

Български[®] ЗЪБОЛЕКАР

(брой 2 (30), ноември 2022)



Електронен вестник
на Сдружението
на българските зъболекари

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА Д-Р АНАТОЛИЙ КЪНЕВ, ЧЛЕН НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА СБЗ

МОЖЕ БИ ТОВА УСТРОЙВА ВСИЧКИ

За пътя на Сдружението може да се пише много и затова подготвяме специално издание за историята му от създаването до наши дни. То е един от първите радетели за създаване на частната практика в България след 10 ноември и може би затова за повечето от по-младите колеги е непознато. В „интересните“ времена, в които живеем, подобни организации може би се свързват в представите на хората с постоянно роящите се партии, а отношението към тях се видя в процента участници в последните избори. Сдружението на българските зъболекари е трибуна на професионалисти и има за цел да защитава интересите ни, то е място за споделяне между колеги и съмишленици. С огорчение установявам, че повечето зъболекарски сдружения не развиват активна дейност, което още веднъж доказва тенденцията към единачество на колегията и все по-голямото ѝ отдръпване от обществена дейност. Така защитата на интересите ни е оставена в ръцете на все едни и същи хора, които като едни „професионални“ политици профе-



ПАРТНЬОРИ

MIS[®]
BULGARIA

PHILIPS

bredent^{group}
— BULGARIA —



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ



Medical Depot R&K



Pierre Fabre

AXIS

РОМИДЕНТ



КРИС 95



ЕЛАНА Фонд Мениджмънт

сионално се грижат само за себе си. Може би това устройва всички. Дано устройва и пациентите!

В този ред на мисли се сещам за един от героите на Хайтов от „Диви разкази“ (от разказа „Когато светът си събуваше потурите“) – след много опити за бизнес, той, спечелил накрая от кебапчета и бира, наречена „Офицерска“. На въпроса, защо пък точно офицерска, героят отговаря: „Такава я карат!“.

Като че ли в зъболекарските среди се случва нещо подобно. Някой отнякъде ни „кара“ наредби и мижави реформи, които не са в наша полза, но пък и не пречат много. Може би това устройва всички?! Много колеги не работят със Здравно-осигурителната каса при тези постоянно растящи цени и минимално променящи се условия от страна на НЗОК. Просто не виждат смисъл. Малка част клиники (всички им знаем имената), чисто лобистки, са подобрили взаимоотношенията си с касата и се чувстват комфортно. Може би и това устройва всички!

Денталните факултети постоянно се роят и увеличават броя на студентите, като твърдят, че качеството на образование е великолепно. В същото време държавните специализации на младите колеги сякаш са тема табу. И още, процентно на глава от населението България е на първо място по брой на зъболекарите. За сравнение – Швейцария е на последно място. Явно и това устройва всички!

Но, дотук с проблемите! Има и положителни неща в равностметката. Явно стартът, положен от СБЗ, доведе до добри резултати и колегите имат достойно място в обществото, дори финансово. Все пак, странно е, че в очите на лекари и фармацевти ние сме единни и защитаваме интересите си. Не смея да си мисля какво става в техните гилдии и кое ли ги устройва!

Много фирми подкрепят нашата дейност, за което им благодарим и, понеже предстои декември – месецът с много празници, а ние, макар да не сме безделници, все пак не можем без празници, пожелаваме на всички колеги удовлетворяваща и качествена работа, здраве и берекет.

Използвам случая да ви поканя на новогодишния бал на Сдружението, който ще се състои в Парк-хотел „Москва“ на 17 декември 2022 г.

Заедно можем повече!

Д-р Анатолий Кънев, член на УС на СБЗ

В БРОЯ

Обръщение на д-р Анатолий Кънев,
член на УС на СБЗ
стр. 1

Орални лезии и диагностичен алгоритъм.
Продължение
гост-лектор –
проф. Ангелина Киселова-Янева, дмн
стр. 3

July Morning
стр. 21

„Палавото зъбче“
стр. 25

Ретрото е модерно
стр. 27

Новогодишен бал
стр. 36



В този брой на вестника продължаваме да публикуваме презентацията на проф. Киселова „Орални лезии и диагностичен алгоритъм“. Тя бе представена за пръв път на 12 февруари 2022 г. в гр. Плевен на срещата на СБЗ във връзка с професионалния ни празник „Св. Аполония“. Поради големия интерес решихме да я направим достояние на колегията, като тук публикуваме малка част от нея поради големия ѝ обем, а целия материал можете да видите на нашия сайт.

Проф. Киселова е прекрасен и доказан учен и лектор, тя е пример за това, какво е учител, колега и, не на последно място, фина дама, излъчваща достойнство и аристократизъм. Позволявам си да „открадна“ нейното определение за алгоритъм, за да обясня усилията на Сдружението при работата с колеги: „набор от правила, които точно дефинират поредица от действия“.

Използвам случая да благодаря на проф. Киселова, а на читателите да пожелаая приятно четене!

ОРАЛНИ ЛЕЗИИ

ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

Проф. д-р А. Киселова-Янева, дм, дмн

Плевен, 2022

Продължителността на диагностичния процес се определя от:

- етиологията, епидемиологията, нозологията, патологията, и провежданата до момента диагностика и терапия, ако има такава;
- според етиологичните фактори: външни (механични, физични, химични, биологични и др.) и вътрешни (конституция и наследствени особености на организма);
- според динамиката на протичане на процесите: преакутни, акутни, субакутни, хронични;
- клинично изследване – характеризиране на болестния процес чрез оглед, палпация, перкусия, аускултация, сондиране.

- според локализацията: генерализирани и локални;
- според разпространението: органни и системни;
- според характера на патологичния процес и реактивността на организма: алергологични, възпалителни, дегенеративни, идиопатични, имунологични, неопластични, хиперпластични, хормонални/метаболични.

Трябва да се има предвид, че това разделяне е условно и често се нуждае от допълнително уточнение. Например, дегенеративните и неопластичните заболявания имат подобна патогенеза, но названието им не посочва етиологичния фактор.

Хормоналните или метаболичните заболявания обратно, посочват етиологията, но не и патологичните находки.

Редица придобити хиперпластични лезии (например по устната лигавица) имат и възпалителен компонент. По този начин всяка лезия, включена в конкретна нозологична единица, може да бъде и групирана, и в една или повече от изброените по-горе групи, напр. „орални прояви на системни заболявания“.

Диференциалната диагноза се прави и според характерни клинични белези, като промени в: цвета, формата, релефа, броя на

лезии, увреждане на целостта на оралната лигавица, болка, ангажиране на регионалните лимфни възли и др.:

- промени в цвета – бели лезии (кандидоза, кератоза, идиопатична левкоплакия, лихен планус, химическо изгаряне, бял влакнест невус); червени лезии (еритроплакия, ЕЕМ); пигментни лезии (кафяви, сиво-черни, смесени);
- промени във формата – кръгли, овални, елипсовидни, триъгълни, квадратни, правоъгълни, полигонални;
- промени в релефа – макули, папули, везикули, були, стрии, еритеми, розетки, плаки;

- промени в целостта на оралната лигавица – ерозии, язви, афти, улцери;
- брой на лезиите – единични, множествени (групирани, дисеминирани, дифузни).

Костните лезии могат да бъдат групирани според техните рентгенографски образи, като радиолуцентни, радиопрозрачни или смесени (радиолуцентни и радиопрозрачни) лезии.

Списъкът на възможните заболявания и ходът на развитие на клиничната им картина са в основата на диференциално-диагностичния процес.

Категоризирането на заболяванията, близки по етиология, патогенеза и клинична картина, е много полезно още на клинично ниво и гарантира най-точно поставянето на окончателна диагноза, но изисква и добро познаване на широкия спектър на патологичните реакции и процеси в организма.

Редица заболявания имат висок малигнизирателен потенциал: соларен хейлит, дисфагия, парализа на Bell, верукозна левкоплакия, бял плосък лишей, субмукозна фиброза и др. Има и такива, които са с висок леталитет: ангиоедем, лимфом, рак, сифилис, туберкулоза, ХИВ-СПИН и др.

Медицинската история на денталните пациенти дава информация и за съпътстващите системни заболявания и съответната терапия:

- Алергия към основни групови алергени, като: битови, професионални, индустриални, физикални, латекс, полени, храни, медикаменти.
 - Анемия – ниското ниво на хемоглобин (под съответното за възрастта) може да бъде контраиндикация за обща анестезия.
- Съпътстващи симптоми на анемията обичайно са: кандидоза, понижено слюноотделяне, ксеростомия, синдром на парещата уста, глосит, улцерозни лезии и ангуларен хейлит.

- Тенденцията към кървене, приемът на аспирин и някои други нестероидни противовъзпалителни лекарства крият опасност при някои хирургични процедури, вкл. поставяне на инжекции.
- Кардио-респираторните заболявания могат да бъдат контраиндикация за обща анестезия.

Пациенти с различни сърдечни заболявания са предразположени към развитие на бактериален ендокардит вследствие на някои дентални процедури. Имат и тенденция към кървене поради прием на антикоагуланти, към хиперплазия на гингивата при прием на калциеви антагонисти и др.

Регистриране на жизнените показатели и отклоненията им:

- позиция на тялото;
- телесна температура;
- пулс: деца – 140 удара в минута; възрастни: 60–80 удара в минута. Тези стойности могат да се променят при физическо натоварване, физическа слабост, умора, повишена температура, някои сърдечни заболявания, хипертиреоидизъм и др. смущения;

- кръвното налягане трябва да се мери със сфигмоманометър или някои от другите видове апарати. Нормалните стойности са 120/80 mmHg, но зависят и от възрастта на пациента;
- дишане – нормалните граници са 12–20 мин.;
- тегло – загуба на тегло се установява при: гладуване, недोхранване, хранителни разстройства, кахексия при раково болни, ХИВ, малабсорбция, туберкулоза и недостатъчно физическо натоварване;

- крайници – при заболявания на опорно-двигателния апарат като: ревматоиден или остеоартрит, болест на Рейно или церебрална парализа – има видими промени;
- кожа – пигментации, обриви, лезии, сърбеж, инфекции или лекарствени реакции, болест на Адисон и др.;
- кожни придатъци – промени по ноктите и косата могат да насочат вниманието към анемия, алоpecia areata, сърдечни или респираторни заболявания.

Решаващият момент при снемане на анамнезата е да се комуникира **ТОЧНО И ЯСНО**. Пациентът се насърчава да предостави информация за здравословния си проблем и симптомите, свързани с него в хронологичен ред – от възникването им до момента. От анамнезата и установените при клиничния преглед находки лекарят трябва да изгради информационен модел, който да съответства максимално на състоянието.

Първоначално лекарят наблюдава състоянието на пациента и разпознава характерните признаци за болестта.

Снемането на анамнезата е основна и интегрираща част от диагностичния процес и зависи от личността и познанията на лекаря. Контактът и доверието между лекар и пациент се установява най-бързо, ако се обсъди обстойно настоящото страдание, което вълнува пациента, и едва след това се премине към миналите заболявания и фамилната анамнеза.

- Анамнезата бива два вида: анамнеза на живота (Anamnesis vitae) и анамнеза на болестта (Anamnesis morbi).

Анамнеза на живота (*anamnesis vitae*) – дава данни за жизнената среда и наследствената обремененост на пациента. Включва четири основни въпроса:

- Има ли наследствена обремененост?
- Каква е професията на пациента и какви са особеностите на обичайната му работна среда – вредни фактори („професионална анамнеза“)?
- Каква е битовата среда на пациента и какви са неговите навици (тютюнопушене, алкохол, наркотици)?
- Какъв е неговият обичаен хранителен режим?

Анамнеза на болестта (*anamnesis morbi*) – има две основни части: анамнеза на сегашното състояние и минала анамнеза:

- Анамнеза на сегашното състояние – дава информация за хронологията и характеристиката на настоящите оплаквания по органи и системи. Тя дава информация за сегашното състояние с отговорите на конкретни въпроси:
 1. Какво Ви води при мен: болка, дискомфорт, промяна в чувствителността на зъбите или другите органи в устната кухина? Естетичен проблем на един или група зъби, промяна в общата визия?

2. Нарушена ли е функцията: дъвкателна, говорна, специфична?
3. Откога датира, с каква продължителност е и на какво място се проявява?
4. Има ли кървене от венците или от другите тъкани и органи в устната кухина – спонтанно, провокирано, ексудация, супурация, вид на ексудата?
5. Има ли оток – интраорален и екстраорален; по лицето и шията, по тялото?
6. Има ли промяна във вкуса, промяна в количеството и качеството на слюнката, халитоза?

7. Предшестващи оплаквания, свързвани с конкретния проблем?
8. Утежняващи фактори?
9. Диагностицирано и лекувано ли е до момента заболяването и с какъв успех?
10. Има ли съпътстващи документи, в които е отразена информацията?
11. Провежда ли се лечение в момента и с какви медикаменти?
12. При необходимост се задават допълнителни въпроси и се изискват резултати от проведени по-рано изследвания.

В случай на нужда се задават и *уточняващи въпроси*:

1. С каква честота: еднократен, многократен, интервали, ремисии?
2. Има ли инициращи или повтарящи се фактори, които го отключват?
3. Каква е хронологията на процеса: влошаване, подобряване, без промяна?

Ако основният проблем е **болката**, трябва да се определи: локализация (конкретен зъб, група зъби, тъкани, органи); характер (локализирана, ирадираща, остра, тъпа, неприятна, чукаща, теглеща); влияние от механични, физични, химични и др. стимули.

➤ *Минала анамнеза* – дава данни за минали заболявания, функционални нарушения, прекарани операции и техните резултати (ако има стимулатори, трансплантации др.) – в хронология от детството до днес. Тя дава информация и за предишни епизоди на същите или на сходни оплаквания, на засягане на други органи и системи, за симптоми от общ характер, като загуба на тегло, сензорна загуба, стомашно-чревни нарушения, свързани с орални изяви или други лезии, кожни проблеми, очни проблеми, аногенитални лезии, язви, брадавици, психични и хранителни разстройства, злоупотреба с наркотици, хирургични интервенции, лъчетерапия и др.

- Отбелязват се минали заболявания, консултации, хоспитализации, операции, алергии, склонност към кървене, кардио-респираторни проблеми, лекарствена терапия – кортикостероиди и/или антикоагуланти, диабет, инфекциозни заболявания и др. Пациентите могат да носят и официални документи като: алергичен паспорт, електронни карти, гривни или колиета.

Клиничната оценка започва със задълбочена медицинска история, физикален преглед, внимателно анализиране на симптомите и назначаване на необходимите параклинични изследвания.

Внимателно снетата анамнеза и клиничната находка скъсяват списъка на възможните диагнози и направляват дедуктивните разсъждения в няколко посоки:

1. Пациентите, изложени на риск от сериозни клинични проблеми, често могат да се идентифицират чрез анамнестични данни като: прогресивна експанзия на туморната маса или продължителност на дрезгавина в гласа.
2. Известно е, че напредналата възраст може да бъде фактор за възникване и метастазиране на неоплазми.
3. При млади пациенти и юноши възпалителните лезии, особено от третите молари, са често срещани.

4. Инфекциозната мононуклеоза и злокачествените заболявания на щитовидната жлеза трябва да се подозират при млади пациенти.

5. Лимфаденитите при деца обикновено са отговор на остра инфекция.

6. Данните на пациента за продължителността на присъствието на лезията в устната кухина са полезна информация. Съществува мнение, че лезия, присъстваща 7 дни, е възпалителна, седем месеца е неопластична, а седем години – вродена.

7. Тъй като определени лезии се развиват дискретно в труднодостъпни зони, познаването на анатомията на лицето, главата и шията е много важно за диференциалната диагноза.

PHILIPS

sonicare

Cordless Power Flosser

Гингивално здраве

Ин виво изследване

Сравнение на безжичен зъбен душ Philips Sonicare Cordless Power Flosser и ръчна четка за зъби с три други метода за почистване на междузъбните пространства по отношение на гингивита и плаката след шестседмичен период на домашна употреба

Мирза Ф., Фостър Дж., Нелсън М., Уорд М., Милеман К., Милеман Дж.
Salus Research Inc., Форт Уейн, Индиана, САЩ

Цел

Да се оцени ефектът на четири различни метода за почистване върху гингивита, гингивалното кървене и повърхностната плака след шестседмичен период на домашна употреба. Различните методи за почистване включват: само ръчна четка за зъби (PЧЗ); PЧЗ, използвана с безжичния зъбен душ Philips Sonicare Cordless Power Flosser; PЧЗ, използвана с интердентална четка; и PЧЗ, използвана с конец за зъби.

Методология

Триста седемдесет и двама възрастни (279 жени, 93 мъже) на възраст 18-65 години (средна възраст: 43.2 години), участваха в 4-раменно, включващо 3 посещения, единично сляпо, рандомизирано, с паралелен дизайн, одобрено от IRB клинично проучване, проведено в един център. Допустимите субекти бяха редовни потребители на PЧЗ с умерен до тежък гингивит, който включваше средна оценка на модифицирания индекс на плаката на Рустоги (RMNPI) от ≥ 0.6 след три до шест часа натрупване на плака и оценка на индекса на гингивалното кървене (GBI) от ≥ 1 на поне 50 гингивални места. Резултатите на субектите за RMNPI, GBI и модифицирания гингивален индекс (MGI) в началото бяха сходни. Допустимите субекти бяха рандомизирани в едно от четирите рамена за лечение: използване само на класическа PЧЗ Colgate® (група CTB), използване на PЧЗ и безжичен зъбен душ Philips Sonicare Cordless Power Flosser, използван в режим на почистване с висока интензивност заедно с крайника QuadStream (група SPF), използване на PЧЗ и интердентална четка TePe® (група IDB) или използване на PЧЗ и неароматизиран восъчен конец за зъби Reach® (група FLS). На всички изследвани лица беше предоставена паста за зъби Crest® Cool Mint, която да използват по време на проучването, като те бяха помолени да се въздържат от всякакви други методи за устна хигиена в домашни условия. Участниците бяха инструктирани да почистват зъбите си у дома с PЧЗ в продължение на една минута два пъти дневно за период от шест седмици. Участниците в групите, на които е назначен и допълнителен метод за почистване на междузъбните пространства, различен от този с PЧЗ, бяха инструктирани да използват допълнителния метод веднъж дневно вечер съгласно предоставените инструкции. Оценка на ефикасността и безопасността се провеждаха на 2-ра и 6-а седмица, при което се оценяваха отново нивата на повърхностната плака, гингивита и кървенето. Спазването на правилата се проследяваше чрез преглед на дневника на субекта. Безопасността беше оценена чрез доклад на субекта и преглед на устната кухина.

Резултати

Модифициран гингивален индекс (MGI)

На изходното ниво резултатите за средната стойност на MGI по метода на най-малките квадрати (LS) и 95% доверителен интервал (CI) са 2.70 (2.66, 2.75) за SPF, 2.74 (2.69, 2.78) за CTB, 2.71 (2.67, 2.75) за IDB и 2.74 (2.69, 2.78) за FLS, р-стойност = 0.5934.

След двуседмична употреба на продукта средните стойности на MGI LS и 95% CI са 2.18 (2.15, 2.21) за SPF, 2.76 (2.73, 2.79) за CTB, 2.68 (2.65, 2.71) за IDB и 2.67 (2.64, 2.70) за FLS, р-стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 20.02% (18.85%, 21.19%) за SPF, -1.76% (-2.93%, -0.58%) за CTB, 1.29% (0.10%, 2.47%) за IDB и 1.86% (0.68%, 3.05%) за FLS, р-стойност < 0.0001.

След шестседмична употреба на продукта средните стойности на MGI LS и 95% CI са 1.94 (1.89, 1.98) за SPF, 2.77 (2.72, 2.82) за CTB, 2.64 (2.60, 2.69) за IDB и 2.64 (2.59, 2.69) за FLS, р-стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 29.10% (27.32%, 30.88%) за SPF, -2.10% (-3.85%, -0.36%) за CTB, 2.60% (0.83%, 4.38%) за IDB и 2.82% (1.07%, 4.58%) за FLS, р-стойност < 0.0001.

Сравненията по двойки на MGI за четирите групи показват, че има статистически значима разлика ($p < 0.0001$) между групата SPF и всяка от другите групи за лечение както при 2-седмичния, така и при 6-седмичния период.

Индекс на гингивално кървене (GBI)

На изходното ниво средните стойности на GBI LS и 95% доверителен интервал (CI) са 0.46 (0.43, 0.50) за SPF, 0.48 (0.45, 0.52) за CTB, 0.46 (0.43, 0.49) за IDB и 0.47 (0.44, 0.50) за FLS, р-стойност = 0.7165.

След двуседмична употреба на продукта средните стойности на GBI LS и 95% CI са 0.17 (0.15, 0.19) за SPF, 0.46 (0.44, 0.48) за CTB, 0.38 (0.36, 0.40) за IDB и 0.37 (0.35, 0.39) за FLS, р-стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 64.20% (60.26%, 68.13%) за SPF, 0.75% (-3.21%, 4.72%) за CTB, 17.46% (13.48%, 21.44%) за IDB и 20.40% (16.42%, 24.38%) за FLS, р-стойност < 0.0001.

След шестседмична употреба на продукта средните стойности на GBI LS и 95% CI са 0.13 (0.10, 0.15) за SPF, 0.47 (0.44, 0.50) за CTB, 0.43 (0.40, 0.46) за IDB и 0.38 (0.36, 0.41) за FLS, р-стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 75.30% (70.31%, 80.30%) за SPF, -0.95% (-5.86%, 3.97%) за CTB, 8.03% (3.04%, 13.02%) за IDB и 17.25% (12.32%, 22.19%) за FLS, р-стойност < 0.0001.

Сравненията по двойки на GBI за четирите групи показват, че има статистически значима разлика ($p < 0.0001$) между групата на SPF и всяка от другите групи за лечение както при 2-седмичния, така и при 6-седмичния период.

Модифициран индекс на плаката на Рустоги (RMNPI)

На изходното ниво резултатите за средната стойност на RMNPI LS и 95% доверителен интервал (CI) са 0.84 (0.83, 0.85) за SPF, 0.84 (0.83, 0.86) за CTB, 0.83 (0.81, 0.84) за IDB и 0.84 (0.83, 0.86) за FLS, p -стойност = 0.3678.

След двуседмична употреба на продукта средните стойности на RMNPI LS и 95% CI са 0.69 (0.68, 0.70) за SPF, 0.84 (0.83, 0.85) за CTB, 0.82 (0.81, 0.83) за IDB и 0.81 (0.80, 0.82) за FLS, p -стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 16.91% (15.75%, 18.06%) за SPF, -0.12% (-1.28%, 1.04%) за CTB, 1.55% (0.38%, 2.72%) за IDB и 2.87% (1.70%, 4.04%) за FLS, p -стойност < 0.0001.

След шестседмична употреба на продукта средните стойности на RMNPI LS и 95% CI са 0.68 (0.67, 0.69) за SPF, 0.85 (0.84, 0.86) за CTB, 0.83 (0.82, 0.84) за IDB и 0.82 (0.81, 0.83) за FLS, p -стойност < 0.0001. Изразено като общо процентно намаление спрямо изходното ниво, то е 18.80% (17.54%, 20.06%) за SPF, -1.23% (-2.47%, 0.01%) за CTB, 0.50% (-0.77%, 1.76%) за IDB и 1.83% (0.59%, 3.08%) за FLS, p -стойност < 0.0001.

Сравненията по двойки на RMNPI за четирите групи показват, че има статистически значима разлика (p < 0.0001) между групата SPF и всяка от другите групи за лечение както при 2-седмичния, така и при 6-седмичния период.

Гингивално здраве

Съгласно насоките на Американската академия по пародонтология/Европейската федерация по пародонтология, където като „нездрав“ се определят имащите $\geq 10\%$ кървящи участъци в цялата уста, всички участници в проучването са „нездрав“ на изходното ниво. След двуседмична употреба в домашни условия 16 (17%) от участниците в групата SPF са преминали в състояние на „здрав“ с < 10% кървящи участъци в цялата уста. След шестседмична употреба в домашни условия 44 (50%) от участниците в групата SPF са преминали в състояние на „здрав“. Нито един от участниците в някоя от другите групи след нито един от двата периода не е преминал в състояние на „здрав“.

Безопасност

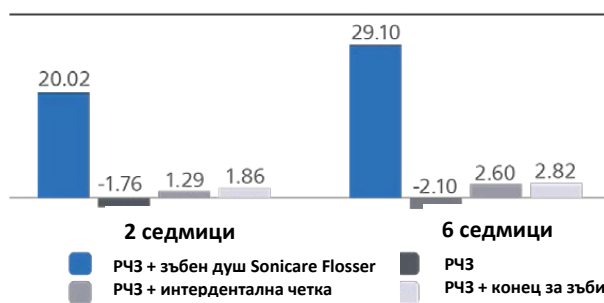
В проучването са докладвани три нежелани събития, по едно в групите SPF, CTB и FLS. Всички нежелани събития са оценени като леки и нито едно от тях не е класифицирано като свързано с проучването или проучваните продукти.

Заключения

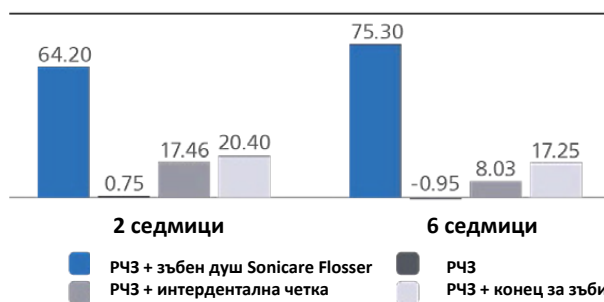
Режимът за почистване на междузъбните пространства, съчетаващ ръчна четка за зъби и безжичен зъбен душ Philips Sonicare Cordless Power Flosser, използван в режим на почистване с висока интензивност заедно с накрайника QuadStream, е статистически по-добър от ръчната четка за зъби, използвана самостоятелно, ръчната четка за зъби, използвана с интердентална четка, и ръчната четка за зъби, използвана с конец за зъби, за намаляване на възпалението на венците, кървенето на венците и повърхностната плака след дву- и шестседмичен период на употреба два пъти дневно в домашни условия.

Всички тествани продукти са безопасни за домашна употреба.

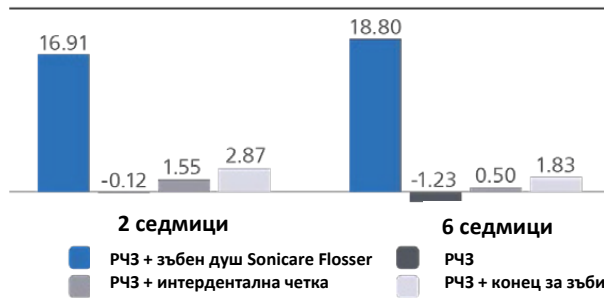
Фигура 1:
Модифициран гингивален индекс
Общо процентно намаление спрямо изходното ниво



Фигура 2:
Индекс на гингивално кървене
Общо процентно намаление спрямо изходното ниво



Фигура 3:
Модифициран индекс на плаката на Рустоги
Общо процентно намаление спрямо изходното ниво





НОВО ПОКОЛЕНИЕ УЛТРАЗВУКОВИ НАКРАЙНИЦИ

Като се има предвид силно специфичната работа, която трябва да се извършва с ултразвуковите накрайници, ние избрахме най-добрия метал за изработката им.

Изключителната точност на свързването и на формата на накрайника позволяват на специалистите да извършват интервенциите много ефикасно.

Предлаганата гама е ограничена, но приспособена към динамиката на отличната работа.

С къси форми за максимална мощност или дълги и извити за достъп до което и да е място в устата, без да се забравят равните краища, всеки специалист ще намери формата, която му пасва.

Имаме на ваше разположение съединения за най-известните марки на пазара, тоест EMS, KAVO, NSK, SATELEC и SIRONA.

ПОДХОДЯЩО ПОЛОЖЕНИЕ ЗА ОПТИМАЛНА РАБОТА



Обичайно положение на накрайника върху зъба: ъгъл от 10° до 30°
Специфично положение (петна или оцветяване): ъгъл от 90°

За да се възползваме от пълната им ефективност, трябва да работим с последните 2-3 мм на инструмента.

ЗАЩО ДА РАБОТИМ С УЛТРАЗВУКОВИ НАКРАЙНИЦИ

- ✓ Става по-бързо отколкото на ръка
- ✓ Достъпът до дълбоки места е по-лесен
- ✓ Водното охлаждане позволява отстраняването на бактериите
- ✓ Повърхността на зъба остава по-гладка
- ✓ Интервенцията е по-бърза и причинява по-малко стрес на пациента
- ✓ Интервенцията изморява по-малко специалиста

Износване от 1 мм на накрайника води до 25% загуба на ефективност, а износване от 2 мм води до 50% загуба на ефективност.

AXIS
dental
SWISS QUALITY

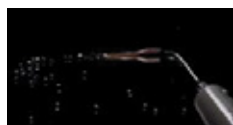
**СЪВМЕСТИМ
С ВСИЧКИ МАРКИ**



ПРОФИЛАКТИКА

ПАРОДОНТОЗА

**ПОЧИСТВАНЕ НА ИМПЛАНТИ И
ОБТУРАЦИИ**



3D Дигитален интраорален скенер
ПРОЕКТИРАН В ЕВРОПА - ПРОИЗВЕДЕН В САЩ

~~€13 950.00~~
€12 750.00

Лаборатория и CAD интеграция:
Софтуерът е отворена система,
съвместима с всички отворени
дентални CAD системи. Heron™
3D IOS прави комуникацията клиника - лаборатория
изключително лесна.

Позволява експорт в STL, OBJ и PLY
формати, директна интеграция с
DWOS и Exocad и лесно импортиране към
отворени CAD/CAM системи.

Хибридна технология - Стереовидео
със структурна светлина

Две камери осигуряват 3D образа,
еквивалентно на човешкото зрение.

Голямо поле на видимост: 12x14 mm

Макс. дълбок обхват на сканиране: 20mm

Прецизност на скенера: 14.5 µm

Възможност за определяне на
препарационна граница от оператора

Оклузиалното разстояние се вижда
по време на регистрацията на захватката

Автоматично определяне на осите

Ортодонтски реставрации:
Самостоятелен елемент;
Мостове и коронки;
Пълна реставрация



360 °
завъртане

150 гр
най-малкия
най-лекия

59 секунди
за сканиране
на пълна арка

БЕЗ нужда
от калибрация



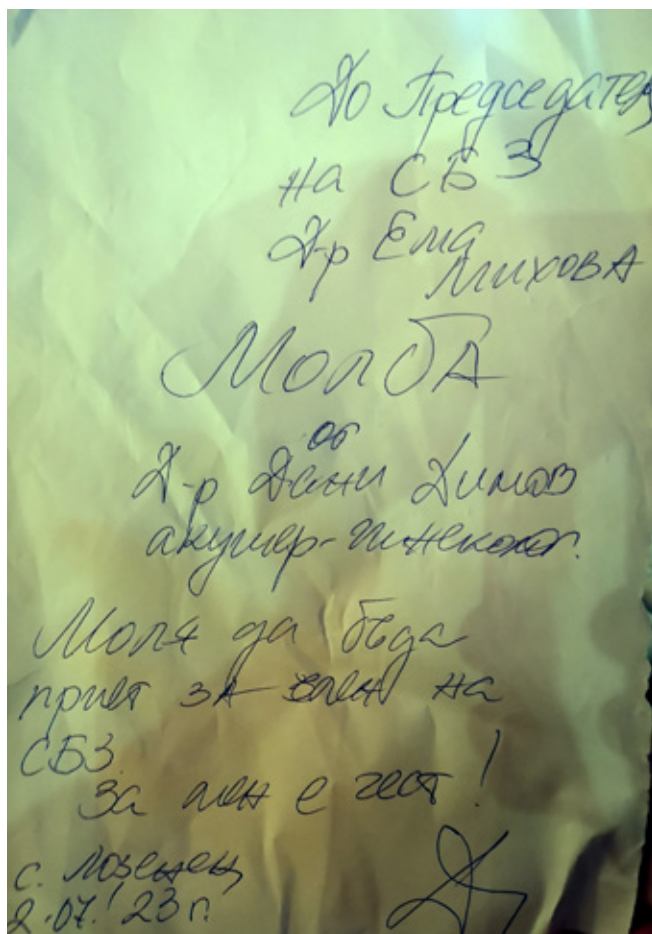
250 пъти
автоклавируеми
накрайници

AIR въздушно-
базирана система
против замъгляване

July Morning

Поредният July Morning бе проведен в с. Лозенец и „посрещнат“ подобаващо.

Използваме случая да благодарим на всички партньори на Сдружението и най-вече на лекторите – инж. Антон Русимов и д-р Анатолий Атанасов









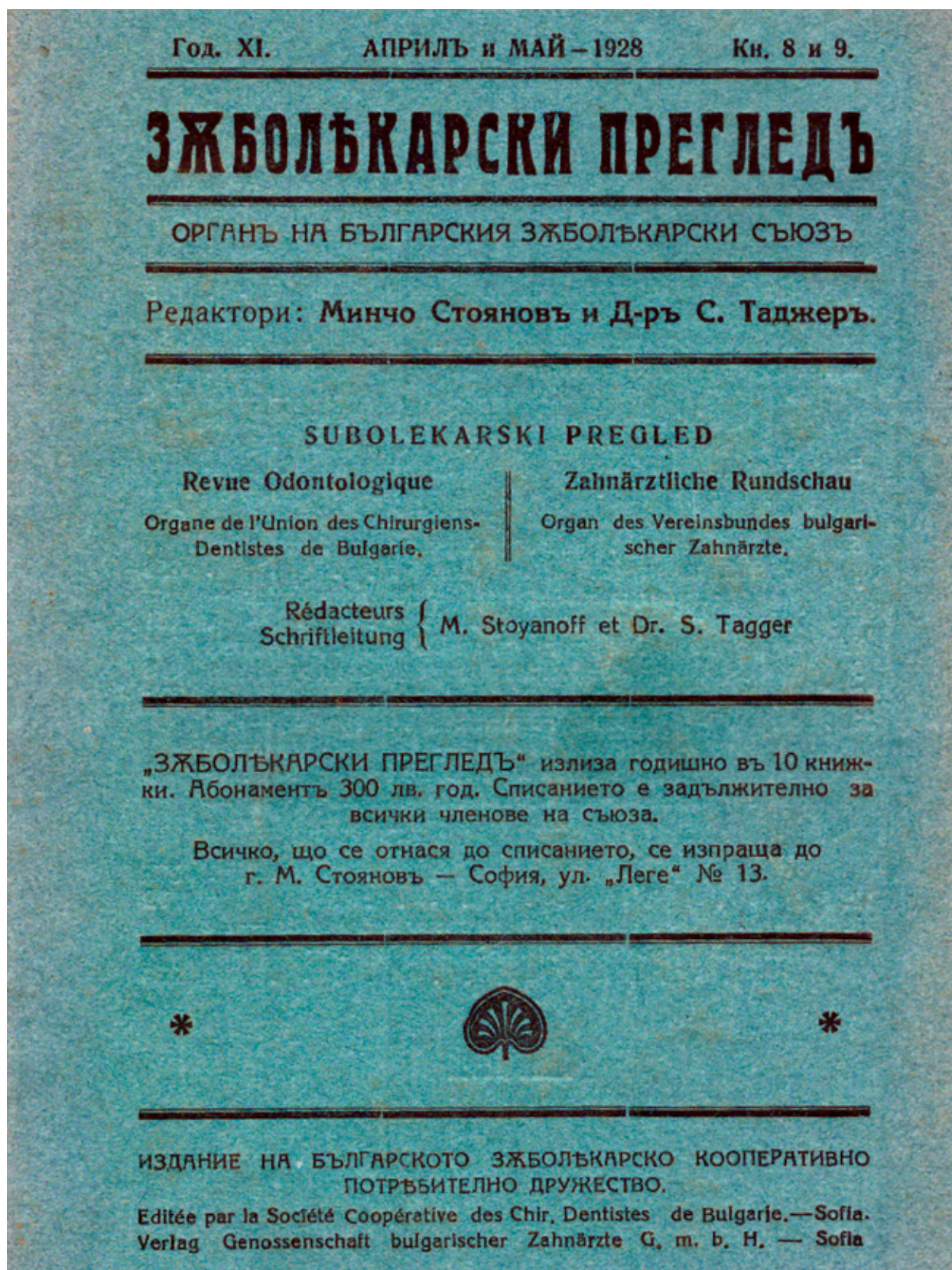
Палавото зъбче

През месец май тази година д-р Ема Михова – председател на Сдружението на българските зъболекари, посети детски градини на територията на гр. София с интересната лекция под надслов „Палавото зъбче“. Чрез игри и забавления, тя запозна деца от подготовителните групи с добрите и здравословни навици в хигиената и грижата за зъбите. Във всяка от групите бе представена мултимедийна лекция под формата на видеоразказ с препоръки, игри, интересни и лесни за запомняне факти, като едновременно с това д-р Михова демонстрира с помощта на уголемени макети на уста и четка за зъби правилния начин за миене на зъбите. Децата бяха изключително ентусиазирани и от допълнителните онагледяващи електронни материали, специално разработени от екипа на СБЗ, с които педагогическите специалисти ангажираха децата и разиграваха различни сценарии. СБЗ и д-р Михова раздадоха подаръчни комплекти, включващи пластмасов модел на стоматологично огледалце, пясъчен часовник, паста за зъби и четка за зъби на фирма CURAPROX.





Продължаваме „известия“ от нашите предшественици.
Към работещите с интра-орални камери и CAD-CAM системи:
Как се нарича апарата на последната снимка и за какво се ползва?
А дали все още?



СЪДЪРЖАНИЕ:

	Стр.
1. М. Зжова — Наследствеността и зжбитъ . . .	225
2. Д-ръ М. Папповъ — Ранитъ въ устата и усложненията отъ тѣхъ	236
3. Prof. Dr. Hans Morai — Върху кръвотечението въ устата и неговото лѣчение	244
4. Д-ръ Бурденъ — Обезчувствяване чрезъ вътрешно-лигаментарна инжекция	254
5. Д. Димитровъ — Картина на бждещето. „Изъ научното събрание на зжболѣкарското дружество въ Львовъ, станало на 24 мартъ 1920 год.	256
6. Д-ръ С. Таджеръ — Алвеоларната пиорея, лѣчението ѝ, лѣчителитъ ѝ и публиката	258
7. Privatdozent Dr med. et med. dent Fritz Fader — Ostitis следъ екстркция на зжбъ	261
8. Протоколъ на XVII конгресъ на Бѣлг. зжбол. сѣюзъ	266
9. Сѣюзенъ животъ. Софийско зжболѣкарско дружество	268
10. Д-ръ Петковъ — Заболѣване на вѣнцитъ	275
11. Хроника. — Вториятъ опреснителенъ курсъ. — По законопроекта за нар. здраве. — За праха и пастата „Маргаритъ“. — Софийскиятъ клонъ на зжболѣкарския сѣюзъ. — За сѣюзния филмъ. — „Отецъ Паисий“. — За рентгеновия апаратъ при Бѣлгарското зжболѣкарско коопер. потребително д-во. — Печатни погрѣшки.	276
12. Разни	279
13. Книжнина. — Лѣкарътъ и неговото призвание. — La Haute-Fréquence en Odonto-Stomatologie. — Нѣмски книги	280

Tutocain

универсалното средство за

ЛОКАЛНА АНЕСТЕЗИЯ

СЛАБА ОТРОВНОСТ — НИКАКВО ДРАЗНЕНИЕ

СИЛНО АНЕСТЕЗИРАЩЕ ДЕЙСТВИЕ

ЗА ЗЖБОЛЪКАРСКАТА ПРАКТИКА:

T. II. *Tutocain tabl.* по 0.1 г. въ тръбички съ 10 табл.

T. VIII. *Tutocain c.02 g. Supr.* 0.0001 " " 20 "

T. V. *Tutocain Supr. Amp.* по 2,2 смт. $\times 0.75\%$ разтворъ
1 смт. съдържа $\frac{3}{4}$ капка *Suprarenin*'овъ
разтворъ 1:1000

T. VI. *Tutocain-Supr. Amp.* по 2,2 смт. $\times 1\%$ разтворъ
1 смт. съдържа $\frac{3}{4}$ капка *Suprarenin*'овъ
разтворъ 1:1000.

T. IX. *Tutocain-Supr. Amp.* по 1 смт. $\times 1\%$ разтворъ
1 смт. съдържа 1 капка *Suprarenin*'овъ
разтворъ 1:1000

Оригинална опаковка „Bayer“

I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Pharmazeutische Abteilung „Bayer Meister Lucius“

За Г. Г. зжболъкарите литература и проби на разположение

Чрезъ БРАТЯ СЕМО, София, ул. Търговска
Арда № 2

ГЕНЕРАЛНИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ЗА БЪЛГАРИЯ

Забележка. Препарата *Tutocain* е одобренъ и разрешенъ
отъ Върховния Медицински Съветъ.

ческо и вътрешно медицинско. Съ такова лечение винаги не се е постигало оздравяването на болния. Той бива предоставянт повече на своята собствена съдба. Въпреки голѣмия напредѣкъ въ бактериологията и въпреки всички опростявания въ серологическитѣ изследвания, не се е сполучило против колебанията въ резистенцията, както и против предразположението на тѣлото къмъ инфекцията, да се намѣри нѣкоя серологична подпорка (т. е. да се откриятъ противъ даденъ микробъ и съответенъ серумъ.) Въ това отношение голѣма е заслугата на видния немски хирургъ — Sauerbruch, който е успѣлъ да докаже, че е възможно чрезъ храненето да се повлияе на гранулиращата рана въ положителенъ или отрицателенъ смисълъ. Различнитѣ изходи при оздравяването на отдѣлни индивидуи, особено следъ грануинционния периодъ е дало поводъ на Sauerbruch да се отклони отъ обикновенния пѣтъ на разглеждане. Г-да, обърнете вниманието си върху *ходѣтъ на раната* и нейното оформяване при различнитѣ начини въ храненето.

Физикално химическитѣ изследвания (Schade) сж показали, че соковетѣ въ тъканитѣ около възпалената областъ реагирватъ кисело. Споредъ схващането на Sauerbruch тази местна *acidosis* и намалението на алкалнитѣ резерви въ кръвта (при инфектиране), не е резултатъ на едно разстройство на организма вследствие на възпалението или на дейността на бактериитѣ, *но е предразположението къмъ оздравяване. Значи acidosis-а е необходима и трѣбва да се поддържа.* Понеже алкална храна повишава алкалнитѣ резерви на кръвта и откиселява (неутрализира) областта на раната, то въ резултатъ ние имаме едно неблагоприятно въздействие върху естеството на раната. *Когато наопаки, киселата храна ще упражни едно благоприятно действие върху раната.* Влиянието на начина на храненето върху гранулираща рана се доказва съ опити върху животни и хора.

Храненето съ предимно кисела храна намалява секрецията въ раната, понѣкогашъ и до пълното ѝ изсушаване. Това изсушаване свива раната и затвърдява гранулациитѣ.

Алкилната храна подбужда секрецията въ раната. Гранулациитѣ набѣбватъ и се обложватъ. Областта около раната отича. Върху гранулациитѣ се образуватъ сиви псевдомембрани. Отделящата секрета рана има следъ това една особна сладко гнила миризма, а младия новообразуванъ епителъ загива и раната се уголѣмява.

Действието на храненето не спира тукъ, но се простира и по нататѣкъ. Така напр. при кисела храна следъ бактериологически изследвания има едно намаление на числото на бактериитѣ. При кисела храна обаче изчезватъ едни (*Bacillus pyocyaneus*) а се задържатъ други (*Strepto-Staphylokonkeu*).

Това откритие е отъ голѣмъ интересъ и за насъ, защото

можемъ да го приложимъ при случай, напр. кждето една рана мъчно се затваря.

Следъ като говорихме за инфекцията по необходимостъ трѣбва да се спремъ върху въпроса, дали трѣбва да се отстранятъ зжби или корени при отокъ. Отокътъ е една местна инфекция, произлезла отъ инфектиранъ зжбъ или коренъ. На тоя въпросъ ще оставимъ Williger да ни отговори; той казва:

„Терапията започва при всѣкакви обстоятелства съ отстраняването на виновния зжбъ. Не можемъ да намеримъ думи да порицаемъ, когато при такива случаи поради неоснователенъ страхъ не отстраняваме зжба.

А Парчъ казва: (148) „Сждбоносенъ е оня съветъ, който препоръчва, да се остави отока докато пробие (узрѣе) и чакъ следъ това да се предприеме отстраняването на зжба. Напротивъ, лѣчението трѣбва да започне съ откриването на гнойното огнище *а именно като се отстрани зжба*, защото само по такъвъ начинъ ще се спре разпространението на инфекцията.“

Особено внимание при такива случаи заслужаватъ долнитѣ мъдреци, които понѣкогашъ предизвикватъ опаната Angina Ludowici и горнитѣ кучешки зжби, които съ своитѣ дълги корени достигатъ Vena facialis anterior и нейнитѣ разклонения, ще спомена за два тежки случаи при лѣкуването на горни кучешки зжби, които д-ръ Hammer, асистентъ въ хирургическото отделение на берлинския университетски зжболѣкарски институтъ, обнародва въ 1925 г.

Жена на 48 год. идва да ѝ се постави липсващия горенъ дѣсенъ премоларъ 4. За тази целъ нужно бе да се девитализира тулпата на кучешкия зжбъ. Започва се както е обикновено съ As и Cresoot. На четвъртия день на пациентката се яви едно леко периодонтитно раздразнение. Пулпата се отстранява напълно и пакъ се затваря. Настѣпватъ болки; канала се открива за нѣколко дена и пакъ се затваря. Така това нѣщо продължи нѣколко пѣти, докато се появиха обесеси и стана нужно да се отстранятъ 5 зжби. При това тя заболя тежко и лежа 3 $\frac{1}{2}$ седмици въ клиника, кждето при наркоза на пациентката се изрѣзва една частъ отъ вѣнеца и се отстраняватъ 12 малки секвестра; следъ това настѣпи подобрене и оздравяване. Трагичното въ тоя случай е, че пациентката иде да си постави единъ зжбъ обаче загубва 5 зжба, лежа 3 $\frac{1}{2}$ седмици въ болницата, 5 седмици търпя твърде голѣми болки и отгоре на това кесията ѝ доста по-олекна.

Вториятъ случай е още по-трагиченъ и той премина твърде бурно. Следъ нѣколко дена отъ лѣчението на зжба (умъртвяване екстирпирание и пр.) пациентътъ получава силно главоболие и не може да спи. Следъ 8 дена идва се до по-

Д-ръ С. Таджеръ.

Алвеоларната пиорея, лѣчението ѝ, лѣчителитѣ ѝ и публиката.

Никой не ще оспори, че се изисква доста много добра воля и твърдо намѣрение при започване лѣчението на тѣй наречената алвеоларна пиорея. Главната причина за това негативно държане на повечето жболѣкари къмъ лѣкуването ѝ сж видимата ѝ упоритостъ и трудноститѣ, които често представя лѣкуването на тази така разп.остранена и опустошителна болестъ на устата. Да се счита тя като болестъ на вѣнцитѣ е възможно само при поврѣхностно наблюдение; отъ факта, че при напредѣка на болестѣта се нарушава равновѣсието и основата на жбѣа, явствува, че седалището ѝ е много по-дълбоко и затова названието заболяване на основата (леглото) на жбѣа (Loos) е много сполучливо и повече отговаря на сжщинското положение. Както и да е, лѣкуването ѝ се налага и обѣщава успѣхъ въ повечето случаи, при които първичната причина не е изключително отъ общо-здравенъ характеръ. И въ последнитѣ случаи *мѣстното* лѣкуване е необходимо, но не е достатѣчно, защото подмолното действие на общото разстройство не дава възможностъ да се консолидира добития резултатъ.

Защо не успѣва много често лѣкуването на алвеоларната пиорея е въпросъ отъ жизнена важностъ и за пациентъ и за лѣкаръ. Споредъ *Gottlieb* ^{9/1}, отъ случаитѣ съ пиорея съставятъ тѣй наречената пиорея вследствие нечистотия (Schmutzpyorrhöe). Тукъ, основното премахване на жбѣния каиѣкъ, на всички причини за гниене въ устата сж едничкитѣ нуждни мѣрки за премахване злото. Въ по-сложнитѣ случаи, при които има вече значително размѣстване, разклащане на жбитѣ и още повече изпадане на нѣкои отъ тѣхъ, лѣкуването на злото ще се състои не само отъ описаното по-горе, а ще изисква и редица други мѣроприятия, като консолидиране на разклатенитѣ жбѣи, замѣстване на липсващитѣ и премахване причинитѣ за тѣй наречената *трауматична* артикуляция, на по-голѣмо претоварване едни жбѣи и по бързото имъ разклащане и падане. Тукъ спада и т. н. *артикуляция въ видѣ на шейна* — Schlittenartikulation, като радикална наистина, но полезна мѣрка за избѣгване по-нататѣшното разклащане на жбитѣ.

Общото въздействие върху организма даже и когато не е установено ясно участие на общото състояние, а още повече тогава сжщо не бива да се забравя

Профилактиката, особно следъ лѣчението, е отъ особна важностъ и успѣхътъ и най-хубавото лѣкуване е илюзоренъ

и кратковремененъ, когато пациентътъ не привикне на педантична чистота въ устата си и не се явява редовно за контрола, защото и при най-хубавъ успѣхъ все се указва нужда отъ допълнително лѣчение тукъ-таме.

При ясно съзнание на всичко това, ний *можемъ* и *трѣбва* да се заемемъ съ лѣчението на пиореята, както се заемаме съ това на кариеза въ всички негови прояви и усложнения. И при пиореята, както и при кариеза, сж възможни и неизбежни рецидиви, но този фактъ ни най-малко не бива да ни кара да отказваме лѣчението на пиореята, както не отказваме това на усложнения кариезъ.

Повторихъ, по поводъ излѣзлото въ в. Независимостъ отъ 20 юний т. г., явно тенденциозно и лишено даже отъ обща логика хвалебно писание за една софийска колега, мислитъ, изказани въ единъ свой рефератъ, държанъ предъ Соф. клонъ на Бълг. зжбол. съюзъ. Авторътъ му се подписва Д-ръ Петковъ. Отъ съдържанието се вижда, че г. Петковъ не е докторъ по медицина, още по-малко по зжболѣкарство, защото въ такъвъ случай той би постъпилъ друго-яче; че авторътъ не е лѣкаръ или зжболѣкаръ се явно вижда още отъ самото начало, отъ названието, което дава на болестята. Никой студентъ даже не би писалъ *пюрея* (отъ *пюрé* навѣрно!) а *пиорея*, което значи на български *гисетечение*. Това ни кара да се съмняваме доста и въ филологичнитъ знания на г. Доктора. Остава предположението, че той е д-ръ по правото. Тукъ той наистина попада въ ролята си на защитникъ на „гонени“ „онеправдани“, както самъ изтъква, но интересното е, че той, признавайки се „неспециалистъ“, защитава най-ярко единствено спасителната метода на въпросната колега, която, между впрочемъ и за сведение на г. Доктора, не се учила въ Америка, а е дипломирана въ Швейцария. И изведнѣжъ изсипва купъ неосновани обвинения по адресъ на всички зжболѣкари, които недовѣрчиво гледали на методата или по-точно *методитъ* на своята колега. Защото, освенъ методата си на лѣкуване, която може да е добра или не, това ще видимъ по-долу, въпросната колега има и методи за правене реклама и привличане клиента, несъзнателна жертва на които изглежда да е станалъ и г-нъ Д-ръ Петковъ. Ето кое най-много шокира и възбужда неудобрението на колегитъ на г-жа Пазова — Д-ръ Стойчева и г. Петковъ би следвало малко по критично да се отнесе къмъ твърденията ѝ, къмъ „фактитъ“ преди да направи публично достояние личното си възхищение и вдъхнатитъ му отъ заинтересованата страна мисли. Нима споредъ г. Петковъ всички колеги на г-жа Пазова завиждатъ на славата и способноститъ ѝ и отиватъ до тамъ, че обричатъ цѣлия български народъ въ жертва на страшната напасть, „пюреята“, само и само за да пречатъ на „спасителя“ да се прояви? Ако г. Петковъ мисли

най-енергично всички колеги да престанат да торят нивата на рекламата и заблуждението и още по ревностно се заемат със просвещаване населението въ сжщността на самата болест, въ профилактиката и лѣчението ѝ. Само съ истинска и компетентна просвѣта ще се постигне премахването на всѣкаква възможност непосвѣтени въ единъ въпросъ хора да си присвоятъ ролята на апостоли и на края на крайщата станатъ проводници на най-обикновена реклама.

Ще приключа настоящитѣ си бѣлежки съ покана къмъ уважаемата колега. Г-жа Теофана Д-ръ Стойчева да престане да мѣси другитѣ зжболѣкари въ рекламитѣ, които си прави, нека го признаемъ, по начинъ наистина американски. Мисля, че съ това ставамъ изразителъ на всички членове на съюза, които все така се считатъ обвързвани помежду си съ етични правила и изисквания на взаимно зачитане. Ако тя наистина счита постиженията си отговорящи на рекламата, нека ни убѣди въ това по начинъ приетъ за такива случаи. Никой отъ насъ не ще откаже да се просвѣти, а особно да се убѣди въ възможността да се лѣкува пиореята винаги леко, сигурно и, главно, радикално. „Ars longa, vita brevis“.

Privatdozent D-r med. et med. dent Fritz Faber

Ostitis следъ екстракция на зжбъ.

Извѣстно е, че не съвсемъ рядко се явява единъ гноенъ Ostitis (възпаление на костта) въ свръзка съ изваждането на единъ зжбъ. Такъвъ Ostitis може да има много лоши послѣствия, а даже и да застраши живота на пациента.

Ostitis'a, причиненъ отъ екстракцията на зжбъ, заслужава особено внимание. Това е затуй, защото обикновено се смѣта, че екстракцията на зжба е една нищожна операция, която не причинява усложнения, даже ако има известни възпалителни явления преди екстракцията, то следъ нея, тия явления иматъ тенденцията на подобрене. Появятъ ли се обаче усложнения следъ една екстракция, пациента бива изплашенъ и се стреми винаги да хвърли вината върку операцията — екстракцията. По такъвъ начинъ може да пострада лично съответния лѣкаръ и неговата кариера.

Ето защо въпроситѣ за отношението между екстракция на зжбъ и Ostitis иматъ твърде важно значение.

Бихъ желалъ въ следващата статия да разгледамъ връзката между тия две неща, до колко една екстракция може да се сочи като причина на единъ Ostitis. При появяване на Ostitis следъ екстракция трѣбва да различимъ два сжщественни момента: 1) може раната следъ екстракцията да се

Пресата за коронки

съ и безъ комби-
нирани изрезвачи
за шайби — Фал-
техалтери.

30 печата — за всъки
случай подходяща ко-
ронка.

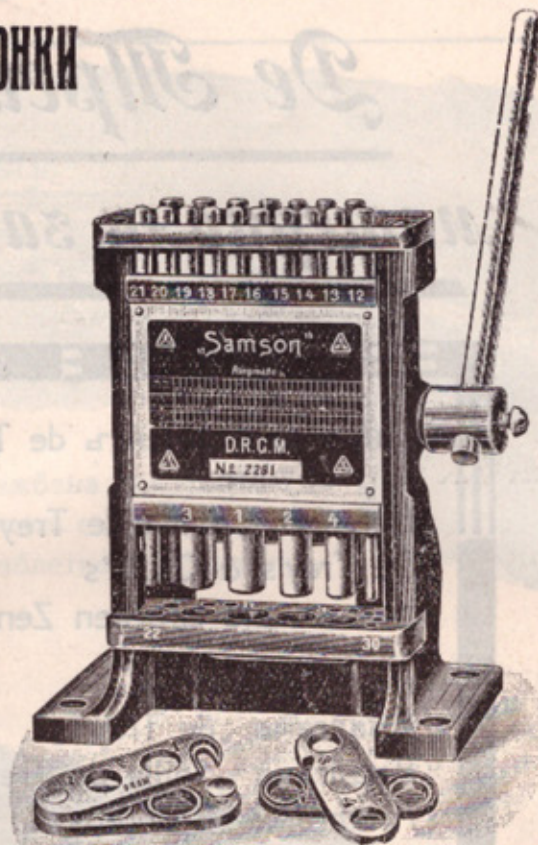
Надъ 1500 преси въ
употребление изъ цѣ-
лия свѣтъ.

Преимуществото на ко-
ронкитѣ безъ спойка
сж признати отъ всъки
техникъ.

Изисквайте безлатна
брошура: „Практически
опжтвания за изработ-
ване на коронки безъ
спойка.

A. EICHLER

фабрика за зжбо-
технически апа-
рати.



Три особенни качества, каквито модерния столъ на зжболъкаря трѣбва да притежава:

1. Анатомическо прилягане при всѣко по-
ложение на тѣлото на пациента.
2. Гладко манипулиране на масленна-
та помпа Д. К. Р.
3. Кржгла фундаментална плоча съ
постановка отъ линолеумъ.

Тия преимущества прите-
жава само новия моделъ „С“
на фирмата

A. EICHLER

ФАБРИКА ЗА ЗЖБОТЕХНИЧЕСКИ
АПАРАТИ.

Столътъ се напмпва съвършено
леко и безшумно безъ напрежение
за зжболъкаря и безъ раздрусване
на пациента.

Постановката отъ линолеумъ на кржглата подложка за крака
дава възможность за приближаване на пациента безъ да се поврежда
никелътъ и лакътъ и безъ вредни за краката послѣдствия.

ИМАЙТЕ ГО ВЪ ПРЕДВИДЪ ПРЕДИ ДА СИ ПОРЖЧВАТЕ СТОЛОВЕ.



A. Eichler, Fabrik für Zahntechnische Apparate

DRESDEN № 19

Tittmann Strasse 27.





Сдружението е част от инициативен комитет за набиране на средства, които да бъдат изразходвани за изграждане на музей-диорама „Тутраканска епопея“.

Проектът включва нова сграда и 360-градусов филм до най-голямото военно гробище на Балканите, в което са погребани над 10000 войници. Битката при Тутракан от 1916 г. е част от епичните сражения на българската армия през Първата световна война. Румъния напада в гръб България по време на Междусъюзни-

ческата война през 1913 г. и достига с армията си до София (кв. Враждебна). Цели 2 години изгражда непревземаема крепост около Тутракан, наричана във военната история „Малкият Вердюн“. С цената на много жертви нашата армия за часове превзема изградените 12 форта и двете укрепителни линии. За чест на българския народ в това военно гробище са погребани всички загинали от различни националности и е изграден мемориал, на който на български, турски, румънски и немски език има еднакъв текст: „Слава на тези, които знаеха да мрат за Родината“. Всички те са имали кауза и тя е татковината. Затова образователният център в музея има мотото: „Не откъде, а накъде сме тръгнали е важно“.

За целта община Тутракан и инициативният комитет с председател акад. Георги Марков са открили набирателна сметка за изграждане на това „гнездо“ на признателност от нас към падналите воители. Да покажем безсмислието на войната и да възпитаме, дай боже, по-добри политици и европейски граждани.

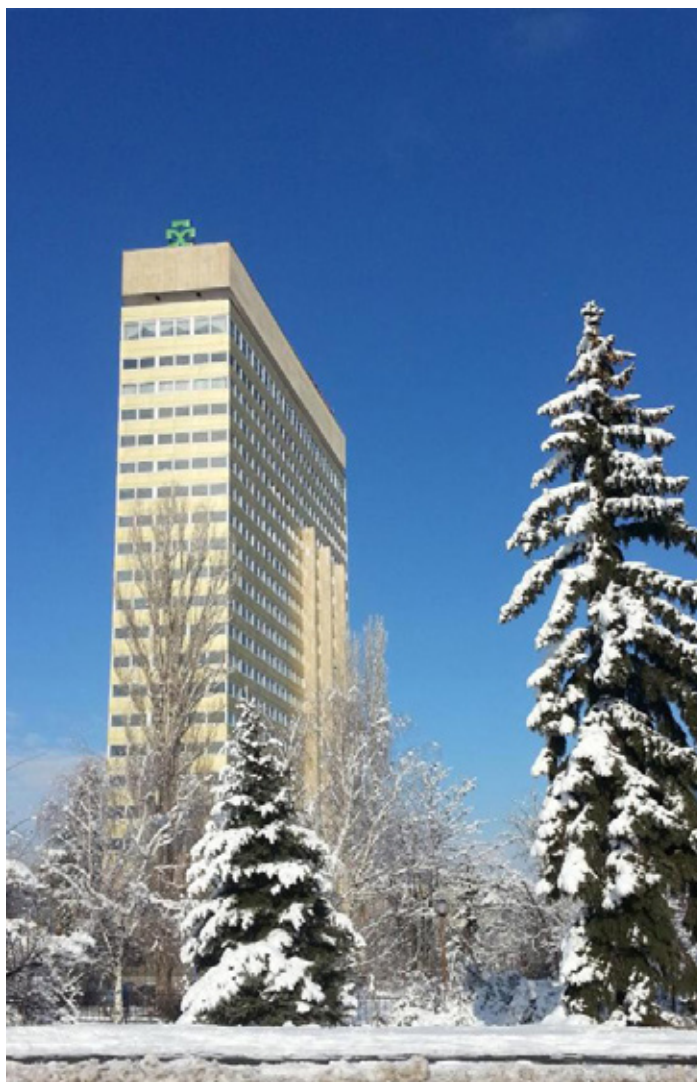
*Всички, паднали за свободата
дето и да е, са наши братя –
пак по кръв, но само че пролята.*

Атанас Далчев

Банкова сметка:
фондация АРХЕГЕТ
KBC bank
BG19RZBB91551013034750



Историята помни своите създатели!



**УС напомня, че на 17.12.2022 г. от 10.00 часа в хотел „Рила“
ще се състои отчетната конференция на СБЗ.
Вечерта от 20.00 часа ще се състои Коледният бал,
който ще бъде в Парк-хотел „Москва“.
Очакваме ви! За желаещите да нощуват в хотела
има уговорени преференциални цени:
нощувка в единична стая с включена закуска - 95 лв.
двойна стая с включена закуска – 130 лв.
Резервации се приемат на телефоните на хотела :
0888 623 757, 02/971 10 24, 02/963 03 21.
Моля да уведомите рецепционистите, че сте членове на СБЗ,
за да ползвате посочените оферти.
IBAN сметка на СБЗ BG16UNCR76301012484109
Тук може да преведете стойността на куверта за гала-вечерята,
който е 75 лв, както и да платите членски внос.
Заедно можем повече!**