

Български ЗЪБОЛЕКАР

(брой 4 (20), декември 2017)



Електронен вестник
на Сдружението
на българските зъболекари

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА РЕДАКТОРА

20 ГОДИНИ СБЗ

През 2017 г. се навършиха 20 години от създаването на Сдружението на българските зъболекари. То е първата и все още най-голямата свободна организация на зъболекари в България, доказала смисъла от съществуването на алтернативи в дирижираното здравеопазване в нашата татковина. В България, а в последните години и в така наречения демократичен свят, видяхме, че лесно се дирижира обществено мнение, как се печелят избори /на всякакви нива, включително и съюзно/ и как се ражда номенклатура /включително в здравеопазването/.



От дете съм се самовъзпитавал в невярване на световни заговори и предопределеност и във вяра в силата на индивида, който търси себеподобния интелект, за да се съизмери и сдружи с него. И сега, в зрялата ми възраст, не изневерявам на това си верую. Индивидуализмът и натовареността на професията ни не предполага време за активна обществена дейност, а и схемата добър зъболекар – добър управленец на общопрофесионални дела като че ли никога не е сработвала. Но тези дела, дали с нас или въпреки нас, съществуват, извършват се по определени



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ

ПАРТНЬОРИ

AXIS SWISS QUALITY



mis[®] BULGARIA
www.labtechnology-bg.com



BulDent
Pharmaceutical & Dental Care

КРИС 95

Елана Фонд Мениджмънт

Medical Depot R&K
Стоматология, медицина, проектиране

РОМИ ДЕНТ

механизми и реално работещият не участва в тяхното управление. Най-много да се възмутим от това, което „Те“ са направили и да откоментираме как бихме го направили „Ние“, особено ако сме и с чаша в ръка... И дотук...

Смисълът на тези редове не е призив за революция, а за достойно поведение. Това е и смисълът на СБЗ. В последните години с радост констатирам, че много от нашите идеи „влязоха в употреба“ на многуважавания ни Български зъболекарски съюз, а и на много медии. Дадохме много пресконференции, на които ясно и точно изложихме предложенията си за реформи. Като пример: чак сега БЗС се зае с новия закон за задължителните застраховки, като че ли досега не беше ясна необходимостта от тях. СБЗ от 8 години организира за членовете си тази застрахователна дейност и неведнъж алармира за този проблем. Имам чувството, че ръководителите на съюзи, каси, министерство лекуват някакви други зъби, някакъв друг народ в някаква друга държава. Може би затова и законът е категоричен – задължително членство, всички други организации са нелегални пред него. Ето как лесно се управлява електорат, пък бил той и с магистърска медицинска диплома.

От 6 години съм в управителния съвет на СБЗ и имам личен извод от проучване, което направих сред колегите. Неработещите с НЗОК смятат, че всяко разбутване на статуквото би докарало проверки и би нарушило професионалния им комфорт, разбира се, изграден с цената на много труд и решаване на всякакви проблеми. Работещите с „касата“ казват: „Малко, но сигурно, и то без много труд – моливът плаща.“ Кой тогава да извърши реформата, освен създадената от самите нас или въпреки нас номенклатурна прослойка, която реално е далеч от проблема, с който ние ежедневно се сблъскваме. Явно ние като управителен съвет и лично аз като председател не сме намерили правилния подход към колегията, за да привлечем повече членове, желаещи промяна... или пък времето още не е дошло!?

Над тези въпроси разискваме с членовете на управителния съвет и затова апелирам да се срещнем и заедно да потърсим отговори на отчетно-изборната конференция на 16 декември 2017 г. в 10 ч. в парк-хотел Москва.

Сдружението е една прекрасна организация, показваща, че не всички зъболекари са стадо, което поредните властимащещи пасат и стрижат. Нека се съберем и си кажем има ли смисъл от промяна или сега съществуващото положение устройва всички. Девизът на Сдружението е: „Заедно можем повече“, но, ако трябва, да го сменя на „И сам воинът е воин“, при положение, че сме доволни от сегашното управление в здравеопазването и в частност в зъболечението.

Въпросът е „Накъде?“ и се надявам заедно да го решим!

д-р Анатолий Кънев

20 години СЗБ

стр. 1–2

Отчетно събрание и коледен бал на СБЗ

стр. 3–4

Веселите зъбки – една успешна съвместна кампания на СБЗ и ДМ

стр. 5–7

Дентален мениджър на годината 2017

стр. 8

Без коментар

стр. 9–10

Лични финанси

стр. 11–12

ПОСТУРОЛОГИЯ

Д-р Пауло Заварела – Нов систематичен подход при оклузо-постуралните асиметрии

стр. 13–21

МАТЕРИАЛИ НА ФОКУС

Д-р Зденер Амброж – Build-it fr

стр. 22–26

НАУЧНА ПЛАТФОРМА

Клинично проучване на дентални импланти

стр. 27–32

Гостува ни сп. „Medinform“

Мариана Янкова, Диана Фетфова –

Изработване на имедиатна транзиторна цяла протеза – клиничен случай

стр. 34–41

КОЛЕДЕН БАЛ НА СБЗ

СДРУЖЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ



София, ул. „Калоян“ 6, хотел „Рила“ офис 216
тел. 0887 483891

E-mail: abdentist@abv.bg; www.abdentist.com

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ, ПАРТНЬОРИ И ПРИЯТЕЛИ,

Най-учтиво ви каним на традиционния Коледен бал на СБЗ, който ще се състои на 16 декември, събота, от 20 ч. в основния ресторант на Парк хотел Москва.

Специален гост-изпълнител на вечерта ще бъде уважаваният ни колега Коцето-Калки.

Ще има и много други приятни изненади, които ще се радваме да споделим заедно.

Краен срок за записване и заплащане на кувертите за вечеря на цена 60 лв. (по банков път или в брой) е 6 декември.

Молим тези от вас, които предпочитат постно меню, да го заявят предварително.

За колегите от провинцията сме договорили преференциални цени за нощувка в хотела, които ще намерите в прикаченото приложение. Резервациите си направете на адреса, посочен в приложението.

Банковата сметка на СБЗ:

Сдружение на българските зъболекари, СНЦОП

Адрес и седалище: 1000 София, хотел „Рила“, ул. Калоян №6, офис 216

ЕИК: 130000612

Уникредит Булбанк, BIC: UNCRBGSF

IBAN: BG16UNCR76301012484109 (BGN)

МОЛ: д-р Анатоли Василев Кънев

Координатор на събитието е офис-мениджърът на СБЗ г-жа Дочка Димитрова, тел. 0887483891

С уважение: Управителен съвет на СБЗ

ПОКАНА

Управителният съвет Ви кани най-учтиво на честването на традиционния ни Коледен бал на 16 декември 2017 г. Празника ще проведем в ресторант Москва, Парк-хотел Москва.

Отчетна конференция на СБЗ:

Уважаеми колеги, в семинарната зала на парк-хотел Москва на 16.12.2017 г. ще се проведе годишната отчетна конференция на СБЗ. Ще протече в следния ред:

10:00 – 10:30 регистрация;

10:30 откриване – обръщение на председателя д-р А.Кънев;

11:00 избор на нов УС на СБЗ;

12:00 часа – закриване.



Новият член на Сдружението, който ще отговаря за доброто настроение на Коледния бал на 16 декември в двете му хипостазии



Уважаеми колеги,

Тазгодишната кампания на dm за детска профилактика на деца до 6-годишна възраст от детски градини и предучилищни заведения от цялата страна, стартира от 1.10.2017 г. с широката подкрепа на членовете на СБЗ, колеги, партньори и симпатизанти. Целта е талоните за безплатни профилактични прегледи на деца до

ВЕСЕЛИТЕ ЗЪБКИ

шестгодишна възраст да достигнат 25 000 броя. Това, което искаме да направим, е малка капчица в морето от грижи, необходими, за да растат децата ни здрави и с красиви усмивки.

- Талоните за преглед са валидни във всеки кабинет, потвърдил участието си.
- В търговската верига кампанията ще е в сила от 1.10.2017 г. Прегледите ще се провеждат до 31.12.2017 г.

1. Детски градини

Всяко дете ще получи торбичка с подарък (паста или четка) от dm (брандирана пластмасова чашка за жабурене), книжка-комикс с историята на миналогодишния победител в конкурса и талони за отстъпка вътре в нея за закупуване на продукти, както и един талон за безплатен профилактичен преглед в кабинетите на СБЗ.

Предвиден е плакат за всяка детска градина за поставяне на входа ѝ.

2. Представления в детски градини

В десет от детските градини, в които ще се раздават пакети, ще се проведат и образователни представления със зъболекар и забавни игри от аниматори. Предлагаме градините да бъдат в по-малки градове или в нови такива: Ловеч, Монтана, Благоевград, Сандански, Видин, Враца, Плевен, Добрич, Шумен и Хасково.

Марките, които ще се включат тази година във Веселите зъбки, са с две повече от миналата – Bilka, Colgate, Lacalut, Dental, Trisa, Vademecum, Astera и dm марката DONTODENT.

Каним всички колеги в страната да станат част от тази прекрасна инициатива!

„Заедно можем повече!“

Колеги, желаещи да се включат в кампанията и да получат рекламни материали, да се обърнат към офис мениджъра на СБЗ – г-жа Дочка Димитрова – тел. 0887483891



*Кампанията се развива успешно.
Д-р Юрий Василев засега води
по прегледите на деца в
стоматологичната си клиника*

ДЕНТАЛЕН МЕНИДЖЪР НА ГОДИНАТА 2017

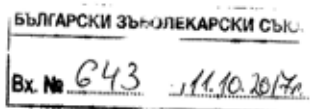


Зам. председателят на Сдружението на българските зъболекари, д-р Борислава Златева, връчва традиционната икона „Света Аполония“ на носителя на наградата „Дентален мениджър на годината“ 2017, д-р Соня Еленкова

БЕЗ КОМЕНТАР

Колеги от страната ни изпратиха за коментар становището на д-р Гачев до УС на БЗС по повод „Задължително застраховане „Професионална отговорност““.

Смятаме за достатъчно важно да го публикуваме и в нашия вестник – оставяме го без коментар. Членовете на сдружението отдавна се застраховат чрез нашата структура. Завишаваме вниманието на колегията за поредния капан, свързан с професионалната ни дейност.



До: д-р Борислав Миланов

Гл.секретар на УС на БЗС

На Ваш № 838/09.10.2017г.

Уважаеми д-р Миланов,

Проблемът и казусът в развитие „Задължително застраховане „Професионална отговорност““ бе разгледан подробно и обсъден като т.4 на заседанието на УС на БЗС, проведено на 16.09.2017г..

Независимо от това би следвало да се изложи следното:

С приемането на новия Кодекс за застраховането в частта, уреждаща задължителната застраховка „професионална отговорност“ на лечебните заведения и медицинските специалисти е записано, че съгласно общите правила за този вид задължителна застраховка, приети с новия Кодекс за застраховането, освен ако със закон не е предвидено друго, минималната застрахователна сума за всички лечебни заведения би следвало да е в размер 500 000 лв. на застрахователно събитие и 2 000 000 лв. за всички застрахователни събития за срок една година.

На практика и най-ниският предвиден размер от 500 000 лв., очевидно резултат от нелоялно лобиране на застрахователните дружества, е несъвместим с вида, обемите и стойностите на дейностите, които се извършват от мнозинството лечебни заведения, създадени от лекарите по дентална медицина.

Именно поради това, за съобразяване както с разпоредбите на Кодекса за застраховането, приет като нов и влязъл в сила от 01.01.2016 г., така и с обществените реалности, бе приета промяна в Закона за здравето, в сила от 01.01.2017 г., като бе изменен чл. 189, както следва:

Чл. 189. (1) (Предишен текст на чл. 189 – ДВ, бр. 98 от 2016 г., в сила от 1.01.2017 г.) Лечебните заведения задължително застраховат лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно изпълнение на професионалните им задължения.

(2) (Нова – ДВ, бр. 98 от 2016 г., в сила от 1.01.2017 г.) Условието, редът, срокът за извършване и размерът на минималната застрахователна сума при задължителното застраховане по ал. 1 се определят с наредба на Министерския съвет.

В тази връзка със Заповед №РД-02-56/18.04.2017г. на министъра на здравеопазването, бе създадена работна група за изготвяне на проект за Наредба за условията, реда, срока за извършване и размера на минималната застрахователна сума при задължителното застраховане на лицата, които упражняват медицинска професия в лечебните заведения.

Посочената работна група, включваща представители на БЗС, проведе две заседания през м.юли и продължи своята дейност с размяна на предложения по проекта за посочената Наредба.

Предвид сериозното забавяне на проекта, д-р Николай Шарков, председател на УС на БЗС, двукратно сигнализира отговорните лица в МЗ за ускоряване на дейността, като последно на 09.10.2017г. получи устно уверение от директора на „Правна дирекция“ на МЗ, че след преодоляване на прекомерната заетост с актуални задачи на членовете на работната група, ще се пристъпи към изготвяне на проекта за Наредба.

Следва да се приеме, че без утвърждаване от МС на Република България на съответна Наредба, не би следвало да се пристъпва към действия по професионалното застраховане, които биха били в ущърб на ЛДМ.

Предлагам със съответната редакция и допълнение от Ваша страна това да бъде оформено в отговор до д-р Михалев.

С уважение: д-р Светослав Гачев

Председател на КНА



Какво спечелиха партньорите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт?

Навлизаме в период на увеличаваща се инфлация.
Вижте кой вариант запазва стойността на спестяванията и ги увеличава:
Сравнете какво се случи със спестявания от 10 000 лв.
при нисък риск в ЕЛАНА Еврофонд и при депозит за 1 година

Данни	Вложение в ЕЛАНА Еврофонд	Вложение в депозит
Начална сума 1 година назад	10 000 лв.	10 000 лв.
Печалба 1 година в %	2.31%	0.37%
Печалба 1 година в лева	231 лв.	37 лв.
Данък печалба в %	0%	8%
Данък печалба в лева	-0 лв.	-2.96 лв.
Остатък спестявания	10 231 лв.	10 034 лв.
Инфлация за периода в %	2.1%	2.1%
Инфлация за периода в лв.	215 лв.	211 лв.
СПЕСТЯВАНИЯТА СЛЕД 1 ГОДИНА	10 016 лв.	9 823 лв.
РЕАЛЕН ДОХОД ЗА 1 ГОДИНА	16 лв.	- 177 лв.

Данни за период септември 2016 – септември 2017 г. от БНБ, БАУД, НСИ.

Посъветвайте се с консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт

- Сиана Даскалова, daskalova@elana.net, мобилен тел. 0887 855 031
- Николай Павлов, pavlov@elana.net, мобилен тел. 0889 022 537

Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net.

ЛИЧНИ ФИНАНСИ

Навлизаме в период на увеличаваща се инфлация.
Вижте кой вариант запазва стойността на спестяванията и ги увеличава:
Сравнете какво се случи със спестявания от 10 000 лв.
при инвестиция с висок риск в ЕЛАНА Високодоходен Фонд и при депозит за 1 година

Данни	Вложение в ЕЛАНА Високодоходен фонд	Вложение в депозит
Начална сума 1 година назад	10 000 лв.	10 000 лв.
Печалба 1 година в %	14.76%	0.37%
Печалба 1 година в лева	1 476 лв.	37 лв.
Данък печалба в %	0%	8%
Данък печалба в лева	-0 лв.	-2.96 лв.
Остатък спестявания	11 476 лв.	10 034 лв.
Инфлация за периода в %	2.1%	2.1%
Инфлация за периода в лв.	241 лв.	211 лв.
СПЕСТЯВАНИЯТА СЛЕД 1 ГОДИНА	11 235 лв.	9 823 лв.
РЕАЛЕН ДОХОД ЗА 1 ГОДИНА	1 235 лв.	- 177 лв.

Данни за период септември 2016 – септември 2017 г. от БНБ, БАУД, НСИ.

Посъветвайте се с консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт

- Сиана Даскалова, daskalova@elana.net, мобилен тел. 0887 855 031
- Николай Павлов, pavlov@elana.net, мобилен тел. 0889 022 537

Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net.



DR. PAOLO ZAVARELLA

е завършил хуманна медицина, след което специализира хирургия и завършва дентална медицина и остеопатия. Основател и директор на Остеопатичното училище в Рим. Основател на A.I.R.O.P. Преподава постурология и остеопатия в Римския университет „Tor Vergata“ и университета в Пиза, и в още няколко учебни заведения. Автор на учебника „Остеопатия и стоматология“ и на множество научни публикации. Д-р Заварела е разработил тест, който анализира взаимовръзката между ТМС и другите функционални единици, и позволява правилно поставяне на СИСТЕМАТИЧНА диагноза. Той ще демонстрира теста на семинара.

СЕМИНАР
за лекари по дентална медицина
9 ДЕКЕМВРИ 2017 г.
София

ПОСТУРОЛОГИЯ ОСТЕОПАТИЯ

DR. PAOLO ZAVARELLA
И ГОСТ ЛЕКТОРИ

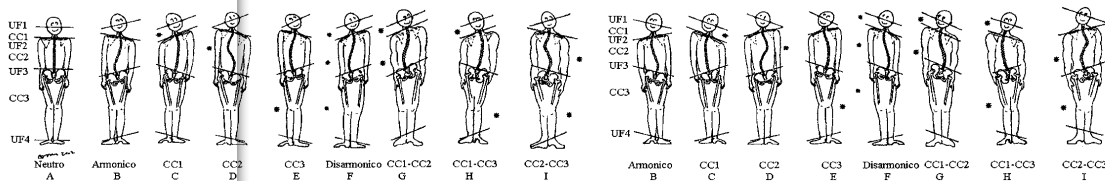
Такса участие **95** лв. с ДДС

За записвания и информация:

София, ул. Лигице 7-9, ап. 7 тел.: 02 963 45 43; 0885 807 675; 0885 117 684

Онлайн регистрация: www.infodent.bg

ИНФОДЕНТ
www.infodent.bg



Нов систематичен подход при оклузо-постуралните асиметрии

Dr. PAOLO ZAVARELLA

Настоящата статия е част от статии, които разглеждат проблемът с оклузо-постуралните асиметрии. Авторът представя своите съображения по отношение на филогенезата и онтогенезата на ТМС. Описани са също така невро-физиологичните и биомеханичните процеси, които участват в регулирането на стойката на тялото. Множеството взаимосвързки, които се описват в статията между различните системи по отношение на анатомичните и неврологичните структури налагат използването на мултидисциплинарен подход при лечението на отклоненията в оклузията и стойката.

„Всеки проблем минава през три фази до разрешаването му: през първата фаза решението изглежда смешно, през втората фаза изглежда противоречиво... В третата изглежда ясно“ **Шопенхауер**

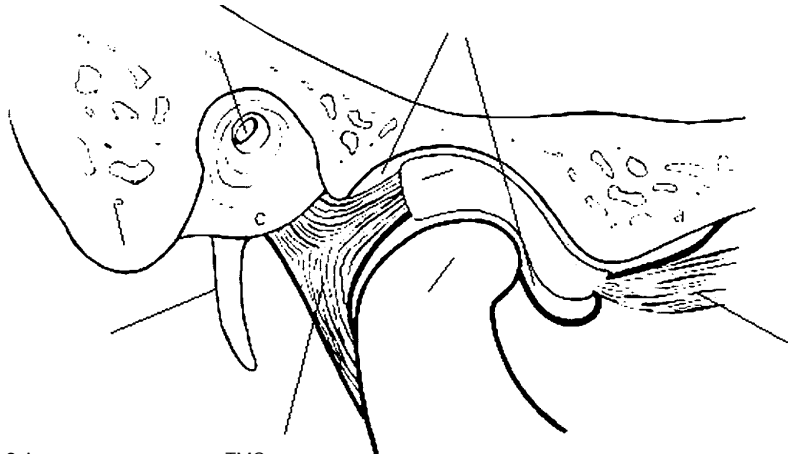
Въведение

През последните години доприносохме много за увеличаване броя на учебните групи, които се занимават с проблема на оклузо-постуралните асиметрии. Днес наблюдаваме засилен интерес, свързан с широкото разпространение на това заболяване, което може да се изяви под различни

форми. Въпреки това съществува голяма несигурност при лечението на пациенти, които са с такава дисфункция. Това донякъде идва от липсата на екипи от специалисти, които могат да се справят дори и с най-малките изяви на проблема: физиотерапевти, невролози, оториноларинголози, психиатри, ортопеди, лекари по дентална



фиг. 1 „Асиметрията в оклузията“ в много случаи се дължи на функционална асиметрия на системата череп-гръбначен стълб-долна челюст. Ортодонтските аномалии, нарушенията в преглъщането, деформациите при шийчните прешлени – всички тези отклонения трябва да бъдат разглеждани по системен начин, а не поотделно.



2

фиг. 2 Анатомична схема на ТМС.

медицина, ортодонти, педиатри, остеопати и др. Често лечението се извършва без прилагане на интердисциплинарен подход, дори и при наличието на подходящ екип. Причините за наличната дисфункция остават скрити поради лошата комуникация между специалистите. Много често се прибегва до симптоматично лечение без да се отстрани истинската причина за синдрома. Тези случаи неизбежно водят до рецидив. Много от пациентите се принуждават да обикалят от един специалист на друг, без да получат адекватно лечение. Често такива пациенти изпадат в депресивно състояние, което още повече затваря порочния кръг на заболяването.

Правилният подход при лечението, на което и да е заболяване, е премахване на основната причина, довела до появата му. Симптоматичното лечение, при което лекуваме само резултата от заболяването, няма

съществен ефект. Ето защо, за лечението на постуралните проблеми са необходими екипи от специалисти, които говорят на общия език на „интегрираната клинична постурология“.

Решаването на всеки случай на оклузо-постурална асиметрия изисква систематичен подход. В тази връзка е важно да сме запознати с онтогенезата и филогенезата на стоматогнатната система.

Онтогенеза на ТМС

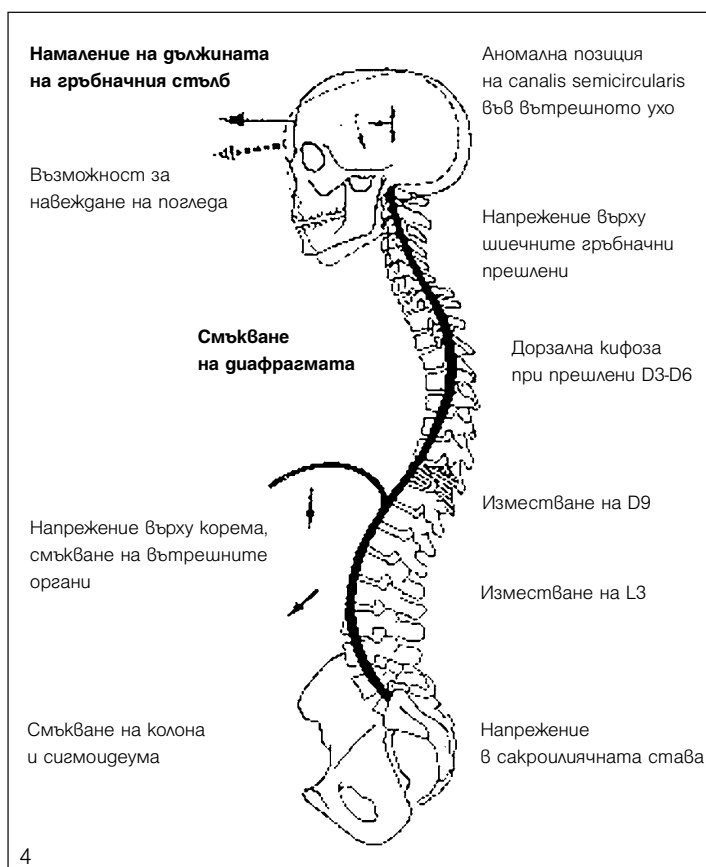
Темпоромандибуларната става е става, която свързва долната челюст към черепа на нивото на темпоралната кост. Спада към групата на диартрози (двойни конглоартрози). Покрита е със синовиална мембрана. Между двете ставни повърхности има разположен фибро-хрущялен диск, който позволява на мандибулата да се движи свободно и да изпълнява функциите на стоматогнатната система. Двете

фиг. 3 Филогенеза на черепа на приматите като следствие от изправяне на торса. Структурни промени на сфенобазиларната синхондроза и на съотношението череп-гръбначен стълб-долна челюст.



3

ставни повърхности са покрити с фиброзен хрущял, който не е хиалинизиран, както при другите стави. Дясната и лявата ТМС се разглеждат функционално и структурно като двойни стави. Във всяка става има две зони – кондил-диск (кинети́чна зона) и диск-темпорална фоса (артрокинети́чна). Тези зони съставят два анатомични сектора, които се движат в синхрон и са функционално неразделни. Двете ТМС са част от функционално-динамичната верига, която съставлява стоматогнатния апарат. Тя включва двете ТМС, долната челюст, горната челюст, под-езичната кост, фаринкса, невро-мускулната система, всички лигаменти в споменатите структури, зъбите, пародонта, езика, бузите и свързаните с тях кръвоносни и лимфни съдове. За да разберем по-добре устройството на ТМС трябва да разгледаме и филогенетичното ѝ развитие. Тя може да се разглежда като става, която е усъвършенствала своята структура по време на праисторическото развитие на индивида.



фиг. 4 Схема на постуралните промени при изправен строеж на тялото.

Филогенеза на ТМС

Филогенетично двете ТМС са млади стави. Човешките ТМС се отличават със сумираните динамични, морфологични и функционални особености на тревопасните и месоядните видове. При месоядните животни тези стави имат една шарнирна ос. По този начин те могат да извършват движения, които позволяват прилагането на вертикални сили. При тревопасните животни е обратното. При тях ставите извършват основно латерални движения. ТМС на приматите, и особено тези при хората, имат устройство, което позволява отваряне по шарнирна ос, десно-леви латерални движения и протрузия. Сумирани, тези функции позволяват и извършването на кръгови движения.



фиг. 5 Оценка на позицията на ходилото и ъгъла на петата. Този анализ е много важен и е част от протокола на Интегрирания постурален анализ (API - Analisi Posturale Integrata).



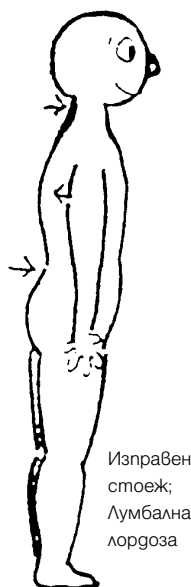
Фетална позиция на зародиша; Пълна кифоза



Започва надигане на главата; Оформяне на начална шийчна лордоза



Пълзене; Завършена шийчна лордоза



Изправен стоеж; Лумбална лордоза

Всички тези движения се реализират благодарение на инервацията на тъканите от неврологичната система, която е много сложна. При движенията на ТМС си взаимодействат няколко системи.

Според Лангман е потвърдено, че клетки от невралните гребени в областта на главата правят място за мезенхимни клетки, а нервните клетки от своя страна участват във формирането на костите на лицето. (Embriologia medica, IV edizione Italiana). Ето защо черепа може да се разглежда като „модифицирани нервни тъкани“. Тъкани, които са свързани с нервната система.

Филогенеза и онтогенеза на постуралните механизми

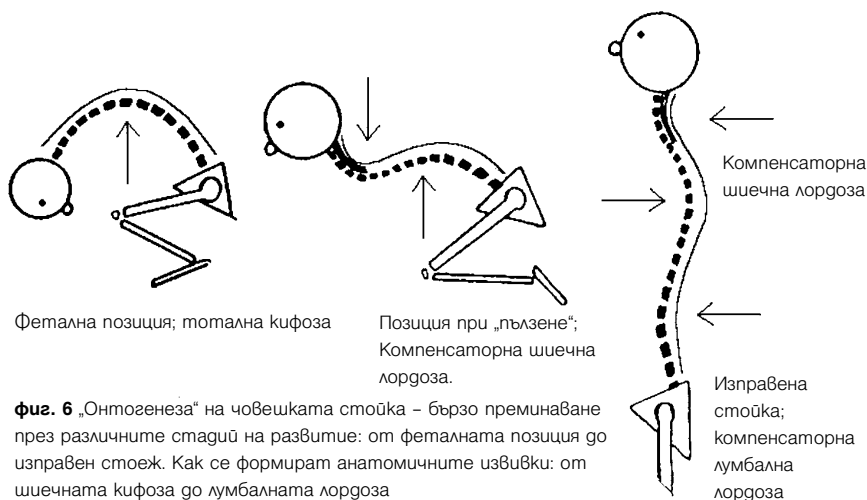
Съществуват ли функционални връзки между ТМС, оклузията и стойката? Нека да разгледаме нещата едно по едно. Извивката на гръбначния стълб е претърпяла значителна модификация в процеса на филогенетичното и онтогенетичното развитие при човека и приматите.

Във филогенезата, преминаването от четири към две опори (изправя-

нето при приматите) неизбежно е довело до промяна в кифозата на гръбначния стълб. Първоначално промяната е била към изправяне на кифозата, а след това на обръщане на извивката в противоположна посока. Това обръщане е на нивото на лумбалната лордоза. Сакрумът (доста по-твърда кост) е запазил началната кифозна крива. Тазовите кости се наклоняват назад по време на филогенетичното развитие. Това довежда до промяна в степента на извивката на нивото на лумбалната лордоза и води до по-добро балансиране на изправеното тяло.

Накратко само ще споменем за сложността при поддържането на равновесие в изправено положение на тялото. Това е наложило развитието на фина постурална система. Тази система работи като интегрирана мрежа с входящи и изходящи коригиращи импулси. По този начин тялото може да се поддържа в изправено статично положение с минимален разход на енергия.

Онтогенетичното развитие на стойката повтаря индивидуалното филогенетично развитие при човека. Известно е, че по време на вътреутробното развитие на зародиша, тялото е в сгъната позиция с флексия на целия гръбначен стълб (силно изразена кифоза).



фиг. 6 „Онтогенеза“ на човешката стойка – бързо преминаване през различните стадий на развитие: от феталната позиция до изправен стоеж. Как се формират анатомичните извивки: от шийчната кифоза до лумбалната лордоза

Тази първоначална кифоза се запзва за определен период от време след раждането. По време на 6-та седмица след раждането си, лежейки по корем, детето започва да си протяга врата. По този начин се задейства функционирането на задната група мускули около гръбначния стълб. През този период започва и протрудирателното на езика. Това води до по-бързо функционално и структурно развитие на предната група мускули. Впоследствие детето започва да сядва и да лази, което води до оформяне на лумбалната кифоза и шийната лордоза. В тази позиция детето научава как да държи главата си изправена, благодарение на мускулната група около лопатката.

След оформяне на лумбалната лордоза детето прави първите си опити за поддържане на изправена стойка и впоследствие започва да ходи. От всичко казано дотук можем да направим заключение колко са важни тези първи движения на пълзене при децата. Липсата им може да доведе до неправилна стойка впоследствие, която да е много трудна за коригиране („преждевременно“ психо-моторно разтройство). За завършена ортостатична стойка говорим след оформянето на свода на ходилата.

Биомеханика на стойката

Много са системите, които участват в програмирането и запазването на правилната стойка на тялото. Те позволяват на организма да се адаптира към различни ситуации. Част от тези системи са: вестибуларният апарат, слуховият апарат, зрителната система и проприоцептивната соматична система (която провежда информация от множеството рецептори, разположени по кожата, мускулите, сухожилията, лигаментите и ставите).

За да се разбере напълно как работи механизмът за запазване стойката на тялото, ще разгледаме четирите големи функционални единици, които са в динамично равновесие помежду си:

Първата функционална единица включва долната челюст и черепа, които са свързани помежду си с ТМС. ТМС е става с шест степени на свобода. Шийните прешлени са тези, които свързват първата функционална единица с втората.

Втората функционална единица е съставена от раменния пояс, който се поддържа от следните стави: акромио-онклавикуларна, стерноклавикуларна, скапулохумерална (последната също има шест степени на свобода). Посредством гръдните и лумбалните прешлени втората зона се свързва с третата.

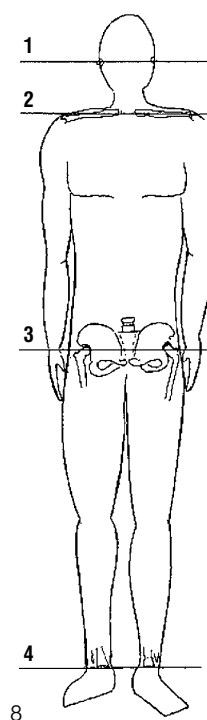
Третата функционална единица се формира от тазовия пояс и прилежащите стави: сакрококцигеална, сакроилиачна и илеофеморална. Илеофеморалната кост е тази, която има шест степени на движение. Сегментът бедро-крак свързва тази функционална единица със следващата.

Последната, четвърта функционална единица се формира от ходилото и глезена. Тук вземат участие следните стави: art. calcaneocuboidea, art. talocalcaneonavicularis и art. talocruralis. Ставата с шест степенни движения е art. talocalcaneonavicularis.

Става ясно, че във всяка функционална единица участва става, която има шест степени на движение. Такава става може да се движи в трите равнини на пространството (сагитална,



фиг. 7 Тест по вертикалата на Баре по време на клиничен преглед според протокола на ИГПА.



фиг. 8 Функционални единици: Сегментно, тялото може да се разглежда като съставено от четири големи функционални единици.

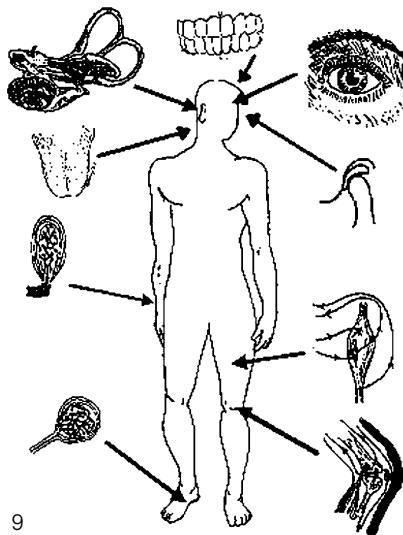
1-ва единица - ТМС

2-ра единица - Раменна става

3-та единица - Стави на тазовия пояс

4-та единица - Комплекс глезен-ходило

фиг. 9 Рецептори: Човешкият организъм разполага с няколко системи, които му позволяват да адаптира стойката си в околната среда. Езикът, долната челюст и т.н. могат да се разглеждат като равновесни лостове за адаптация на стойката.

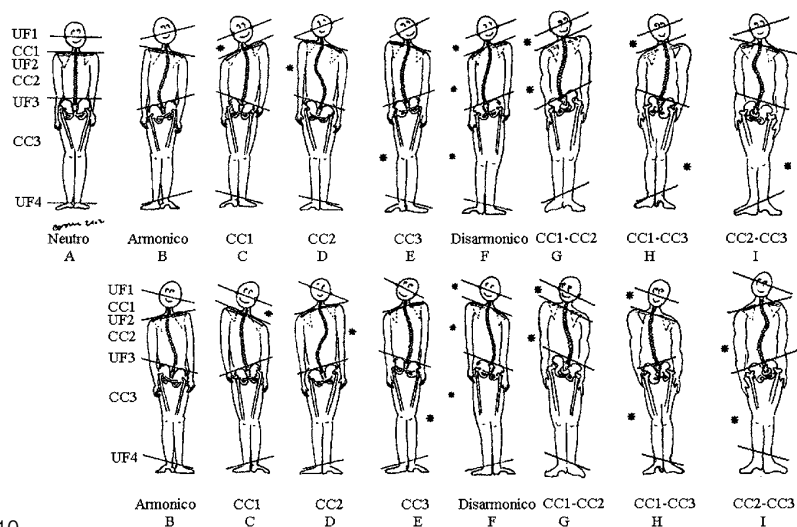


фронтална, трансверзална) в отговор на различни дразнения. Тежките смущения в останалите функционални единици са провокирани от наличието на структурна или функционална промяна на нивото на отделните сегменти. Тези състояния се придружават от дисфункция и болка. За доброто функциониране на цялото тяло е необходимо всяка функционална единица да изпълнява движенията, които са и отредени по физиологичен път и в хармония с останалите функционални единици.

Авторът на статията е разработил тест, който анализира взаимовръзката между ТМС и другите функционални единици и позволява правилно поставяне на СИСТЕМАТИЧНА диагноза. Тестът се нарича „Хармония на тонуса на стойката“.

„Стойката на главата“ може да бъде дефинирана като комплекс от невромускулни механизми, които водят до изпращане на нервни импулси към набраздената мускулатура, която е отговорна за поддържане на главата в стабилна и „централна“ позиция не само в пространството, но и спрямо останалите части на тялото. Поддържането на набраздената мускулатура в състояние на непрекъсната стимулация или „тонус“ улеснява мускулната контракция при извършването на движения или при промяна на състоянието почивка-движение. Според Bowen и Stone „стойката на тялото“ може да бъде дефинирана като позиция, в която главата, вратът, гръдният кош и коремът са изправени във вертикална позиция един над друг. Тежестта при това разположение се поема основно от костните структури, а мускулите и лигаментите са в състояние на минимално дразнене. Важно е да се запомни, че в целия ме-

фиг. 10 Тест за хармония на тонуса. Тестът за ортостатичния тонус (АТР) анализира взаимовръзките между ТМС и другите функционални единици и се прави с цел поставяне на системна диагноза.



ханизъм за поддържане на правилна стойка на тялото участват и други важни системи:

► **зрителен апарат:** главата трябва да поддържа правилна позиция спрямо хоризонталната равнина. Това е възможно благодарение на бинокулярното зрение;

► **слухов апарат:** действат същите механизми, както при зрителния апарат, но в по-малка степен;

► **вестибуларен апарат:** има голямо значение за поддържане на позицията на главата спрямо тялото и на цялото тяло в пространството. Ще отбележим само, че ако главата е в правилна позиция, латералният лабиринт се намира в хоризонталната равнина;

► **дихателен апарат:** взаимоотношението му с вариациите в стойката може да се разбере добре, когато се анализират заболяванията на дихателните органи;

► **гласов апарат:** всяка структурна или функционална промяна в компонентите на стоматогнатната система се отразява върху способността за произвеждането на звуци. Често нарушенията в артикулацията (дислалия) се свързват с патология на ТМС или с промяна в правилната стойка на тялото.

Организмът разполага и с други, по-малки функционални единици. Те също участват в промяната на стойката. Някои от тези функционални единици са: костите на горната челюст, езикът, долната челюст, art. atlo-occipitale и прилежащите към тях мускулни групи. Подезичната кост с надлежащите и подлежащите ѝ мускули, ключиците, гръдната кост, мечовидните изростъци, пубисът, тазовото дъно, сакрумът и опашната кост се разглеждат като малки функционални единици.

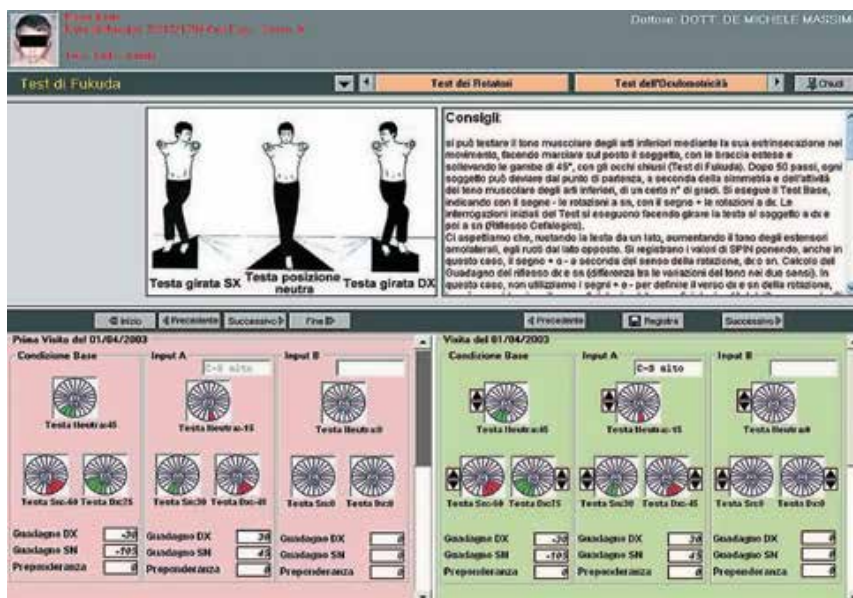
Долната челюст може да се разглежда като балансираща, както за цялото тяло, така и за черепа. Можем да я сравним с опорната греда, която

носи акробат, ходещ по въже. В момента, в който тя се отдалечи или приближи към тялото, или пък бъде наклонена на една или друга страна, в цялото тяло настъпват компенсиращи промени. По този начин се установява динамично равновесие. Долната челюст заема много важна позиция по отношение на всички останали системи, имайки предвид, че почти всички по-важни животноподдържащи и регулиращи системи са в черепа. Учейки се да „разчитаме“ позицията на долната челюст и езика спрямо целия комплекс череп-гръбначен стълб-долна челюст за всеки отделен индивид, може да хвърли нова светлина върху компенсиращите механизми за промяна на стойката.

Клинични находки

За по-доброто разбиране на биомеханичната корелация между стойката и оклузията е важно да се запомни, че напречнонабраздените мускули на тялото могат да изменят своето действие в зависимост от залавното им място (инсерция). Това залавно място е фиксирано за костни структури. В този смисъл, мускулите „затварячи“ на долната челюст (m. pterygoideus medialis, m. masseter и m. temporalis) повдигат мандибулата само, когато черепът е във фиксирано положение от задната група мускули (по дължината на врата). Ако долната челюст е фиксирана от мускулите на подезичната кост, както по време на преглъщане, активирането на затварящите на долната челюст води до флексия на главата. Следователно основните гъвкателни мускули играят важна роля при флексията на главата. Факт, който често се пропуска, когато се диагностицират отклонения в комплекса череп-долна челюст. Това трябва да се има предвид от ортопедична, ортодонтска и физиотерапевтична гледна точка.

фиг. 11 Прилагане на софтуера, който е предназначен за ИПА (Интегриран постурален анализ) по време на използване на модифицирания тест на Фукуда.



11

За автора:



Dr. Paolo Zavarella е завършил хуманна медицина, след което специализира хирургия и завършва дентална медицина и остеопатия. Основател и директор на Остеопатичното училище в Рим. Основател на A.I.R.O.P. Преподава постурология и остеопатия в Римския университет „Tor Vergata“ и университета в Пиза, и в още няколко учебни заведения. Автор е на учебника „Остеопатия и стоматология“ в три тома и на множество научни публикации. Dr. Paolo Zavarella ще бъде лектор на семинара „Постурология и остеопатия“ на 9 декември 2017 г., София.

Този простицък от биомеханична и анатомична гледна точка факт се потвърждава при пациенти с II клас (1-ва или 2-ра група) отклонения, с дълбока заханка. При тях има хиперактивност на затварящите мускули на долната челюст, загуба на вертикални размери на оклузията и флексия на главата. При тези пациенти много често се наблюдава и загуба на нормалната лордоза на гръбначния стълб.

„Отварячите на долната челюст“ (мускули на подезичната кост) отварят устата, когато комплексът от подезична кост-гръбначен стълб-фаринкс е фиксиран. Ако, обаче долната челюст е фиксирана от затварящите мускули, те действат като екстензори на шийните прешлени. При III клас малоклузия се наблюдава екстензия на главата с хиперлордоза в шийната област на гръбначния стълб. При тези пациенти често се наблюдава и увеличаване на вертикалните размери на оклузията. Много от ортодонтските рецидиви, болките в шийната област, главоболия от тип „напрежение в областта на главата“, нарушенията на зрението и на движение

нието на очните мускули възникват след провеждане на дентално лечение, което променя съотношението между черепа и долната челюст.

Стоматогнатната система трябва да се разглежда като едно цяло, а не като отделни сегменти. Само така могат да бъдат осмислени в дентални важните взаимовръзки между отделните сегменти и техните структури.

Опитахме се да създадем мост между две специалности: ортодонтия и протетика като създадохме софтуера S.A.B.A.C.O.M „Postural A.I. – Artificial Intelligence“. В него въведохме система за разчитане и анализ на рентгенографски данни за черепа и гръбначния стълб. Целта е „интелигентно“ обединяване на всички налични данни и поставяне на системна диагноза от софтуера. По този начин диагностиката става от унисциплинарна в мултидисциплинарна.

Нарекохме метода „CAOS“ (Cefalometria Armonica Osseopatica). Той е разработен от C.R.O.M.O.N srl (Centro Ricerche Olistiche per la Medicina Osteopatica e Naturale) и от A.I.R.O.P.

BUILD-IT FR

Подсилен с
влакна материал
за изграждания

ИНДИРЕКТНО КОМПОЗИТНО АДХЕЗИВНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА КОМПОЗИТЕН МАТЕРИАЛ BUILD-IT FR

MD Д-р Зденек Амброж

Build-It FR (Pentron), двойно-полимеризиращ композитен материал е подходящ за много клинични ситуации. При този случай ще се фокусираме върху използването му при процедури на индиректни възстановявания, не само за изграждане на пълчета, но и като материал за така наречената техника на "композитно покритие".

Модерното зъболечение е силно фокусирано върху минимално инвазивните лечебни методики. Благодарение на адхезивната технология, имаме възможността да запазим в максимална степен зъбната структура при изработването на индиректни естетични възстановявания. В повечето случаи успяваме да запазим виталитета на пулпата. Покритието с адхезивен композит може значително да подобри здравината на бондването при индиректните работни процедури

върху витални зъби. Подходът е много сходен с този на добре известното Имедиатно запечатване на дентина (ИЗД). Осъществява се чрез запечатване на дентина с използването на дентален адхезив от 4-то поколение с високо съдържание на филъри (Optibond FL (Kerr)) при първото посещение, веднага след завършване на препарирането и преди взимането на отпечатък и регенериране на адхезивната повърхност посредством обработка с пясъкоструйник при второто посещение. Композитното покритие подобрява ИЗД чрез използването на различни адхезивни системи от 4-то и 5-то поколение с подобър визуален контрол. Също така, съществува сравнително малък риск от пълното сваляне на хибридният слой от бондваната повърхност при прекомерна обработка с пясъкоструйник по време на второто посещение.



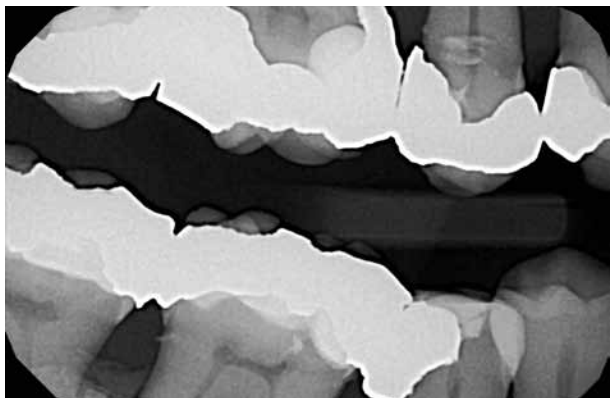
Д-р Зденек Амброж

2012 – Завършва зъболечение в Медицински факултет, Университет "Масарик" в Бърно, Чешка Република

2012 – 2013 – Зъболекар в частна практика в Уничов

2013 – до този момент – Създал своя собствена практика в Мохелнице с фокус върху качествено и прецизно зъболечение

МАТЕРИАЛИ НА ФОКУС



Фиг.1

Част от пълното лечение на нашия пациент беше реконструкцията на долни десни задни зъби, поради дефектни стари амалгамени възстановявания на зъби 45, 46 и 47 (Фиг. 1). Зъби 45 и 46 бяха изградени директно с помощта на Build-It FR A3 (Pentron) като сърцевина на реконструкцията и Simile A2 (Pentron) за оклузалната повърхност. Зъб 47 щеше да бъде реконструиран с използването на индиректна техника (Фиг. 2).



Фиг. 2



Фиг. 3

След поставянето на локална анестезия, бяха отстранени всички дефектни възстановявания и резидуални кариозни тъкани. Вестибуларните и дисталните участъци на препарацията бяха оформени леко субгингивално, за да може впоследствие да направим гингивектомия посредством електрохирургия (Фиг. 3). Постави се кофердам и областите на евентуално намокряне бяха покрити с течен кофердам (Фиг. 4).



Фиг. 4



Фиг.5

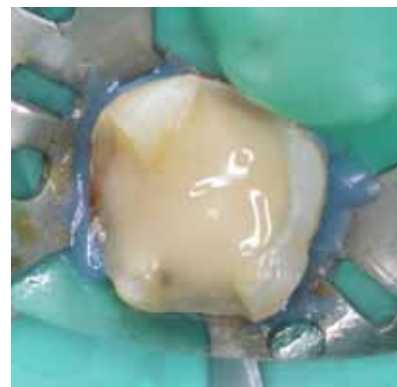
Дентинът беше ецван посредством ецващ гел с фосфорна киселина 37.5% (Kerr) за 15 секунди (Фиг. 5) и след това се проми с вода за 30 секунди. След леко подсушаване с въздушната струя, беше нанесена адхезивна система от 5-то поколение (Bond-1, Pentron) (Фиг. 6) и се фотополимеризира за 20 секунди. Последва аплицирането към бондваната повърхност (Фиг. 7, 8) на Build-It FR A3 (Pentron) в тънък слой (Фиг. 7,8), като така оформихме пласт от композитен материал за запечатване на дентина и за изравняване на неравното дъно на препарацията, елими-



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг. 9



Фиг. 10



Фиг. 11

нирайки всички подмоли. След 3 минути на самополимеризиране, материалът беше фотополимеризиран за 40 секунди (Фиг. 9).

Тази работна процедура – Покритието с композит – запечатва дентина веднага след препарацията, като се осъществява най-добрата адхезия и се елиминира рискът от контаминиране на дентиновите тубули, а също се намаляват шансовете за евентуална постоперативна чувствителност.

След това зъбът беше препариран за композитен онлей с придаване на антиротационна форма на кавитета (Фиг. 10). Постави се единична ретракционна корда и се взе отпечатък с използването на А-силикон Delikit и едноетапна-двойномиксираща техника. За цвят се избра А2 с използването на съседния зъб за ориентир (Фиг. 11). За покриване на зъба, препарацията беше защитена с фотополимеризиращ временен материал (Clip, Voco), който и да предотвратява движението на зъба.

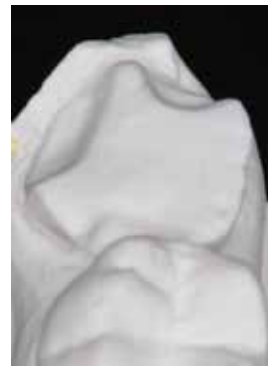
След една седмица в лабораторията беше направено окончателното възстановяване от рентгеноконтрастна композитна смола Signum ceramis (Heraeus Kulzer) с използването на секторни и контролни гипсови модели (Фиг. 12, 13).

При второто посещение беше осъществено адхезивното циментиране. След поставя-

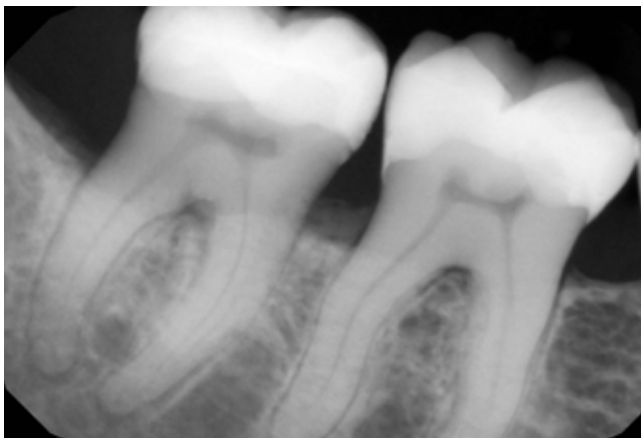
нето на кофердама, повърхността на препарацията беше обработена посредством пясъкоструйник с Al_2O_3 частици (25 μm) и силанизирана с Monobond Plus (Ivoclar Vivadent). Силантът реагираше с повърхността 60 секунди. Емайлът на зъба беше ецван с гел фосфорна киселина 37% (Etching Gel, Pentron) за 30 секунди. Повърхността, покрита с композитна смола, беше силанизирана с Monobond Plus (Ivoclar Vivadent) за 20 секунди. След това адхезивът Bond-1 (Pentron), беше нанесен към адхезивната повърхност на възстановяването и към кавитета и се изтъни посредством въздушна струя. За финалното циментиране беше използван предварително затоплен фотополимеризиращ композитен материал Simile A3.5 (Pentron) с високо съдържание на пълнители. След позициониране на възстановяването и отстраняване на излишния цимент, всяка повърхност



Фиг. 12



Фиг. 13



Фиг. 14



Фиг. 15

беше фотополимеризирана за 90 секунди. Пълното отстраняване на излишъците и правилното позициониране бяха проверени с рентгенова снимка (Фиг. 14). След това беше ажустирана оклузията и възстановяването беше полирано (Фиг. 15, 16).

Както другите двойно-полимеризиращи композитни материали, Build-It FR е съвместим с всички дентални адхезиви от 4-то и 5-то поколение. При повечето самоецващи адхезиви от 6-то и 7-мо поколение настъпва нежелана реакция между киселинните мономери на адхезива и катализатора на химическото втвърдяване (третичен амин) на Build-It FR, което води до недостатъчно полимеризиране. Някои по-нови самоецващи адхезиви са разрешили този проблем, но винаги проверявайте за потенциална несъвместимост между материалите.

Съвременното зъблечение определя естествената зъбна тъкан като най-добрия материал. При случаи на по-големи възстановявания, адхезивно циментираните инлеи/онлеи/овърлеи се предпочитат пред традиционните корони с цялостно покритие. Тази философия се доказва като правилна, тъй като след падане на частичното възстановяване, все още остават достатъчно твърди тъкани за бъдеща препарация.



Фиг. 16

Build-It FR може да бъде използван в много клинични ситуации, особено при адхезивно циментирани керамични или композитни индиректни възстановявания, но също и при директни техники. Аз лично открих голямо предимство в манипулационните качества на материала – неговите тиксотропни свойства – разтичайки се в кавитета при натиск, но и достатъчно твърд, когато не бива докосван. Той притежава изключителни характеристики на разумна цена.

XP ENDO®
shaper



3D agility_
The One to Shape your Success

XP-endo® Shaper - най-новото попълнение от групата на 3D инструментите на FKG.

Този иновативен инструмент радикално променя ендодонтското лечение, като редуцира броя на използваните машинни инструменти до **един единствен**.



XP-endo® Shaper sequence

2 бр. x K-File 10/.02
2 бр. x K-File 15/.02
2 бр. x XP-endo® Shaper 30/.04



XP-endo® Shaper Plus sequence

1 бр. x K-File 10/.02
1 бр. x K-File 15/.02
1 бр. x XP-endo® Shaper 30/.04
1 бр. x XP-endo® Finisher 25/.00

За допълнителна информация и поръчки: **КРИС 95**, www.kris95.bg - официален представител на **FKG Swiss endo**

За авторите:

Франк Дж. Дж. ван Велзен, Кристиаан М. тен Бруггенкате, Отделение по орална и лицево-челюстна хирургия, болница „Рейнланд“, Лейдердорп, Нидерландия

Франк Дж. Дж. ван Велзен, Енгелберт А. Дж. М. Шултен, Кристиаан М. тен Бруггенкате, Факултет по орална и лицево-челюстна хирургия, медицински център към Свободния университет на Амстердам/Академичен център по стоматология на Амстердам/Амстердам, Нидерландия
Никлаус П. Ланг, Университети на Цюрих и Берн, Цюрих, Швейцария

Автор-кореспондент:

Д-р Франк Дж. Дж. ван Велзен, специалист по дентална хирургия

Отделение по орална и лицево-челюстна хирургия, болница „Рейнланд“, Лейдердорп
Медицински център към Свободния университет на Амстердам/Академичен център по стоматология на Амстердам
Амстердам
Нидерландия
Имейл:

fjvanvelzen@xs4all.nl

Дата:

Приета на 25 май 2015 г.

При цитиране посочвайте: van Velzen FJJ, Lang NP, Schul-ten EAJM, ten Bruggenkate CM. Dental floss as a possible risk for the development of peri-implant disease: an observational study of 10 cases. Clin. Oral Impl. Res. 27, 2016, 618-621
doi: 10.1111/clr.12650

КЛИНИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ДЕНТАЛНИ ИМПЛАНТИ

Кратко изложение:

Конецът за зъби като възможен рисков фактор за развитието на периимплантит:

Клинично изпитване с наблюдение на 10 случая

Франк Дж. Дж. ван Велзен

Никлаус П. Ланг

Енгелберт А. Дж. М. Шултен

Кристиаан М. тен Бруггенкате

Ключови думи: *конец за зъби, дентален имплант, етиология, поддържане на имплант, повърхност на имплант, орална хигиена, периимплантен мукозит, периимплантит, рисков фактор*

Резюме

Цел: Да се провери евентуалната връзка между използването на конец за зъби или конец от типа superfloss и появата на периимплантит.

Материали и методи: За преглед бяха повикани десет пациента с прогресиращ приимплантит, сред които имаше такива, които спазват протокол за интензивна орална хигиена, включващ детайлно професионално супра- и субмукозно почистване, както и такива, които не се придържат към този протокол. На оценка бяха подложени индексите за плака и кървене и дълбочината на сондиране; на всеки две години се правеха рентгенографии.

Резултати: И в десетте случая около шийката и короната на денталните импланти се откриха остатъци от конец за зъби. След като остатъците се отстраниха внимателно и имплантите се почистиха, в девет от десет случая настъпи значително подобрение в състоянието на периимплантната зона. В един от случаите дълбочината на периимплантното сондиране значително намаля. Въпреки това при сондиране все още се наблюдаваше кървене. При ин витро изпитването се установи, че използването на различни видове конци за зъби върху откритите грапави участъци на имплантите лесно може да доведе до скъсване на нишката. В резултат от това върху грапавите повърхности може да полепнат остатъци от конца, което да доведе до индуцирано от дентална плака периимплантно възпаление, а то да прерасне в загуба на кост.

Заклучение: При наличие на открити грапави повърхности на денталните импланти здравето на периимплантната зона може да бъде застрашено при използване на конци за зъби и, следователно, интерденталните четки и клечките за зъби може да се окажат предпочитан избор за домашните хигиенни практики на пациентите.

Периимплантитът е събирателно понятие за възпалителни процеси в тъканите около денталните импланти (Zitzmann & Berglungh 2008). Периимплантният мукозит представлява обратим възпалителен процес във функционалните меки тъкани около денталните им-

планти, докато периимплантитът е възпалителен процес, който освен това се характеризира със загуба на кост в периимплантната зона (Lindh et al. 1992; Lang et al. 1993).

Доказано е, че формирането на субгингивален биофилм е причината за реакция на гостоприемника

в тъканите около импланта. С експерименти върху животни и в клинични изпитвания е установено, че наслагването на биофилм върху повърхността на импланта е важен етиологичен фактор за появата и поддържането на периимплаантно възпаление (Pontoriero et al. 1994; Salvi et al. 2012), а вероятно и за последващата загуба на маргинална кост (Lindhe et al. 1992; Lang et al. 1993; Schou et al. 1993 a, b). Ето защо предотвратяването на периимплаантни инфекции и ранното диагностициране на периимплаантен мукозит са от първостепенно значение за дългия живот на имплантите (Meijer et al. 2011). За да се извърши оптимално диагностициране състоянието на импланта, е необходимо да се направи периодонтално сондиране със сонда със стандартизиран натиск, както и дентална рентгенография (Jepsen et al. 1996; Lang et al. 2000). За да се направи дългосрочна оценка състоянието на периимплаантните тъкани, трябва в началото на изпитването да се определи дълбочината на сондиране след поставяне на короната (Jepsen et al. 1996). Няколко изследвания доказват, че липсата на кървене при сондиране сочи към негативна предиктивна стойност, която говори за стабилност на периимплаантните тъкани (Luterbacher et al. 2000). Ето защо за оптимално удължаване живота на имплантите е много важно да се поддържа високо ниво на орална хигиена (Garg et al. 1998; Heitz-Mayfield et al. 2011). В този контекст почистването на имплантите с интерпроксимални

почистващи средства е просто задължително. Конците за зъби и конците тип superfloss са често препоръчвани средства за почистване. Въпреки това неограничената им употреба в зони с открити грапави повърхности на импланти трябва да се постави под въпрос, тъй като частици от края може да останат в периимплаантния сулкус.

Целта на настоящото кратко изложение е да представи възможните рискове от използването на конец за зъби при вече съществуващи лезии от периимплаантит, въпреки предписания интензивен режим на орална хигиена.

Материали и методи

Клинични процедури

Пациентите, на които са били поставени импланти в болница „Рейнланд“ в Лейдердорп, Нидерландия, се проследяваха регулярно, като дентален хигиенист стриктно следеше за редовното им явяване на преглед. На всички пациенти бяха дадени следоперативни инструкции за оптимално отстраняване на периимплаантната плака. Режимът на орална хигиена беше персонално адаптиран към нуждите на всеки пациент в зависимост от вида на надстройката и готовността на пациента да следва режим.

Като рутинна практика редовно се преценяваха индексите на плака и кървене, както и дълбочината при сондиране, за да се оцени състоянието на периимплаантните тъкани. Освен това на всеки две години се правеше панорамна рентгенография или се снимаше

периапикален филм, за да се определи състоянието на периимплаантната кост.

В случаите, в които се установеше периимплаантен мукозит (кървене при сондиране/супурация без загуба на кост), се извършваше детайлно професионално супра- и субмукозно почистване, преценяваше се методът на поддръжка на оралната хигиена и, ако се налагаше, в него се внасяха промени.

В случаите, в които се установеше периимплаантит (кървене при сондиране/супурация, прогресираща загуба на кост), се прилагаше същата процедура. Освен това обаче се взимаше и проба за микробиологично изследване, за да се провери за наличие на патогенни микроорганизми.

Съгласно протокола за кумулативна интерсептивна поддържаща терапия (CIST), който се предлага за поддържане на импланти (Lang et al. 2000), периимплаантният мукозит или началният стадий на периимплаантит се лекуват по посочения начин, като се счита, че след това се възстановява нормалното състояние на периимплаантните тъкани. Ако това не се случи, пациентът се насочва за диагностична хирургия.

След повдигане на мукопериосталното ламбо се инспектира костният дефект и се почиства прецизно заедно с шийката на импланта. Освен това откритата грапавост на повърхността на импланта също се третира с гел за ецване, 1% разтвор на йод и 3% водороден пероксид. Ако евентуално се установят локални дефекти по

костта, те може да се попълнят с автоложна кост.

През последните три години десетима пациенти с персистиращ периимплантит след прилагане на протокола CIST бяха подложени на диагностична хирургия. При всички десет пациенти се установи наличие на остатъци от конец за зъби около грапавата част на денталните импланти (фигура 1). Резултатите от микробиологичното изследване на пробите, взети в продължително поддържащи анаеробни условия преди пристъпване към хирургическата интервенция, показаха значително увеличаване на



Фигура 1. При диагностичната хирургия се установи наличие на голямо количество нишки от конец за зъби при 11-ти и 21-ви зъб.

бактериите основно от вида *Fusobacterium nucleatum*.

Резултати

Резултати in vivo

При всички десет пациенти остатъците от конец за зъби, прикрепени към грапавата повърхност на имплантите, бяха

внимателно отстранени. След това мукопериосталното ламбо се постави обратно и заши.

В девет от десетте случая пълното почистване и диагностичната хирургия на периимплантното поле доведоха до значително подобрение в състоянието на периимплантната зона. Периимплантното кървене при сондиране изчезна напълно, дълбочината на джобовете при сондиране намалю. Въпреки това при един от случаите дълбочината на сондиране намалю, но все още се наблюдаваше кървене при сондиране. Таблица 1 представя данните, разпределени по

Таблица 1

Пол	Възраст	Местоположение на импланта	Хирургическа интервенция преди поставяне на импланта	Причина за загуба на зъба	Колко години е носен имплантът?	Дълбочина на сондиране в милиметри преди корективната хирургическа процедура	Дълбочина на сондиране в милиметри 6 месеца след корективната хирургическа процедура
Ж	38	11/21	Аугментация с ретромолярна кост	Травма	4 ½	7	4
М	24	21	Аугментация с ретромолярна кост	Травма	5	9	5
М	54	11	-	Неуспешно ендодонтско лечение	1	8	4
Ж	56	15/16	Синус лифт с ретромолярна кост	Кариес	1 ½	5	4
М	66	12	Букална кост	Неуспешно ендодонтско лечение	6	7	6
Ж	64	21	-	Неуспешно ендодонтско лечение	6 ½	6	4
М	67	24/25	-	Кариес	8	7	5
М	66	12	-	Фрактура на зъба	6 ½	5	4
М	68	21	-	Фрактура на зъба	7	6	5
М	24	21	-	Травма	6	8	5



Фигура 2. Триене на грапава повърхност на имплант с конец за зъби с восък

пол, възраст, местоположение на импланта, хирургическа интервенция преди поставяне на импланта, причина за загуба на зъба, брой години, в които е носен имплантът, дълбочина на сондиране преди и 6 месеца след корективната хирургическа интервенция.

При всички случаи надстройката представляваше отделна корона, която не пречеше да се поддържа оптимална хигиена. Всички пациенти поддържаха съзъбието така, че да не се развива плака. Един от пациентите имаше две шинирани корони на позиция 24/25, но също поддържаше задоволително ниво на орална хигиена. В резултат от извършеното периимплантните нарушения бяха овладени, а постигнатото добро състояние гарантираше, че в бъдеще имплантите ще бъдат стабилни.

Ин витро тест

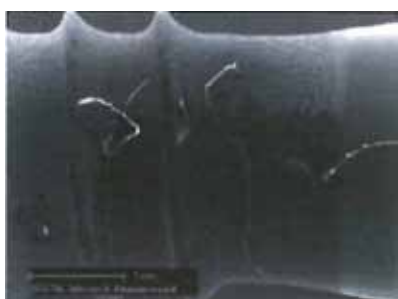
С цел да се изследват още по-задълбочено случаите, в които части от конец за зъби остават върху повърхността на импланта, умерено грапавата SLA повърхност на неизползван стандартен дентален имплант (Straumann, Базел, Швейцария) беше третирана с конец за зъби (Johnson & Johnson, Нью



Фигура 3. Изглед от грапава повърхност на дентален имплант след 10-секундно триене с конец за зъби с восък. Обърнете внимание на мазния вид и остатъците от влакна по повърхността на денталния имплант

Брънзуик, Нью Джърси, САЩ), superfloss® (Oral-B) и интердентални четки върху ин витро модел.

След 10-секундно триене с конец за зъби или superfloss®, върху грапавата повърхност на импланта ясно можеха да се видят влакна и остатъци, като



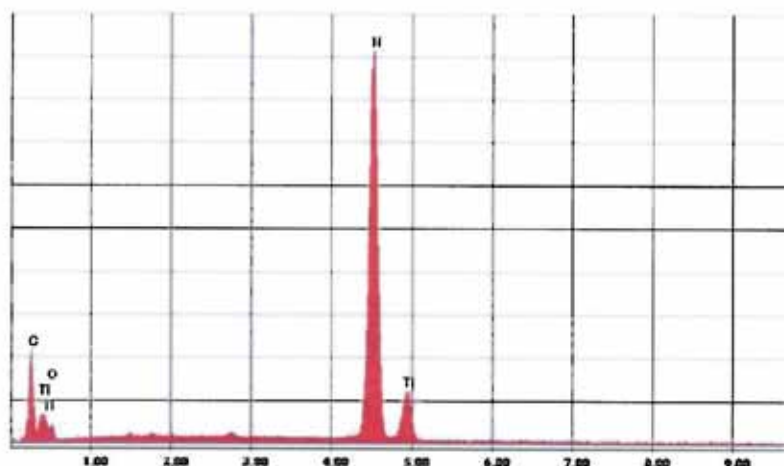
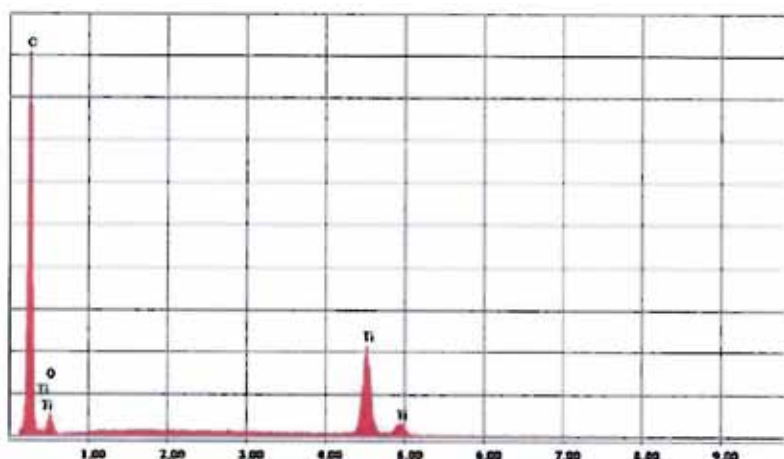
Фигури 4 и 5. Изглед от електронна микроскопия на грапавата повърхност на дентален имплант след 10-секундно триене с конец за зъби с восък/ultrafloss. Остатъците от влакна на конца се забелязват лесно. Находката е потвърдена в анализа, илюстриран на фигура 6.

използваният конец се прокъса (фигури 2 и 3). Освен видимите с електронна микроскопия влакна от конца, по повърхността на третирания с конец повърхности на импланта се забелязваха и големи количества влакнести структури и восък (фигури 4 и 5). По-нататъшният анализ потвърди наличието на органични материали по повърхността на импланта (фигура 6). След прилагане на интердентални четки за почистване не се установиха остатъци. По изображенията, видими с рефлексионен електронен микроскоп, се забеляза само връх в С точката, което говори за минимално количество органичен материал (фигура 7). След почистване с интердентални четки не се засякоха остатъци от влакна (фигури 8 и 9).

Обсъждане

Поддържането на високо ниво на орална хигиена и редовните посещения при дентален хигиенист са предпоставки за дълъг живот на импланта. Практика е да се препоръчва конец за зъби за почистване на интерпроксималните разстояния с цел поддържане на здрава устна кухня. Обикновено това включва и почистване на денталните импланти.

Както се доказва при десетте пациенти, участващи в настоящото изследване, налице са солидни доказателства, че периимплантната загуба на кост е настъпила вследствие от първоначалното излагане на умерено грапавата повърхност и последвалото захващане по нея на остатъци от конца, което стартира прогресиращ



Фигура 7. Изображение под рефлексионен електронен микроскоп на повърхността, третирана с интердентални четки. Забелязва се много малък връх при точка С (органична материя). Обърнете внимание, че скалата в настоящата графика е 4 пъти по-чувствителна от тази на фигура 6.

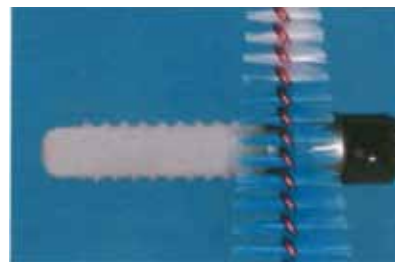
процес на периимплантни инфекции. Остатъците от конец за зъби определено способстват за задържането на плака и може да са изиграли роля на лигатури, както е установено при експериментални изследвания върху животни (Lindhe et al. 1992; Lang et al. 1993, 2011; Schou et al. 1993a,b). Други фак-

тори за задържане на биофилм, които доказано стартират и катализират периимплантни нарушения, са остатъците от запечатващ цимент (Wilson 2009; Linkevicius et al. 2013).

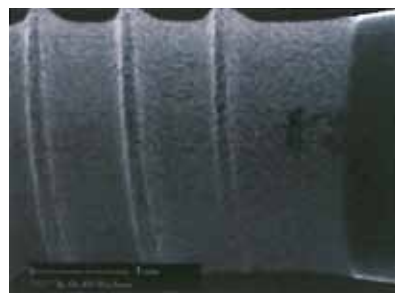
В 74% от случаите на периимплантит, развит вследствие от биофилм, образуван върху излишен стоматологичен цимент, се постигна успешно лечение чрез щателно почистване на излишния цимент (Wilson 2009).

Освен това стана ясно, че след като грапавите повърхности веднъж бъдат изложени на болестния процес, след това по тях по-бързо се натрупват биофилми и то в по-обширна зона, отколкото върху гладки повърх-

Фигура 6. Нетретираните повърхности на импланти показват върхове при точки Ti и O. При третираните повърхности се забелязва различно количество върхове при точка C. Това означава, че останките по импланта са от органичен материал.



Фигура 8. Триене на грапави повърхност на дентален имплант с интердентална четка



Фигура 9. Изображение под рефлексионен електронен микроскоп на повърхност на имплант 10 секунди след триене с интердентална четка. Не се откриват остатъци, видими са само малки следи по повърхността на денталния имплант

ности, от което следва, че прогресията на периимплантните лезии може да е по-скорошна при грапави повърхности (Berglundh et al. 2007).

Остатъците от конци за зъби оказват влияние, когато вече е налице загуба на кост и грапавата повърхност на импланта е открита. Само тогава влакната от конца се отлагат върху повърхността на импланта и спо-

собстват за прогресиране на лезията.

Следователно ежедневно използване на конец за зъби за почистване на интерпроксимални разстояния около имплантите трябва да се постави под въпрос. При открити грапави повърхности на импланти четките и дървените клечки за зъби определено са за предпочитане.

В заключение може да се каже, че настоящото изследване, базирано на серии от наблюдения, предоставя доказателства, че използването на конец за зъби в ежедневната грижа за оралната хигиена при пациенти с дентални импланти може да бъде опасно с оглед прогресията на периимплантни нарушения поради факта, че конецът за зъби може да се разкъса и да остане в периимплантния сулкус.

Благодарности: Настоящото изследване е финансирано от авторите.

Конфликт на интереси

Авторите декларират, че няма конфликт на интереси във връзка с продуктите, споменати в статията.

Използвана литература:

Berglundh, T., Gotfredsen, K., Zitzmann, N.U., Lang, N.P. & Lindhe, J. (2007) Spontaneous progression of ligature induced peri-implantitis at implants with different surface roughness: an experimental study in dogs. *Clinical Oral Implants Research* 18: 655-661.

Garg, A., Callan, D. & Shatz, P. (1998) The key to success: maintaining the long-term health of implants. *Dentistry Today* 17: 104, 106, 108-111.

Heitz-Mayfield, L.J.A., Salvi, G.E., Botticelli, D., Mombelli, A. & Paddy, M., On Behalf of the Implant Complication Research Group (ICRG) (2011) Anti-infective treatment of peri-implant mucositis: a randomised controlled clinical trial. *Clinical Oral Implants Research* 22: 237-241.

Jepsen, S., Rihling, A., Jepsen, K., Ohlenbusch, B. Albers, H.K. (1996) Progressive peri-implantitis. Incidence and prediction of peri-implant attachment loss. *Clinical Oral Implants Research* 7: 133-142.

Lang, N.P. & Berglundh, T. (2011) Peri-implant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology* 38: 178-181.

Lang, N.P., Bragger, U., Walther, D., Beamer, B. & Komman, K.S. (1993) Ligature-induced peri-implant infection in cynomolgus monkeys. I. Clinical and radiographic findings. *Clinical Oral Implants Research* 4: 2-11.

Lang, N.P., Wilson, T.G. & Corbet, E.R. (2000) Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clinical Oral Implants Research* 11: 146-155.

Lindhe, J., Berglundh, T., Ericsson, I., Liljeborg, B. & Marinello, C. (1992) Experimental breakdown of peri-implant and periodontal tissues. A study in the beagle dog. *Clinical Oral Implants Research* 3: 9-16.

Linkevicius, T., Puisys, A., Vindasiute, E., Linkeviciene, L. & Apse, P. (2013) Does residual cement around implant-supported restorations cause peri-implant disease? A retrospective case analysis. *Clinical Oral Implants Research* 24: 1179-1184.

Lutcrbach, S., Mayfield, L., Bragg, U. & Lang, N.P. (2000) Diagnostic characteristics of clinical and microbiological tests for monitoring periodontal and peri-implant mucosal tissue conditions during supportive periodontal therapy (SPT). *Clinical Oral Implants Research* 11: 521-529.

Meijer, H.J.A., Raghoobar, G.M., Goene, R.J. & van der Weijden, G.A. (2011) Complicaties bij patienten met orale implantaten. Aanbevelingen voor periodiek preventief onderzoek. *Nederlandsche Tijdschrift voor Tandheelkunde* 118: 431-437.

Pontoriero, R., Tonelli, M.P., Cammavale, G., Mombelli, A., Nyman, S.R. & Lang, N.P. (1994) Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. *Clinical Oral Implants Research* 5: 254-259.

Salvi, G.E., Aglietta, M., Eick, S., Sculean, A., Lang, N.P. & Ramseier, C.A. (2012) Reversibility of experimental peri-implant mucositis compared with experimental gingivitis in humans. *Clinical Oral Implants Research* 23: 182-190.

Schou, S., Holmstrup, P., Reibel, J., Iuhl, M., Hjørting-Hansen, E. & Kornman, K.S. (1993b) Ligature-induced marginal inflammation around osseointegrated implants and ankylosed teeth: stereologic and histologic observations in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). *Journal of Periodontology* 64: 529-537.

Schou, S., Holmstrup, P., Stoltze, K., Hjørting-Hansen, E. & Kornman, K.S. (1993b) Ligature-induced marginal inflammation around osseointegrated implants and ankylosed teeth. Clinical and radiographic observations in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). *Clinical Oral Implants Research* 4: 12-22.

Wilson, T.G., Jr. (2009) The positive relationship between excess cement and peri-implant disease: a prospective clinical endoscopic study. *Journal of Periodontology* 80: 1388-1392.

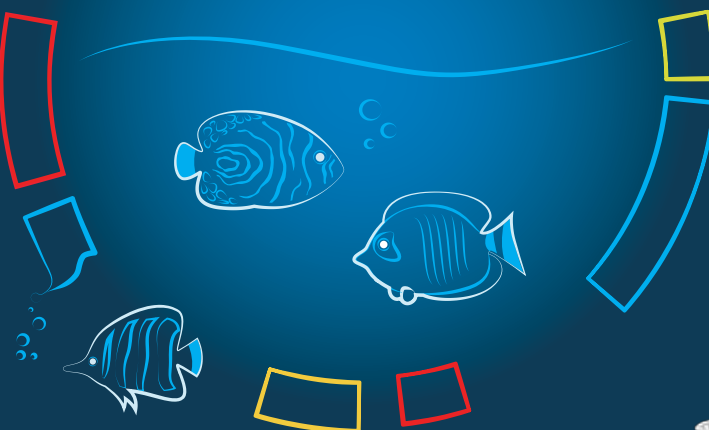
Zitzmann, N.U. & Berglundh, T. (2008) Definition and prevalence of peri-implant diseases. *Journal of Clinical Periodontology* 35, Supplementum 8: 286-291.



MIS GLOBAL
CONFERENCE 2018

© MIS Implants Technologies Ltd. All rights reserved.

360° IMPLANTOLOGY NASSAU PARADISE ISLAND, BAHAMAS, 8-11.02.2018



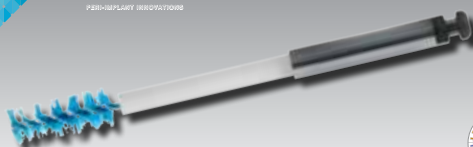
LEARN THE EASY WAY. MAKE IT SIMPLE

MIS има удоволствието да Ви покани на 4та Глобална Конференция: 360° IMPLANTOLOGY, която ще се проведе на красивия остров Насау Парадайс, Бахами. Научна програма, професионални контакти, емоционални преживявания: незабравими емоции за Вас! За информация и записвания: „Лаб Технолоджи“ ООД. Ексклузивен представител на MIS Implants Technologies за България, www.labtechnology-bg.com

mis



LABRIDA
PERIO-IMPLANT REGISTRATION



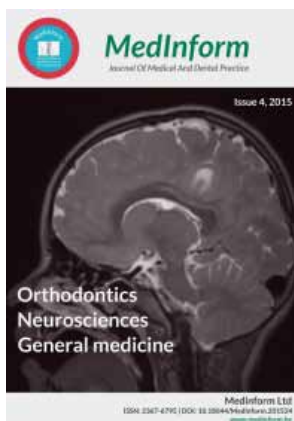
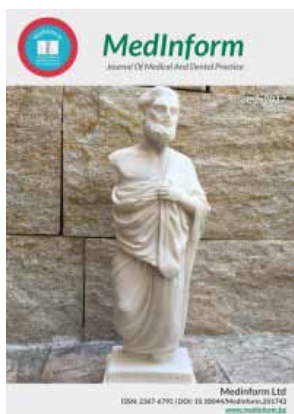
ЛАБ ТЕХНОЛОДЖИ ООД

гр. София 1309, ул. „Враня“ №82, тел./факс : 02 832 0888, e-mail: labtechnology@dir.bg



Уважаеми Колеги,

Имаме удоволствието да Ви поканим да публикувате интересни клинични случаи и Ваши разработки в електронно списание MedInform. Изискванията към авторите са подробно описани на сайта на списанието <http://medinform.bg/>.



При интерес от Ваша страна и въпроси можете да ни пишете на office@medinform.bg

Можете също така да разгледате нашите предложения за научна литература на <http://medinform.bg/store>



ИЗРАБОТВАНЕ НА ИМЕДИАТНА ТРАНЗИТОРНА ЦЯЛА ПРОТЕЗА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ*

Мариана Янкова¹, Диана Фетфова²

Резюме

Настоящият доклад описва клиничен случай на цялостно обеззъбяване, при който в хода на конвенционалното протезиране беше изработена предварителна, транзиторна цяла протеза в две клинични посещения по функционални, естетични и психопрофилактични показания.

Ключови думи: Immediate complete denture, transitional complete denture, intermediate complete denture.

Въведение

В хода на конвенционалното протезиране при цялостно обеззъбяване понякога се налага изработването на предварителни цели протези. Те могат да бъдат конвенционални имедиатни или преходни имедиатни протези, известни в научната литература и с термина транзиторни протезни конструкции (1).

Под “имедиатна протеза” се разбира изкуствена зъбна конструкция, която се поставя в устата непосредствено след екстракцията на разклатени естествени зъби (2) или такива подлежащи на екстракция по други причини. Тя може да бъде мостова протеза, частична протеза (3) или цяла протеза (4). Имедиатната протеза може да бъде планирана и като назъбна протеза (5), тогава когато не планираме екстракцията на зъбите да стане в едно клинично посещение (6,7).

Имедиатните протези са предварителни протези и биват два вида в зависимост от

технологията. Предварителният отпечатък и при двата вида се взима преди екстракцията на зъбите.

Конвенционалната имедиатна протеза се изработва върху модел от предварителния отпечатък, на който зъбите подлежащи на екстракция са отстранени (изрязани) и техните места са оформени по подходящ начин (2, 8, 9). Тази протезна конструкция се поставя веднага след екстракцията на зъбите. Първоначално тя може да бъде ребазирана с мека пластмаса (10), а след 6 месеца, когато тя бъде ребазирана с твърда топлополимеризираща пластмаса, тя би могла да се превърне в окончателна. Нова протеза се налага да бъде направена след две години (11).

Когато протезната конструкция се изработва след екстракцията на зъбите, тя се определя като транзиторна или интермедиатна. Тя се използва за кратко време – три до шест месеца, след което се изработва постоянна протеза по класическата технология.

* Статията се печата с любезното съдействие на сп. MedInform.

¹ Асистент; Катедра Протетична Дентална Медицина, Факултет Дентална Медицина, Медицински университет – София

² Студент 6 курс, Факултет Дентална Медицина, Медицински университет – София

Различни технологични подходи са описани от различни автори (3, 4, 6, 12, 13, 14).

Когато пациентът има стара мостова протеза върху зъбите, подлежащи на екстракция, подходяща по естетични и функционални показатели, тя може да бъде използвана като прототип при изработването на зъбите на протезата (Khan) или да бъде включена в самата протеза (12, 13, 14). Някои автори предлагат готовите протези да бъдат временно подплатени с тъканен кондиционер или мека пластмаса (10, 13, 14).

Клиничен случай

Пациентката Г. Д. на 73 г. постъпи в ФДМ - София, в упражнението по Клиника на протетичната дентална медицина с оплакване за нестабилност на наличните конструкции и дискомфорт при хранене и говор. При клиничния преглед се установи изцяло обеззъбена горна челюст с екстракционни рани на не повече от една седмица. От снетата анамнеза се разбра, че зъбите мостоносители са екстрахирани наскоро, а старите протезни конструкции (сн.2), частична протеза на горна челюст, заместваща премолари и молари и металокерамичен мост във фронталната област, пациентката задържаше в устата, посредством адхезив за протези. Времето, което беше минало от множествената екстракция, не беше достатъчно за оформяне на алвеоларния гребен с оглед изработване на дефинитивна протезна конструкция. Пациентката беше категорична, че не може и не желае да остане дори за миг без зъби. Затова нашето предложение към нея беше - изработване на транзиторна цяла протеза. Тази временна цяла протеза тя щеше да ползва по време на оздравителния период и до изработването на дефинитивната цяла протеза. Старите протезни конструкции, с които пациентката дойде бяха подходящи да бъдат включени в преходната цяла протеза (сн.1).



сн.1. Стари протезни конструкции – разделени.



сн.2. Стари протезни конструкции – свързани, посредством еднораменните куки на частичната плакова протеза.

В настоящото клинично посещение взехме двуетапен отпечатък с тестообразен

силиконов материал (Elite HD, Zhermack) и коректурна маса с нисък визкозитет.

Тестообразната маса използвахме за оформяне на липсващата вестибуларна плака на бъдещата цяла протеза, а нисковизкозния материал за по-голяма точност при отпечатване на протезното поле (сн. 3 – а, б и сн. 4 – а, б, в). За запазване на челюстната релация, отпечатъкът беше взет в захапка по метода на Попов (8).



сн. 3а



сн. 3б

Сн. 3. Отпечатък с тестообразна маса – аксиален изглед (а) и фронтален изглед (б).



сн. 4а



сн.4б



сн.4в

Сн. 4. Коректурен отпечатък – изглед в устата (а), аксиален изглед (б) и фронтален изглед (в).

От взетия отпечатък беше отлят модел. (сн. 5 – а, б, в)



сн. 5а



сн.5б



сн.5в

Сн. 5 а, б, в – отлят модел.

Преди да опаковаме протезните конструкции и модела, беше направен восъчен моделаж, за да бъде подобрен прехода между керамичния мост и протезата и да бъдат оформени ръбовете на протезата. (сн. 6 а, б, в)



сн. 6а



сн. 6б



сн. 6в

Сн. 6 а, б, в – восъчен моделаж.

Моделът с протезните конструкции беше опакован в кювета. Оставалите етапи не се различават от етапите при класическата технология на ребазиране на цели протези. (сн. 7, 8 а, б и 9 а, б).



сн. 7. Опакована протеза в кювета.



сн. 8 а



сн. 8 б

сн. 8 а, б. Отваряне на кюветата преди изпаряване и премахване на отпечатъчния материал.



сн. 9 а



сн. 9 б

сн. 9 а, б. Отваряне на кюветата след изпаряване восъка.



сн. 10 а



сн. 10 б



сн. 10 в



сн. 10 г

Сн. 10 а, б, в, г – Готова протеза – различни изгледи

На следващия ден беше второто клинично посещение, в което протезата беше поставена в устата.



сн. 11 а



сн. 11 б

Сн. 11 а, б - Протезата в устата на пациентката

Обсъждане

Предимствата на имедиатните протези за безпорни. Те имат психопрофилактичен ефект (2). Обстоятелството, че болния получава протезната конструкция веднага след изваждането на зъбите, елиминира времето за изчакване на пълното заздравяване на раните и оформяне на протезното поле (8).

Имедиатната протеза – конвенционална или транзиторна оскъпява лечението, но след като пациента знае, че ще получи такава протеза, той по-лесно се съгласява да екстрахира своите зъби.

Тези протезни конструкции водят до по-високо качество на окончателната протеза, позволява хирургичното лечение да бъде завършено в едно посещение или по медицински показания да бъде разсрочено във времето (при планиране на назъбна имедиатна протеза), позволява дублиране на формата и позицията на естествени зъби и осигуряват резервна протеза по време и след изработване на дифинитивната протезна конструкция. Те запазват външния вид на пациента, мускулния тонус и размера на езика. Имедиатната протеза служи като превръзка, екстракционната рана епителизира по-бързо и без болка. Челюстната релация се запазва. Оклузо-артикуляционните контакти, дъвкателната и говорната функция се

възстановяват по-лесно, тъй като пациента оставя само за кратко време без зъби.

Недостатъците на имедиатното протетично лечение се свързва с необходимостта от няколкократно ребазирание на протезните конструкции като резултат от резорбтивно-атрофичните процеси в областта на екстрахираните зъби.

Заклучение

Функционалната, естетичната и психопрофилактичната стойност на имедиатното лечение оправдават неговия смисъл. Чрез изработената от нас имедиатна транзиторна протеза ние подобриме комфорта на пациентката по отношение на естетика и функция и повишихме качеството ѝ на живот.

Литература:

1. Caputi S. et al.: Immediate denture fabrication: a clinical report. Ann Stomatol (Roma). 2013 Jul-Sep, 4(3-4): 273–277.
2. Filchev A.: Clinic of Prosthetic dentistry. Mind Print, Sofia, 2014:276-279. (in Bulgarian)
3. Smith DE.: Interim dentures and treatment dentures. Dent Clin North Am. 1984 Apr;28(2):253-271.
4. Khan Z, Haeberle CB.: One appointment construction of an immediate transitional complete denture using visible light-cured resin. J Prosthet Dent. 1992;68(3):500–502.
5. Woloch MM. Non traumatic immediate complete denture placement: a clinical report. J Prosthet Dent. 1998;80:391–3.
6. Phoenix RD, Fleigel JD.: Cast modification for immediate complete dentures: Traditional and contemporary considerations with an introduction of spatial modelling. J Prosthet Dent. Dec 2008, 100(5):399-405.
7. Seals RR, Kuebker WA, Stewart KI.: Immediate complete dentures. Dent Clin North Am. 1996,40(1):151–167.
8. Popov N.: Clinic of Prosthetic dentistry. Sofia, 1992:228, 256-257. (in Bulgarian)
9. McEntee Michael I., PhD, LDS(I), Dip Prosth, FRCD (C). The Complete Denture, A Clinical Pathway. Quintessence Publishing Co, Inc, 1999:89-95.
10. Jivanescu A. et al.: Immediate Complete Denture: A Case Report. TMJ 2003, 53(3-4): 293-296.
11. Kraljevic S. et al.: Immediate Complete Denture. Acta Stomatol Croat. 2001, 35(2):281-285.
12. Gooya A. et al.: Fabricating an interim immediate partial denture in one appointment (modified jiffy denture). A clinical report. J Prosthodont. Jun 2013, 22(4):330–333.
13. Memari Y, Gooya A.: Single – Appointment Fabrication of Interim Immediate Denture: A Clinical Report. J Dent School 2013; 31(2):125-130.
14. Fabrication of Interim Immediate Denture: A Clinical Report. J Dent School 2013; 31(2): 125-130.
15. Tuncel I, Celik G.: A Clinical Pathway for Fabrication of Immediate Complete Dentures. Int J Prosthodont Restor Dent. 2015, 5(2):60-62.

Автор за кореспонденция:

Асистент д-р Мариана Янкова;
Катедра по Протетична Дентална Медицина,
Факултет по Дентална Медицина,
Медицински университет – София;
Бул. Св. Г. Софийски 1, София 1431, България;
Телефон: +359 888 440823;
E-mail адрес: m.jankova@abv.bg;



Уважаеми колеги,

Имаме честта да Ви уведомим, че изборът на Зъболекар на годината – 2018 ще се проведе на 9-11 февруари по повод на професионалния ни празник „Св. Аполония“. Мястото и дневния ред ще уточним на Общото събрание на 16 декември.

Желаем Ви весели празници и щастлива Нова година!

от Управителния съвет на СБЗ





Уважаеми колеги, с радост искаме да ви съобщим, че през изминалата година със своята скромна лепта от 1500 лв., събрана от вас на благотворителната томбола по време на Коледен бал 2016, СБЗ взе участие в една много по-мощна дарителска кампания, организирана от нашата многоуважавана колега д-р Павлина Христова, и дамите арх. Анета Топавичарова, арх. Ани Маркова, както и техни приятели и спомоществователи. В рамките на тази акция бяха инвестирани общо около 7000 лв. като бяха обновени изцяло градината и алеите на дома.

Сега слепите потребители могат самостоятелно да излизат и да правят разходките си.

Тук публикуваме благодарственото писмо от г-жа Темелкова, Управител на дома, както и няколко снимки, с помощта на които колегите да добият представа за свършеното.

Благодарим от сърце на инициаторите, че ни направиха част от това добро дело.

С Уважение
УС на БЗС

БЛАГОДАРСТВЕНО ПИСМО ОТ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ И ЕКИПА НА ДОМ ЗА СЛЕПИ ЛИЦА

Уважаеми дами и господа,

Дом за слепи лица – „Балша“ № 23 е най-старата социална институция на столицата. През 1938 г. семейство лекари даряват своя дом за приют „Сляпа жена“. В момента институцията съществува като Дом за лица със сетивни увреждания, управлявана от Столична община. Капацитетът е 22 души – лица с частична, или тотална загуба на зрение и слух. Поради намаления капацитет и недостатъчното финансиране, свързано с единния разходен стандарт изпитваме затруднения с поддръжката на базата. През изтеклата година благодарение на Вас, на вашето дарение и на организаторите – д-р Павлина Христова и д-р Владимир Ашиков, домът се сдоби с прекрасен двор, в който незрящите хора правят самостоятелно разходките си. От името на екипа и потребителите изказвам най-сърдечна благодарност. Пожелавам Ви здраве, лично и професионално щастие и светлина в душите по коледните празници и след тях.

С уважение и благодарност

Йорданка Темелкова

