СПЕЦИАЛНО ПРИЛОЖЕНИЕ „Усмивка на годината 2009”

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 осъществи с любезното съдействие на ГлаксоСмитКлайн Кънсюмър Хелткеър (GlaxoSmithKline Consumer Healthcare). През целия април над 1700 лекари по дентална медицина от цялата страна преглеждаха 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 оттук 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 д-р Николай Шарков – председател на БЗС. Информация за населените места, имената и телефоните на доброволците - лекари по дентална медицина, които участват в месеца, можеше да бъде получена на официалната уеб страница на БЗС. Събитието бе съпътствано от национална телевизионна кампания, която имаше за цел да информира българската общественост за инициативата. DT

www.dental-tribune.com

Практика

Минивинтове – фокална точка в практиката

Втора част от серия 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

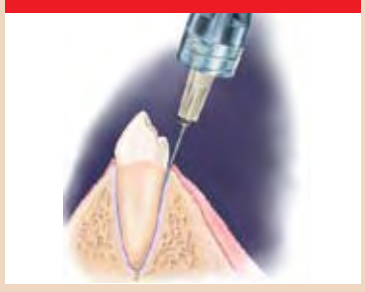
Изследвания

Дългосрочно изследване върху имедиатно натоварени циркулярни 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 дъга – историко-клиничен обзор

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

▸ стр. 20

Д-р Иван Горялов, д-р Николай Папанов и д-р Боян Владимиров от гр. Пловдив са носители на голямата награда в конкурса «Усмивка на годината 2009». Победилият 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: д-р Иван Горялов, пациентката, чиято усмивка победи, и д-р Николай Папанов).

Ако държите 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 оставяме 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. Дидие Диечи в София;

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

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

НАШИЯТ СЪВЕТ ЗА ПРАВИЛЕН ИЗБОР:

Информация, информация, информация...

Проучете 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, деловият 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 всичко или всички наоколо да ни пречат. Повечето психотренинги учат как 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 протегнатата 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, променението 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 шепти в ухото: „Дишай!", докато всички крещят 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 извора и да си жаден.

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

Не ни вярвайте, ако сме ви прозвучали назидателно. Целта ни не е да натриваме ничии 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

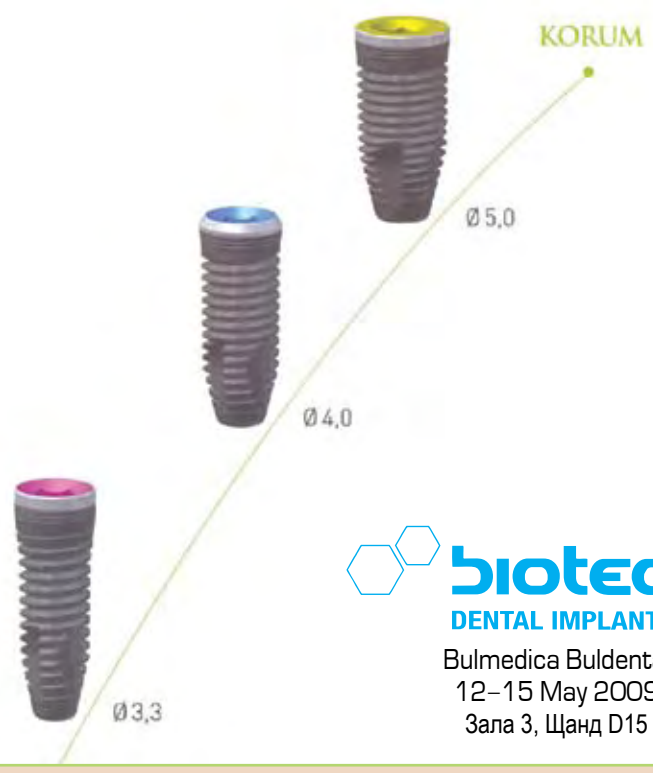
Дворец на Културата и Спорта, Варна
(6.05 -9.05.2009 г.)

Булдентал – Интер експо център

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

Очакваме Ви!

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 имплантология. 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.

biotec DENTAL IMPLANTS
Bulmedica Buldental
12–15 May 2009
Зала 3, Щанд D15

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

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. Липа 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
д-р Владимир Аишков

Отговорен редактор
д-р Надежда Куюмджиева

Консултанти
д-р Красимир Недевски
д-р Дора Кишкилова
д-р Ивелин Атанасов

Дизайн и предпечат
Жасмина Стоянова

Превод
д-р Надежда Куюмджиева
д-р Светослав Петков

Коректор
Долорес Мешулам

Офис организатор
Михаила Иванова

Автори в броя
д-р Николай Николов
д-р Габриел Давид
д-р Бьорн Лудвиг
д-р Бетина Гласл
д-р Томас Лийт
проф. Йорг А. Лисон
д-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 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.

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 ангажименти пътуване до морската ни столица, за да станете част от тези прояви.

Специални гости на конгресите ще бъдат Президентът на Световната стоматологична асоциация (FDI) – д-р Роберто Виана, Президентът на Бразилската дентална асоциация (ABO) и съветник на Президента на FDI – д-р Норберто Любиана, Президентът на европейската секция на FDI (ERO FDI) – д-р Герхард Сеебергер, Президентът на Съвета на европейските зъболекари (CED) – д-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 д-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 Български 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 делегати 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 медицина на Балканите; да насърчи приятелството и сътрудничеството между лекарите по дентална медицина в този регион и др.

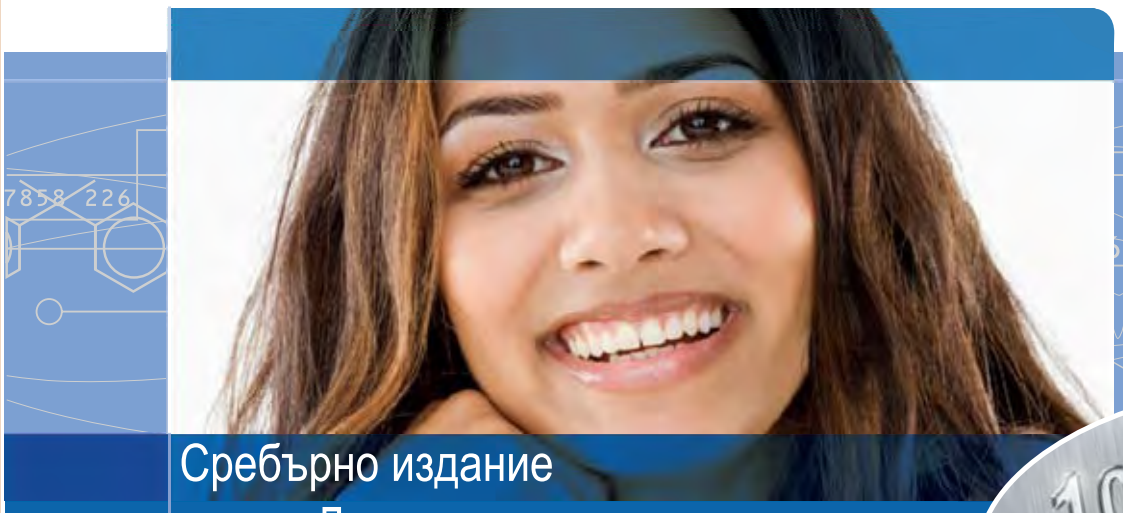
14-ият конгрес на BaSS, съчетан с 9-ия научен конгрес на БЗС е част от програмата за продължаващо обучение на Световната зъболекарска федерация (FDI) за 2009 година.

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

Източник: www.bzs.bg DT

Filtek™ Z250

Универсален възстановителен материал



Сребърно издание
Дългогодишен клиничен успех

10 години
доказани резултати

Стоматолози от цял свят се доверяват на този продукт.
Не е изненада, че всяка година с Filtek Z250 се прявят 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 стилен 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

THE DENTAL ADVISOR +++++

Filtek™ Z250
Универсален възстановителен материал

3M ESPE

София 1766, България, Бизнес Парк София, сграда 4, тел.: 02 960 19 11, факс 02 960 19 26
innovation.bg@mmm.com, www.3mespe.com

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

Опаковъчна машина

sirona
Германия

DAC Professional
автоклав - клас B

DAC Universal
за смазване и автоклавиране

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

FOSHION
Китай

ПОДАРЪК - Опаковъчна машина и Дестилатор

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

Sikerma Китай

Калцунообувачки

Prestige Medical
Великобритания

Class B Autoclave
16 Lit. / 22 Lit.

class N - 9 Lit.

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

PASTELLI
Италия

BANDELIN
Германия

Ултразвукови вани

FARO Италия

Миялна машина

Автоклав SHARK - клас B

R&K
MEDICAL DEPOT R&K Ltd.

София 1632, кв. Овча купел 1, бул. Президент Линкълн 52,
тел. (02) 80 52 500; ф. 956 03 99
Пловдив, ул. Ф. Македонски 29, ет.4, тел./факс (032) 64 31 01
Варна, ул. Любен Каравелов 77, тел./факс (052) 65 50 35

www.ddrk.911.bg
e-mail: ddrk@911.bg

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

Sirona C8+

sirona
the dental company

Дентални юнити - Германия
отстъпки и промоции
на щанда ни по време
на изложението

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

A7 Plus

R7

orthos cefla dentale

Дентални юнити - Италия
отстъпки и промоции
на щанда ни по време
на изложението

BULMEDICA BULDENTAL 12-15 May 2009, Интер Експо Център - София, **Зала 3 - Щанд B1**

ASSODONT

НОВО!
От IDS - Кьолн
Много добро качество и дизайн
на изключително добра цена

Дентални юнити - Италия
отстъпки и промоции
на щанда ни по време
на изложението

R&K
MEDICAL DEPOT R&K Ltd.

София 1632, кв. Овча купел 1, бул. Президент Линкълн 52,
тел. (02) 80 52 500; ф. 956 03 99
Пловдив, ул. Ф. Македонски 29, ет.4, тел./факс (032) 64 31 01
Варна, ул. Любен Каравелов 77, тел./факс (052) 65 50 35

www.ddrk.911.bg
e-mail: ddrk@911.bg

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 микровинт е много проста и бърза лечебна процедура. Въпреки че съществуват няколко метода, с които се постигат добри резултати, успешното 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

Предоперативно 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 перфориране с винта.

Препариране на костта:
- маркиране по избор на костта;
- перфориране 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:
- документиране на лечението;
- назначаване на контролни посещения.

Отстраняване на микровинта:
- отстраняване на свързващите елементи;
- отстраняване на микровинта.

Общи данни относно поставянето

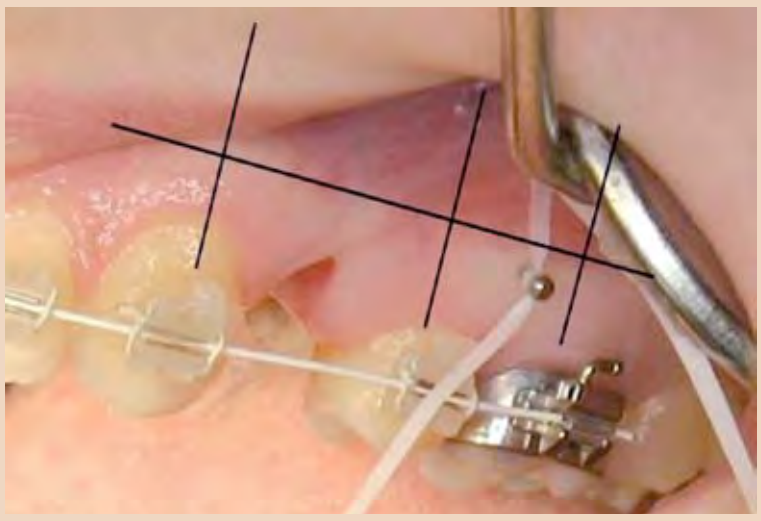
Акуратното предоперативно планиране е основно изискване за успешното лечение с минивинтове. То включва изчерпателна анамнеза и правилна оценка на снетите данни. Важно е на този етап да се обясни подробно на пациента планираното лечение.

За цялата процедура трябва да е осигурена необходимата хигиена, със съответната подготовка на дентална 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 жабури 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 оперирацият зъболекар.

Предоперативно 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 интеррадикуларно 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) кореният трябва да бъдат на поне 2.6 мм един от друг. Също така трябва внимателно да се оценят състоянието на костта и надлъжната ос на съседните зъби при мястото на поставяне.

Основната информация относно упоменатото дотук 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 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 помощни 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 дадат 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 a-c). 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 a-c).



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

Поставяне на анестетик

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

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

b) повърхностно обезболяване на лигавицата в участъка на поставяне, за което е подходящ контактен анестетичен гел (Фиг. 2.5a и Фиг. 2.5b). Няма индикации за по-мащабна упойка при такава процедура.

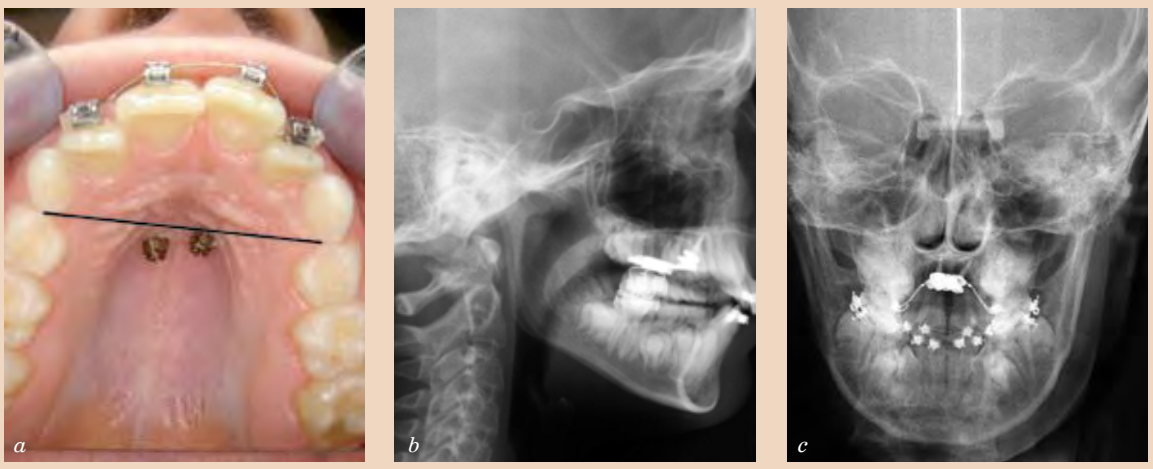
Избор на винт

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 наличната кост и дебелината на лигавицата; в ретромоларната 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 взима предвид обемът на наличната кост.

Дебелината на костта по посоката на → DT стр. 6

Фиг. 2.2 a-c. 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.

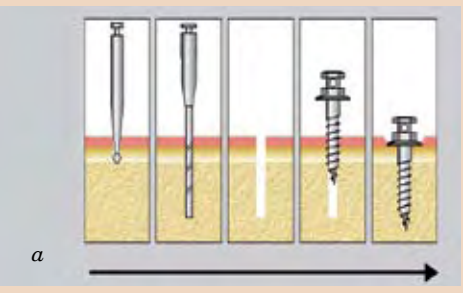


Фиг. 2.3 a-c. На клиничната снимка се виждат поставените палатинално два минивинта в безопасна зона, дистално на трансверзалната линия, свързваща двата канина. Рентгеновите снимки в анфас и профил потвърждават костната опора в мястото на поставяне.

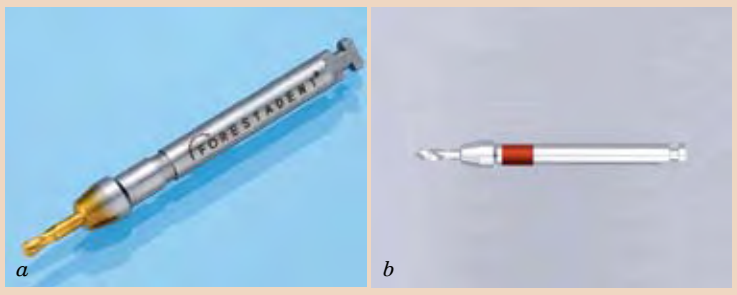
Фиг. 2.4a и Фиг. 2.4b. Цитоджект, тип писалка, с игла и карпула с анестетик; въвеждането на анестетика.

Фиг. 2.5a и Фиг. 2.5b. 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).

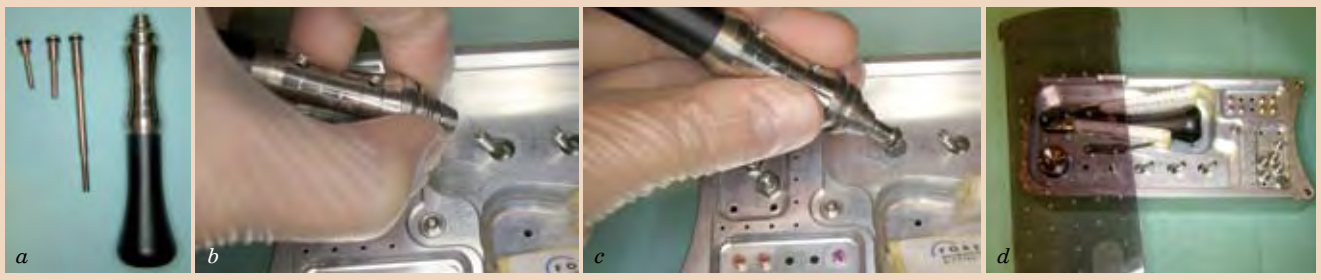


Фиг. 2.7a и Фиг. 2.7b. Диаграма, показваща механизмите на навинтване: саморежещ и самонавинтващ.



Фиг. 2.8a и Фиг. 2.8b. Предварително създаване на улей с a4 mm инструмент и ограничителен стоп: Винторез FORESTADENT и tomas-винторез SD DENTAURUM.

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



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

→ DT *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 (нарично 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 случаите, 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 комактата.

Трансгингивално пенетриране

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.

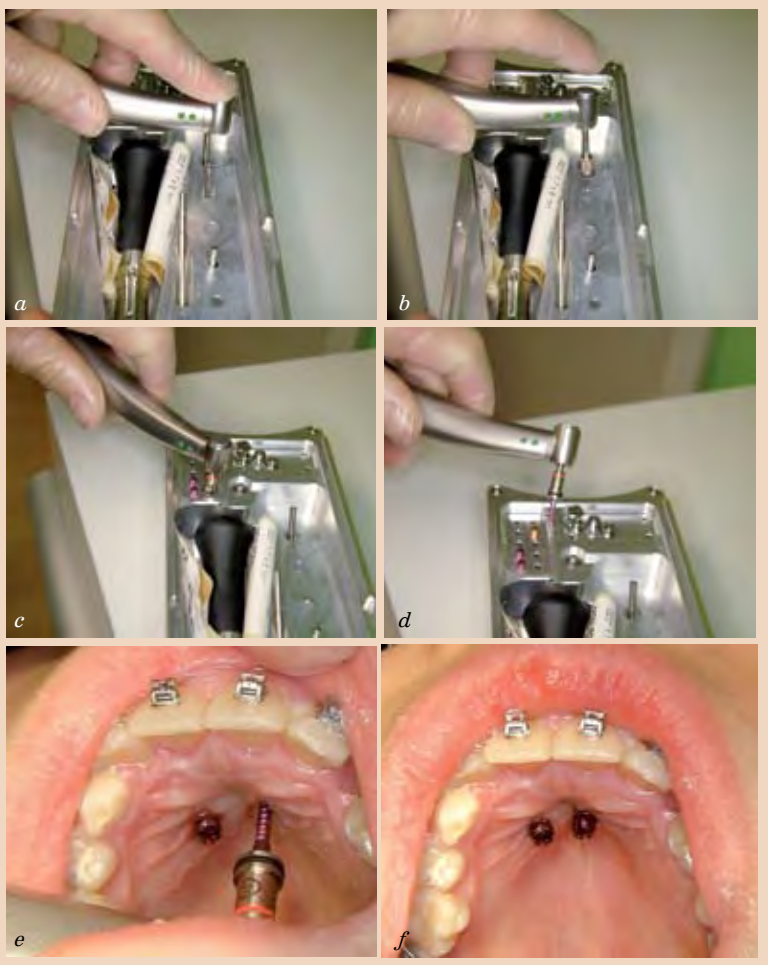
За настоящия момент няма публикувани изследвания, които да описват ефектите на тези два метода постоперативно, хистологичните последствия и/или процентите на загуба на минивинтовете.

Препариране на костния участък

Предназначението 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 крестално поставените винтове, разместването 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),



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

Комет ®
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
УТРЕШЕН СТАНДАРТ - ЗАЩО НЕ ДНЕС?
Поръчки по телефона и on-line
Твърдосплавни борери - качество от Комет
Алфа система-Машинна обработка на кореновите канали

Фиг. 2.12. Свързване на минивинтовете с ортодонтския апарат.

Фиг. 2.13 a-c. 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$^{-1}$, а торкът трябва да бъде ограничаван 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 a-f.

Фиксиране на ортодонтските 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 всякакво напиране 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 обезболяване. След като се свалят свързващите елементи, той може да бъде извадена със същите инструменти, използвани за поставянето. Получената рана не изисква специални грижи и обикновено заздравява за кратък период. DT

Информация за автора

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

Дългосрочно изследване върху имедиатно натоварени циркулярни имплантатни конструкции KOS

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

д-р Вернер Мандер, д-р Томас Фабрициус

През последните три десетилетия лечебните концепции в денталната имплантология се развиха 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 реализиране на непосредственото натоварване в имплантологията като и в двата случая дъговото щиниране, съотв. стабилизиране на множествените имплантати чрез протетична конструкция, се явява общ подход (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 закотвяне на тънки винтови (биокортикални винтове, BCS) или базални импланти може да се постигне добра първична стабилност и без наличие на кортикализация по вертикалните зони на имплантатите. Такива имплантатни профили са подходящи не само за непосредствено натоварване, но и за имедиатно имплантиране след екстракция.

Множество публикации (Beckmann & Beckmann, 2005, Knoefler 2004) доказаха, че чрез едночастовите винтови 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 ограничената операционна 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 имплантатна система осигурява на пациентите една финансово приемлива алтернатива, както и високо и дълготрайно качество на живот.

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

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

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.
Типове KOS – разпределение (N = 678)

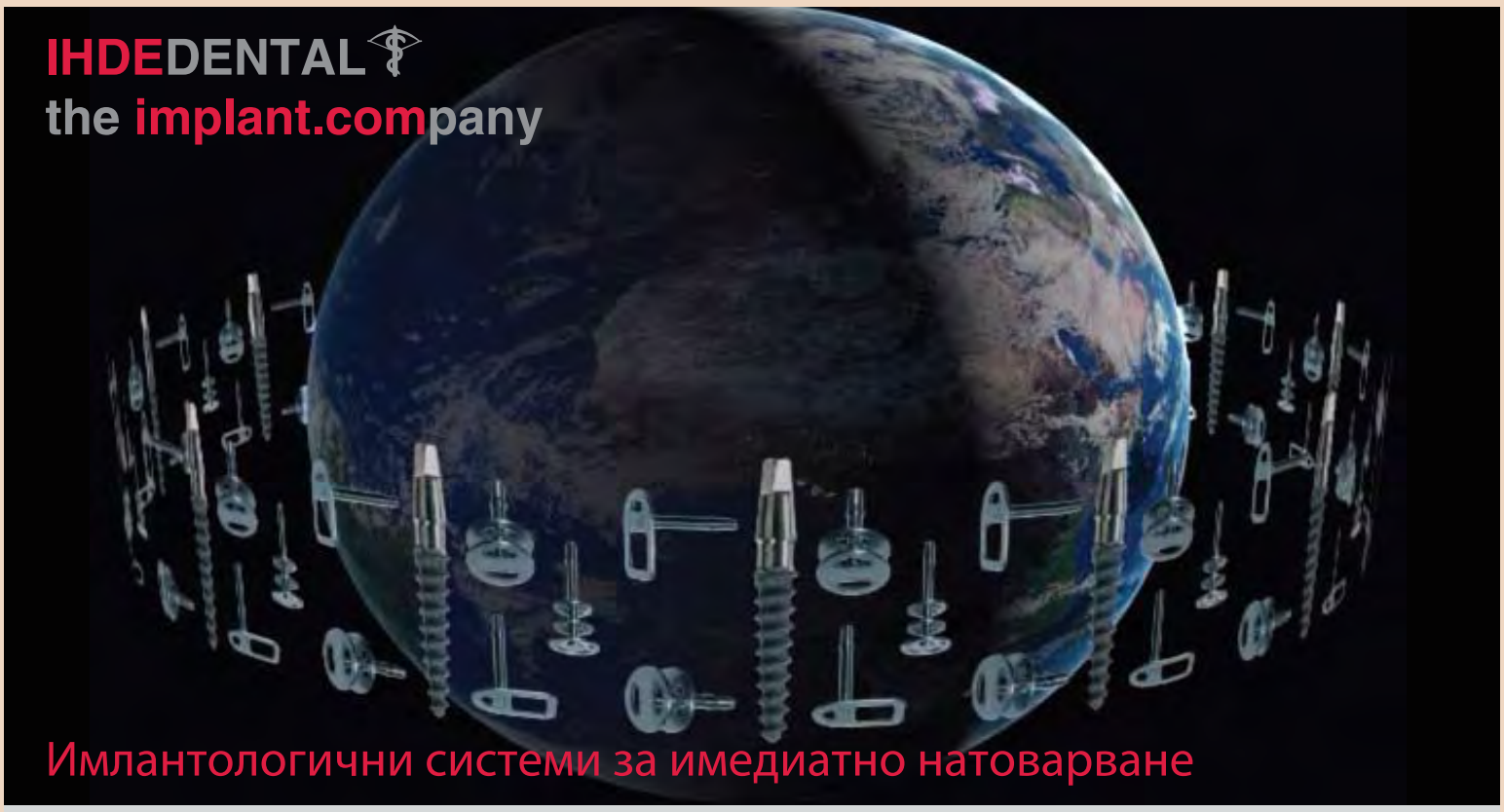
A = ангулирани 17%
B = огъващи се 67%
S = прави 16%

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

В целия процес на саниране всички 89 тотални мостови конструкции бяха поставени върху средно 7,6 ± 2,3 (в това число средно 2 ± 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 екстракции, 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 закотвяне на имплантите. За имплантиране директно в алвеолата използваме по-скоро BCS имплантати.

Всички винтови 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-



ние и поради това могат да бъдат класифицирани като последователна серия от случаи. Средната възраст на пациентите е 58 ± 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 ± 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 имплантатно 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 имплантатите 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 (машинно или ръчно) в туберната област бе наскоро разработена и приложена, като до този момент ние се въздържахме от имплантиране в зони, дистално от екстензирани 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 преодолявахме синусните кухини. Същевременно чрез големия брой на имплантатите във фронта 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 оперирващи. 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 имплантатно носените конструкции (95,9%) и хибридните конструкции (95.6%). При максиларните имплантати успеваемостта възлиза на 95,4% - незначително по-малка (и отново на високо ниво) от тази на мандибуларните имплантати 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% имплантатна „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 контструкция. 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 имплантати по време на навиването им. Информация относно локализацията на всички 29 загубени имплантата можете да намерите в Таблица 6. Най-ниска квота на неуспех имат имплантатите с локация 14 – с 7,1% от общите загуби, а най-висока – при локация 15-18%. При локализации 13, 23, 25 и 26 неуспехът бе 10,7%. Почти 1/3 (32,2%) от имплантологичните неуспехи представляват загуба на единични имплантати в други 9 зони, различни от горепосочените. При 22 имплантата (3%) ретгенологично 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 имплантати, 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 имплантатите (International Implant Foundation, 2008) професионалната общност се придържаше към становището на 1. Европейска Консенсусна Конференция (BDIZ, 2006), като се приемаше, че дисталната горна челюст е рискова 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 имплантатите, 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 имплантатите с неподвижни дъгово 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 взима 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 показа, че практически във всички области на горна и долна челюст е възможно да се

→ DT стр. 10

Таблица 3: Разпределение на имплантатите по области
Поставени имплантати (N = 678)

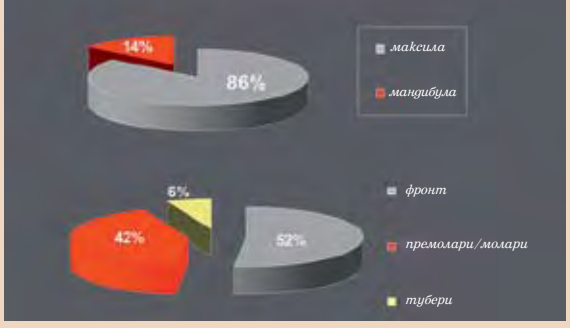


Таблица 4. Преживяемост според локализацията.
Процент на успех

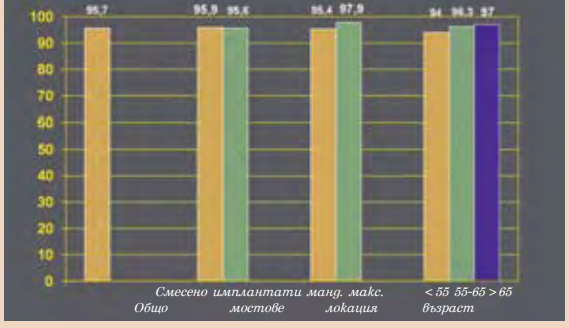


Таблица 5. Неуспехи въз основа на времевия фактор
Неуспехи

Таблица 6. Неуспехи въз основа на локализацията
(N = 29 загуби; 4%)

ЕТ АНКА КАЦАРОВА e-mail: ankatzarova@abv.bg, www.akatzarova.com

ОФИЦИАЛЕН ВНОСИТЕЛ НА Kerr

Промоционални оферти Kerr

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

399.00 лв.

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

90.00 лв.

90.00 лв.

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

78.00 лв.

ЕТ 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