва да навлезе през гингивалната тъкан, която съответно се перфорира по време на поставянето. Използват се два метода за перфориране на гингивалната тъкан:

- a) ексцизия на гингивалната тъкан; или
- b) директно поставяне на винта през гингивалната тъкан.

За настоящия момент няма публикувани изследвания, които да описват ефектите на тези два метода постоперативно, хистологичните последиствия и/или процентите на загуба на минивинтовете.

**Приготвяне на костния участък**

Предпазването на костта е важен аспект от лечението. Поставянето без предварително изборване създава торзионни напрежения в костта, което може да доведе до постоперативни усложнения. Специално при кристално поставените винтове, разрезването на костта може да доведе до силно експанзиране на периоста. Дебелината на кортикалната кост, особено в долна челюст, може да има значителен ефект върху торка на винта. За да сме сигурни, че винтът няма да се претовари по време на поставянето, компактата във фронта на долна челюст трябва да се перфорира при предварителното изборване на улей, за което говорихме по-горе. Създаването на улей трябва да се осъществява при максимум 1.500 об./мин-1, с къса пилотна фреза и водно охлаждане, за да се намали рискът от увреждане на корена (Фиг. 2.8a и Фиг. 2.8b).

**Въвеждане на минивинта**

Минивинтът трябва да бъде изваден от стерилната опаковка (Фиг. 2.9) или от работния комплект (Фиг. 2.10 a-d),

**Трансгингивално пенетриране**



Фиг. 2.11 a-f. Подготовка на инструментите и машинно въвеждане на два минивинта палатално.



**Химтрейд Комет ООД**  
**САМО ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ**

1612 София  
бул. "Цар Борис III" бл.59  
Тел: 953 13 10, 951 50 33  
e-mail: chimtrd@yahoo.com  
www.chimtrade-komet.com

Поръчки по телефона и on-line

**УТРЕШЕН СТАНДАРТ - ЗАЩО НЕ ДНЕС?**



Твърдосплавни борери - качество от Комет

**Алфа система-Машинна обработка на кореновите канали**





Фиг. 2.12. Свързване на минивинтовете с ортодонтияния апарат. Фиг. 2.13 а-с. Минивинт в устата, при отстраняването му и след заздравителен период от четири седмици.

без да се контаминира. Резбата на винта не трябва да бъде докосвана. Винтът се въвежда при постоянна ротационна скорост (приблизително 30 об/мин) и при възможно най-непроменлив торк.

#### Ръчно поставяне

Производителите предлагат различни държатели за навиване на винтовете и накрайници за ръчното им поставяне. Поради размерите им при дългите инструменти има риск от създаване на много висок торк при въвеждането. Поради тази причина поставянето трябва да бъде осъществявано внимателно, за да се избегне счупването на минивинтовете. Някои системи (например tomas, DENTAURUM и LOMAS, Mondeal) предлагат ограничители на торка, което осигурява определен контрол върху торка при въвеждане.

#### Машинно поставяне

Машинното поставяне изисква хирургичен лечебен юнит (при който торкът може да бъде контролиран) или поне наконечник, работещ на ниски обороти. Изискват се точни настройки на торка и на ротационното движение, което не трябва да надхвърля 30 об/мин<sup>-1</sup>, а торкът трябва да бъде ограничен според максималната граница на натоварване на винта.

Машинното поставяне помага за постигането на постоянен торк при въвеждането, но при него операторът губи усещането на костта. Когато минивинтовете се поставят ръчно, взаимодействието между тях и костта се усеща посредством тактилната сетивност. Машинното поставяне е онагледено на Фиг. 2.11 а-ф.

#### Фиксиране на ортодонтияните свързващи елементи

Тъй като не се изисква заздравителен период, минивинтовете могат да бъдат натоварвани непосредствено след поставянето им. Избраните свързващи елементи трябва да бъдат подготвени според изискванията и фиксирани към главата на винта (Фиг. 2.12). За да се избегне увреждането на зъбите, които ще бъдат придвижвани, натоварването върху свързващите елементи трябва да бъде между 0.5 и 2N (около 50 и 200 g).

#### Основни постоперативни грижи

Заздравяването на гингивалната тъкан и нивото на хигиената след поставянето трябва да бъдат следени регулярно през цялото време, в което минивинтът е в устата. Пациентът трябва да бъде информиран, че трябва да избягва всякакви пипа-

не на винта с пръсти, език, устни и/или бузи, тъй като в противен случай той може да бъде преждевременно загубен.

#### Отстраняване на минивинта

Минивинтът може да бъде отстранен под локално обез-

боляване. След като се свалят свързващите елементи, той може да бъде изваден със същите инструменти, използвани за поставянето. Получената рана не изисква специални грижи и обикновено заздравява за кратък период.

#### Информация за автора

Д-р Бьорн Лудвиг  
Am Bahnhof 54, 56841 Trarbach, Germany  
Tel.: +49 65 41 81 83 81  
Fax: +49 65 41 81 83 94  
И-мейл: bludwig@kieferorthopaedie-mosel.de

## ЕЛИМИНИРА ЗЪБНАТА ПЛАКА

# ELGYDIUM

АНТИБАКТЕРИАЛНА ПАСТА ЗА ЗЪБИ С ХЛОРХЕКСИДИН

## ЗА ЗДРАВИ ВЕНЦИ И ЗДРАВИ ЗЪБИ



За да са здрави вашите зъби е нужно да са здрави вашите венци. ELGYDIUM паста за зъби с Хлорхексидин ефикасно отстранява зъбната плака и осигурява ежедневна защита на Вашите венци и зъби.



PIERRE FABRE  
ORAL CARE

ЕКСПЕРТ В ДЕНТАЛНИТЕ ГРИЖИ

# Дългосрочно изследване върху имедиатно натоварени циркулярни имплантатни конструкции KOS

Деветгодишна статистика на базата на 678 трансгингивално поставени ненавигирани едночастови имплантати KOS

д-р Вернер Мангер,  
д-р Томас Фабрициус

През последните три десетилетия лечебните концепции в денталната имплантология се развива като стандартен терапевтичен метод. През изминалите години разработеният от Бренемарк двуетапен метод с двучастови имплантати се доразви от практиците като методика за имедиатно имплантиране и имедиатно натоварване. При този лечебен подход първо средство на избор са едночастовите имплантати, тъй като тяхното приложение дава много предимства по отношение на методиката на непосредственото натоварване в сравнение с двучастовите имплантатни системи.

Днес са известни две различни възможности за ре-

ализиране на непосредствено натоварване в имплантологията като и в гватта случая дълговото щиниране, съотв. стабилизиране на множествените имплантати чрез протетична конструкция, се явява общ подход ([www.implantfoundation.org](http://www.implantfoundation.org)):

а) от една страна чрез компресионни винтове може да се постигне странично уплътняване на спонгиозните зони на костта, при което веднага се постига един вид кортикализация на спонгиозата и значителна стабилност (прицип на компресионния винт);

б) от друга страна чрез кортикално закомвяне на тънки винтове (биоортотикални винтове, BCS) или базални импланти може да се постигне добра първична стабилност и без наличие на кортикализация по вертикалните зони на имплантатите. Такива имплантат-

ни профили са подходящи не само за непосредствено натоварване, но и за имедиатно имплантиране след екстракция.

Множество публикации (Beckmann & Beckmann, 2005, Knoefler 2004) доказва, че чрез едночастовите винтове имплантати лесно и сигурно могат да се постигнат оптимални резултати (Фиг. 1 и Фиг. 2). Технологията на лечение се отличава с относително опростено минимално инвазивно приложение, както и с ограничена операциялна травма, минималния инфекциозен риск, ниските нива на загуби на имплантати и възможността за непосредствено натоварване след имплантиране. Нови положителни данни се получиха дори и за имедиатно натоварване на моларните зони на горната челюст. Освен това тази стандартизирана опростена им-



Фиг. 1. Клинична картина непосредствено след поставяне на 11 имплантата.



Фиг. 2. Циментираният мост 5 дни по-късно.

плантатна система осигурява на пациентите една финансово приемлива алтернатива, както и високо и дълготрайно качество на живот.

### Материал и метод, подбор на пациенти

Между 1997 и 2006 година в нашата клиника при тотални реконструкции в максиларната и мандибуларната област бяха поставени общо 678 имплантата KOS на 89 челюсти. 87 от пациентите (97.7%) бяха подложени на контролни прегледи. Всички участници в изследването, без изключение, бяха лекувани с циркулярни, неподвижни металокерамични мостове (Фиг. 3). При всеки един случай конструк-

цията, която представляваше монолитен металокерамичен мост, бе поставена в рамките на две седмици след поставянето на имплантите, частично с включване и на естетически зъби и бе циментирана окончателно.

В целия процес на санитарне всички 89 тотални мостови конструкции бяха поставени върху средно  $7,6 \pm 2,3$  (в това число средно  $2 \pm 2,2$  естествени зъби на мост) (Табл. 1). Докато в началото предоставяхме на зъботехниците повече време за работа (понякога повече от две седмици), днес по правило поставяме конструкциите между 2-ри и 7-ми ден постоперативно. Само в случаите с екстракция, с цел постигане на по-добри естетични резултати, прилагаме един модифициран протокол. В тези случаи върху имедиатно поставените импланти поставяме дългосрочно временна конструкция в продължение на месеци и изчакваме до окончателната реконструкция на твърдите и меките тъкани. Ние не поставяме имплантите KOS директно в прясната екстракционна алвеола, а използваме прилежащите здрави обеззъбени участъци за закомвяне на имплантите. За имплантиране директно в алвеола използваме по-скоро BCS имплантати.

Всички винтове имплантати се поставят трансгингивално под локална анестезия и веднага върху тях се фиксира циркулярен пластмасов временен мост. Всички интервенции се извършват в амбулаторни условия в едно посеще-

Таблица 1. Обзор на пациентските данни и терапевтичните детайли.

Характеристики	ср. с-ти	+StA	област
Възраст (в години)	58.0 ± 10.1		33 - 82
Време на проследяване (в месеци)	34.2 ± 33.6		1 - 110
Имплантати (на челюст)	7.6 ± 2.3		3 - 12
Естествен зъби (на челюст)	2.0 ± 2.2		0 - 7
	N	%	
Пол (мъжки)	47	52.8	
Смесена челюст (зъб/имплантат)	52	58.4	
Обобщени данни (n = 89) 87*	87*	97.8	

\*2 пациенти не се явиха за контролен преглед

Таблица 2. Разпределение на използваните типове имплантати.



**INDEDENTAL**   
the **implant.com**pany

Имплантологични системи за имедиатно натоварване



W&H Bulgaria Ltd.  
91 Pirin Str., Office Nr. 6  
1680 Sofia, Bulgaria

t +359 (0)2 854 95 65; +359 (0)2 854 95 66  
f +359 (0)2 854 95 90  
office.bg@wh.com, wh.com



Certificate №368441



ние и поради това могат да бъдат класифицирани като последователна серия от случаи. Средната възраст на пациентите е  $58 \pm 10,1$  години. Най-младата пациентка е на 33 години, а най-възрастният – на 82 години. 47 от лекуваните пациенти са мъже, а 42 – жени. 71 от 89-те пациенти (79,7%) са непушачи. Броят на интегрираните в конструкциите естествени зъби е средно  $2 \pm 2,2$ , като това бе извършено в общо 52 (от 89) челюсти. В 37 случая са реконструирани беззъби челюсти, т.е. 41,6% от пациентите са лекувани с чисто имплантно базирани мостове (Табл. 1). Общият период на проследяване в изследването бе между 1 и 110 месеца (9,2 години). Средният период на наблюдение възлезе на 34 месеца (2,83 години), при което 2,3% от пациентите не можаха да бъдат открити за контролен преглед. От 678 имплантирани компресионни винтове 67% са тип KOS-B (огъващи се), 17% тип KOS-A (ангулирани), а 16% са тип KOS (прави) (Табл. 2, Фиг. 4). 86% от имплантите са поставени в горна челюст, съответно 14% - в долна челюст. 52% ( $n=354$ ) са поставени във фронталната област, 42% ( $n=283$ ) – в премоларната, съотв. моларната област; 6% ( $n=41$ ) от компресионните винтове са имплантирани в туберните зони. Специалната техника на поставяне (машично или ръчно) в туберната област бе наскоро разработена и приложена, като до този момент ние се въздържахме от имплантиране в зони, дистално от екстензираните максиларни синуси, а изработвахме мостове с дистално висящи мостови тела в областта на първите молари.

Това беше възможно, тъй като в голяма част от случаите ние поставихме ангулирани KOS винтове в областта на 2-рите премолари, с което преодоляхме синусните кухини. Същевременно чрез големия брой на

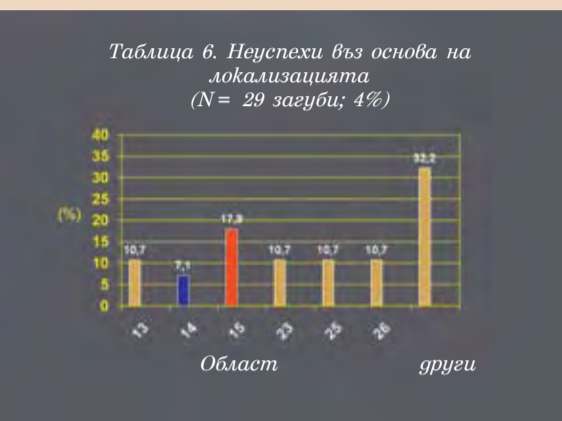
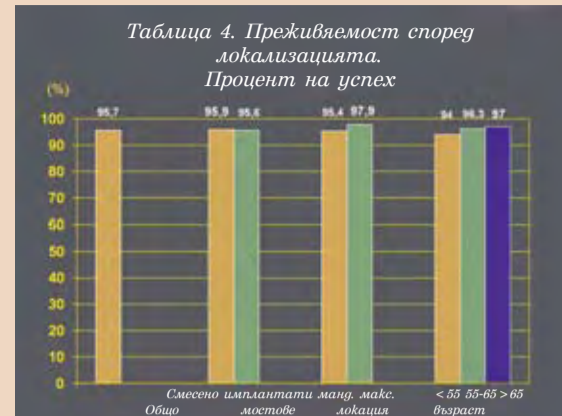
имплантите във фронталната област постигнахме добра антериорна стабилизация за дисталната зона (Табл. 3). При всички случаи са направени ОПГ и са проведени клинични контролни прегледи. Последните, както и анализът на резултатите, се извършваха в клиниката, където са провеждани и първичните манипулации, но не от самите опериращи. Клиничната оценка е изработена от зъболекари, които допълнително анализираха и панорамните снимки по отношение на промени във вертикалното костно ниво.

### Резултати

Общата имплантологична „преживяемост“ на всички винтове KOS в това изследване бе 95,7%. Не бяха установени съществени различия между чисто имплантно носените конструкции (95,9%) и хибридните конструкции (95,6%). При максиларните импланти успеваемостта възлиза на 95,4% - незначително по-малка (и отново на високо ниво) от тази на мандибуларните импланти 97,9% (Табл. 4).

Разпределението и анализът на успеваемостта според трите възрастови групи се разпределя по следния начин: в групата до 55 години – 94%, от 55 до 65 години – 96,3% и над 65 години – 97% имплантна „преживяемост“ (Табл. 4). Общият брой на имплантологичните неуспехи бе 4,3% ( $n=29/678$ ). От тях – 2,5% ( $n=17$ ) бяха отхвърлени в ранната постоперативна фаза до момента на циментиране на окончателната конструкция. Само 1,8% ( $n=12$ ) от загубите са регистрирани в късна фаза (Табл. 5).

Три неуспеха (0,44%) се дължаха на фрактура на имплантата. Една фрактура възникна под неподвижната конструкция вследствие загуба на един зъб, в два от случаите се фрактурираха KOS-B импланти по време на навиването им. Информацията относно локали-



зацията на всички 29 загубени имплантата може да намерите в Таблица 6. Най-ниска квота на неуспех имат имплантите с локация 14 – с 7,1% от общите загуби, а най-висока – при локация 15-18%. При локация 13, 23, 25 и 26 неуспехът бе 10,7%. Почти 1/3 (32,2%) от имплантологичните неуспехи представляват загуба на единични импланти в групи 9 зони, различни от горепосочените. При 22 имплантата (3%) рентгенологично постоперативно се установи загуба на вертикална/хоризонтална кост повече от 3 мм. В тези случаи се установиха клинични белези на периимплантит.

### Дискусия

В настоящото изследване бяха изследвани случаи с относително равен брой импланти, поставени в премоларната зона (42%) и в областта на моларите (6%), както и в областта на фронта (52%), при което 86% са имплантации в горна челюст (Табл. 3).

Въз основа на експертно

мнение и многобройни проведени и публикувани изследвания и статии (Attard and Zarb, 2005; becker et al., 2003; Bergkvist et al., 2005; Derbabian and Simonian, 2005) до публикацията на консенсусната декларация относно непосредственото натоварване на имплантите (International Implant Foundation, 2008) професионалната общност се придържа към становището на 1. Европейска Консенсусна Конференция (BDIZ, 2006), като се приемаше, че дисталната горна челюст е рисковата зона поради лошо качество на костта.

Нашите резултати показват обаче, че в моларната и премоларна област на максилата също могат да се постигнат високи нива на успеваемост при непосредствено натоварване на имплантите, сравними с другите налични данни. За целта е нужно да се спазят някои основни принципи като имедиатна имобилизация на мостоносителите и дефинитивна конструкция чрез блокиране на им-

плантите с неподвижни дългово стабилизирани мостове или блок на минимум 3-4 здрави носителя за всеки челюстен сегмент в рамките на 3 до 12 дни.

По въпроса за индикациите следва да се отбележи, че желанието на пациентите за незабавно натоварване само по себе си е вече индикация за този метод. Следователно отказ от незабавното натоварване може да има само при действителни общомедицински противопоказания за всеки отделен субект. В такива случаи желанията на пациентите не съответстват на повишения медицински риск, като понякога дори и тогава решение следва да се взема при съобразяване с нагласите на пациентите. Ясно трябва да се каже, че напълно информираният за всички алтернативи пациент може сам да прецени баланса между риска и шанса за успех и да вземе решение. Изследването показва, че практически във всички области на горна и долна челюст е възможно да се

→ DT стр. 10



e-mail: [ankatzarova@abv.bg](mailto:ankatzarova@abv.bg), [www.akatzarova.com](http://www.akatzarova.com)

ОФИЦИАЛЕН ВНОСИТЕЛ НА  
Промоционални оферти Kerr



Herculite XRV Ultra Intro Kit наноккомпозит  
+ подарък – Herculite Ultra Mini Kit

Herculite XRV Blue Bag шприци 2 x 5г + OptiBond Solo  
Plus 3ml или + 1 шприца x 5г

Premise Flowable наноккомпозит течен –  
шприци 2 x 1,7г + 1 шприца x 1,7г



399.00 лв.



Herculite XRV Blue Bag



90.00 лв.

Herculite XRV Blue Bag



90.00 лв.



78.00 лв.

ET Анка Кацарова, София – Магазини:

ул. Стефан Караджа 5  
тел. 02/ 981-07-78

бул. Скобелев 11  
тел. 02/ 952-63-28

ул. Буная 8  
тел. 02/ 944-63-97