

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Bulgarian Edition

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 Хелткеър (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, 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.

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 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 – 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. Подробностите 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. Дигие Диечи в София;

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

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

НАШИЯТ СЪВЕТ ЗА ПРАВИЛЕН ИЗБОР:

Информация, информация, информация...

Прочетете 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 психотренинзи 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 протежната ръка, която иска да те издърпа нагоре, е твърде голяма.

Промяната винаги идва отвътре. Леко да помръднеш съзнанието, малко да пречушиш 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 качествен 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 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 извора и да си жаден.

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

Не ни вярвайте, ако сме ви прозвучали наиздателно. Целта ни не е да натриваме нищи 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
 тел./факс: + 359 2/ 963 000 9
 office@dental-tribune.net
 www.dental-tribune.net
 www.dental-tribune.com
 Управител
 Уляна Винчева
 Главен редактор
 г-р Владимир Ашукоев
 Отговорен редактор
 г-р Надежда Куюмджиева
 Консултант
 г-р Красимир Невески
 г-р Дора Кишкимова
 г-р Ивелин Аманасов
 Дизайн и преглед
 Жасмина Стоянова
 Превод
 г-р Надежда Куюмджиева
 г-р Светослав Пенков
 Коректор
 Долорес Мешулам
 Офис организатор
 Михаела Иванова
 Автори в броя
 г-р Николай Николов
 г-р Габриел Давид
 г-р Бьорн Лудвиг
 г-р Бетина Глас
 г-р Томас Лийт
 проф. Йорк А. Лисон
 г-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 авторско право на Dental Tribune International GmbH. Всички права запазени. Публикувано с разрешение на Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, 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 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
CONSUM PHARM
 1164 Sofia, Bulgaria, 5 Malusha Str.
 tel/fax: +359 963 23 02 +359 2 866 46 88
 e-mail: office@consumpharm.com

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

Опаковъчна
машина



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 €



ПОДАРЪК - Опаковъчна машина и Дестилатор

FGSHION
Китай



Sikerma
Китай



Калцунообувачки



Prestige Medical
Великобритания

Class B Autoclave
16 Lit. / 22 Lit.



class N - 9 Lit.



BANDELIN
Германия



Ултразвукови вани



FARO
Италия

Миялна машина



Автоклав SHARK - клас В



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



Sirona C8+



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



A7 Plus

R7



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



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



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 микро-винт е много проста и бърза лечебна процедура. Въпреки че съществуват няколко метода, с които се постигат добри резултати, успешно-то 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
Прегореперативно 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:

- ексизия на лигавицата или перфорирание с винта.

Препариране на костта:

- маркиране по избор на костта;
- перфорирание 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

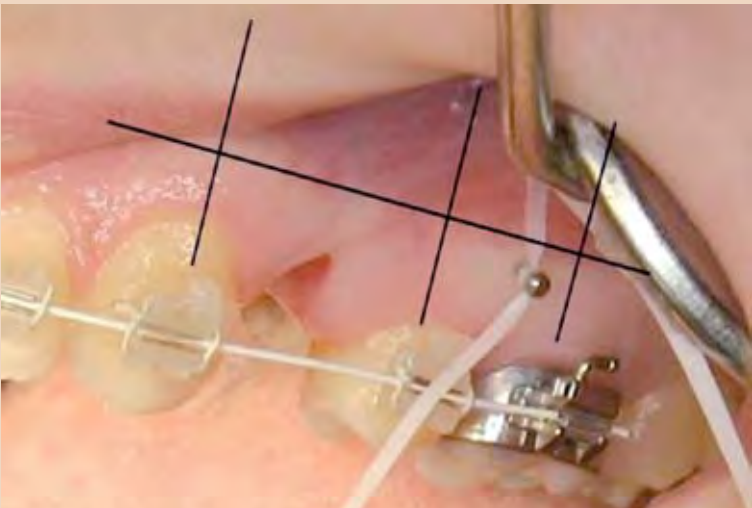
Акуратното прегореперативно планиране е основно изискване за успешното лечение с минивинтове. То включва изчерпателна анамнеза и правилна оценка на сметите данни. Важно е на този етап да се обясни подробно на пациента планираното лечение.

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.

Прегореперативно 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) 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 горџук 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 тѳубус, 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 интеррадикуларното поставяне на минивинт чувствителността на пародонталната тъкан на съседните зъби трябва да бъде запазена. Поради тази причина се препорѳчват 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 участѳка на поставяне, за което е подходящ контактен анестетичен гел (Фиг. 2.5а и Фиг. 2.5б). Няма индикации за помѳщаѳна упоѳйка 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 зѳб), за да се проучи костният участѳк, в който ще се постави минивинта. И двата винта бѳха поставени по клинично безопасен начин, но рентгеновите снимки показват засѳгане на съседния корен в десния квадрант, което ни навежда на мисѳлата, 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 взима предвид обемът на наличната кост.

Дебелината на костта по посоката на

→ ДТ стр. 6



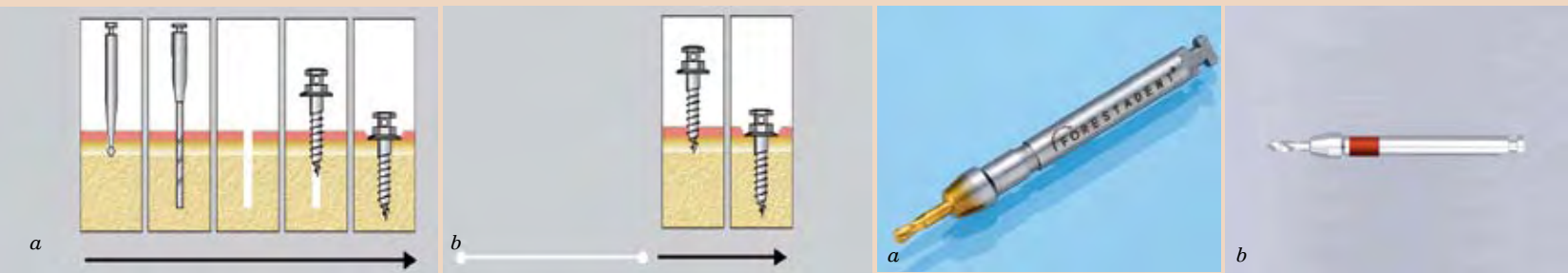
Фиг. 2.4а и Фиг. 2.4б. Цитоджект, тип писалка, с игла и карпула с анестетик; въвеждането на анестетика.



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

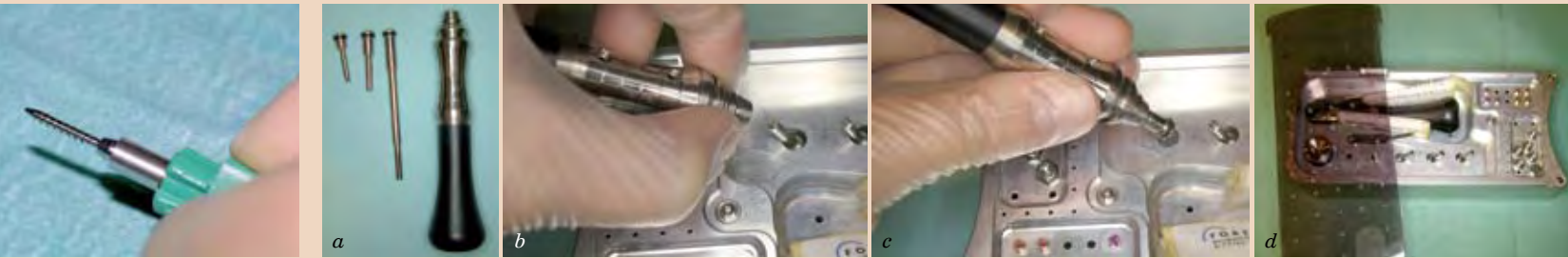


Фиг. 2.6. Измерване дебелината на лигавицата по посоката на поставяне (снимка: д-р Пол).



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 мини-винт, 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 (наричано 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-

ме, 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 компактната.

Трансгингивално пени-триране



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

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.

Препариране 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, компактната 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),



Химтрейд Комет ООД
САМО ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ

УТРЕШЕН СТАНДАРТ -
ЗАЩО НЕ ДНЕС?

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

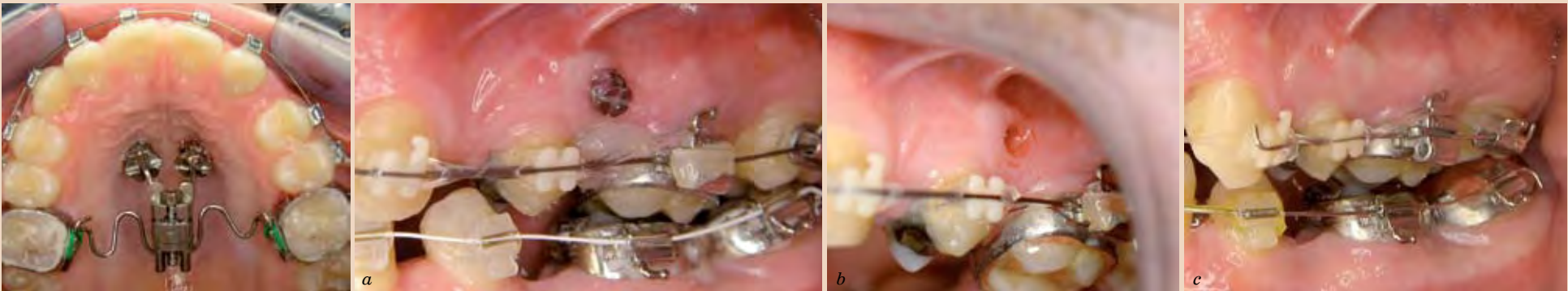
Поръчки по телефона и on-line



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⁻¹, 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 чувствителност. 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 нап

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-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.

ЕКСПЕРТ В ДЕНТАЛНИТЕ ГРИЖИ

PIERRE FABRE ORAL CARE

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 развиваха като стандартен терапевтичен метод. През изминалите години разработеният от Бренемарк двучастов имплантат 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 реа-

лизиране на непосредствено натоварване в имплантологията като и в двата случая дълговото щипване, 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 заковчване на тънки винтове (биокортикални 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) доказаха, 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 оперативна 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 санирание 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 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 заковчване 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-

Таблица 1. Обзор на пациентските данни и терапевтичните детайли.

Характеристики	ср. е-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)



IHDE DENTAL the implant.company

Имлантологични 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 непущачи. 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 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 преодоляхме 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 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 8 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 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 имплантати по време на навиването им. Информация относно локали-



зацията на всички 29 загубени имплантата може 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 локализация 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%) 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 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 стамуи (Attard and Zarb, 2005; becker et al., 2003; Bergkvist et al., 2005; Derbabian and Simonian, 2005) го публикацията на консенсусната декларация относно непосредственото натоварване на имплантатите (International Implant Foundation, 2008) професионалната общност се придържае към становището на 1. Евронеиска Консенсусна Конференция (BDIZ, 2006), като се приемаше, че густалната горна челюст е рускова зона поради лошо качество на космта.

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 мостовосъединителите и дефинитивна конструкция чрез блокиране на им-

плантатите 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 решението 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

→ ДТ *стр. 10*