



ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА Д-Р АШИКОВ

Уважаеми читатели,

В духа на разпределението на задачите в новия Управителен съвет на СБЗ, ангажиментът за организирането на настоящия брой се падна на мен. Работата по него ми припомни „издателските“ години в проектите на Квинтесенц и Дентал трибюн.

Признателен съм на всички колеги, които съдействаха за събирането на информацията и техническото оформяне. Благодаря и на нашите спонсори и рекламодатели.

Представяме на Вашето внимание информация относно отминалата лятна среща на СБЗ July Morning и за предстоящи мероприятия - „Веселите зъбки“ и традиционния Коледен бал.

На страниците ще намерите полезна съсловна информация, както и три статии: едната – предоставена от нашите спонсори от Дентасвет, втората – от медийния ни партньор Инфодент и третата – авторска статия на д-р Селар Франсис, с любезното съдействие на екипа на Дентал Трибюн България.

Бих искал още тук да насоча вниманието на колегите към кампанията на СБЗ и DM „Веселите зъбки“ и да ги приканя към активно участие. На страниците на броя ще намерите подробна информация за този проект.

Освен това, от миналия брой започнахме да Ви представяме професионалните зъболекарски сдружения и неформални работни групи, които функционират в страната.

Надяваме се информацията да бъде полезна и интересна за вас.



Приятно четене!

С уважение,
Д-р Владимир Ашиков

ПОКАНА

Управителният съвет Ви кани най-учтиво на честването на традиционния ни Коледен бал на 17 декември 2016 г. Празникът ще проведем в ресторант Москва, Парк-хотел Москва.

стр. 6

ПАРТНЬОРИ



Уважаеми колеги, скъпи приятели!

Приветстваме Ви с Добре дошли отново на работните места.

Ето, че дойде краят на летните почивки и вече сме заредени с нови сили да финализираме успешно последните три работни месеца от 2016 г.

Изтичащата година бе интересна и интензивна и обещава още през оставащия период. В информационно-образователната сфера, както в България, така и в чужбина бяха проведени интересни събития и бяха постигнати значителни резултати.

- Дентал Трибюн България проведе през май първата си Научна конференция, с участието на водещи български лектори от всички сфери на денталната медицина.

- Предстоят традиционните форуми ISDM на фондация СДМ и ежегодният симпозиум за стоматолози и зъботехници на нашите партньори от Инфодент- Квинтесенц.

Искаме да изкажем своето уважение и респект към колегите, които преставят българската дентална медицина в чужбина. Редно е да споменем успеха на софтуера VisagiSmilena конференцията в Копенхаген през месец юни, който е с българско участие в екипа – д-р Филчев, д-р Илиев; лекцията на д-р Чакалов в Дубай. Участието на д-р Селар Франсис във форумите на Академия Даусън в Португалия и Гърция през юни и юли 2016 с лекции на тема „Management of anterior wear cases using a non ivasize or minimal invasive protocol“ и „Complete smile design, esthetic rehabilitation & practical occlusion“ и предстоящата изява на колегите д-р Кафелов и д-р Чурлинов на престижния форум по ендодонтия Roots Summit през декември отново в Дубай.

В тази връзка ще споменем и имената на колегите Кирил Динов, Пресиан Кръстев, Павел Панов, Венцеслав Станков, Пламен Бързашки, Бранимир Кирилов, които правят много за професионалната квалификация на денталната ни общност.

Успехите на отделни наши колеги ни радват, и все пак е редно да отбележим, че образователно-квалификационната активност в денталния бранш е все още доста стихийна по отношение на масовата дентална аудитория. Сякаш тече в две посоки, като наред с единичните чисто клинично и професионално ориентирани форуми (които имат своята постоянна публика) си остава старата тенденция на задължително ходене на лекции заради заиграването с точките за квалификация, пълни плажове и ресторанти, а празни лекционни зали и предлагане на чисто търговски презентации на продукти и апаратура под формата на уж клинична информация. Играта между Факултети и Съюз е забавна, гледана от страни, но освен тези субекти в бранша има и други групи зъболекари. През годините винаги сме считали, че качествената следдипломна квалификация минава основно през сериозни клинични форуми от различните сфери на денталната медицина с участие на международни и български лектори. Днес в страната работят три основни образователно-информационни фирми. Те се стараят да произвеждат качествен образователен продукт и успяват, но според нас в тази насока има още потенциал. Тук е мястото да припомним на уважаемата аудитория, че през годините (преди 10 -15 години и дори повече) много неформални работни групи и сдружения работеха усърдно в тази посока. БЕО, БАОИ, БАКДМ, БАЕС, БДЕС, БОПОИ, СБЗ.

Кампания „Веселите зъбки“ 2016

стр. 3-4

Лятна среща на СБЗ – July Morning

стр. 5

Коледен бал на СБЗ

стр. 6

Какво е кверуланство и как се разпознава? – д-р В. Стоев

стр. 8-10

Анализ на ситуацията в здравеопазването

стр. 11-13

Събития и сътрудничество с фирма Дентасвет

стр. 16-19

Победител в категорията „Имплантологичен случай“ в конкурса усмивка на годината 2016

стр. 20-22

Имплантология и възстановяване

стр. 24-32

Професионални сдружения – интервю и статия от д-р Селар Франсис

стр. 24-32

Актуално за доходите от вложения с нисък риск. Спестовни планове от Елана Фонд Мениджмънт

стр. 42-43

Проблеми при узаконяване на дентална практика

стр. 44

Партньорско споразумение с СМДЛ „Кандиларов“ ООД

стр. 45

Курс за работа с рентген

стр. 45

Те така и останаха неразпознати и неподкрепени от основната организация, която се изявяваше основно като говорител на НЗОК или бе заета със събиране на членски внос, съмнителна търговска дейност и рискови „финансови инвестиции“, но успяха за първи път да доведат в страната известни световни имена като Галип Гюрел, Роберто Шпреафико, Паскал Мание, Саша Джованович, Ставрос Пелеканос и др.

От миналия брой на страниците на нашия е- вестник започнахме представянето на доброволните професионално-съсловни организации у нас.

Ние ще потърсим отговори на въпросите какво се случва сега с тях, какво са правили през годините и имат ли бъдещи планове.

Решихме да запознаем своите читатели с тези факти, за да знаят откъде са започнали първите курсове за следдипломна квалификация, инициирани и организирани доброволно и с ентузиазъм от свободните сдружения на общопрактикуващите дентални лекари в годините, когато информацията бе изключително дефицитна, цензурирана и непълна.

От Управителния съвет

КАМПАНИЯ „ВЕСЕЛИТЕ ЗЪБКИ“



СДРУЖЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ

София, ул. „Калоян“ № 6, хотел „РИЛА“ офис 216

тел. 0887 483891

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

„Заедно можем повече“

**Стани част от кампанията
„Веселите зъбки 2016“!**

Уважаеми колеги,

Приканваме всички членове и симпатизанти на Сдружението на Българските Зъболекари да подкрепят предстоящата нова кампания на dm за детска профилактика на деца до 6 годишна възраст от детски градини и предучилищни от цялата страна, стартираща от 01.10.2016 г. Целта на тазгодишната кампания е да достигне до 25 000 деца. Кампанията завършва на 31.12.2016 г.

Това, което искаме да направим е малка капчица в морето от грижи, необходими да растат децата ни здрави и с красиви усмивки.

1. Детски градини

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

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.

Веселите зъбки 2016



Приключенията на Фели и Зъбчо



ТУК СЪМ ЧОВЕК
ТУК ПАЗАРУВАМ

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

Ангажиментът поет от СБЗ е да осигури клиники и кабинети, в които да бъдат преглеждани безплатно деца до 6 години срещу талон, предоставен в dm магазините. Кампанията се провежда едновременно в цялата страна.

1. Колегите, желаещи да се включат, могат да го направят до 15.09.2016 г. чрез e-mail на abdentist@abv.bg, предоставяйки данни за практиката си. Координатор на проявата – д-р Силвия Цалова / 0887-25-05-73
2. Талоните за преглед са валидни във всеки кабинет, потвърдил участието си.
3. В търговската верига кампанията ще е в сила от 01.10.2016 до 31.12.2016г. Прегледите ще се провеждат до 31.12.2016г.

С пожелание за успешна кампания!

д-р Анатоли Кънев
Председател на УС на СБЗ

За поредна година СБЗ остана вярно на дългогодишната си традиция, водеща началото си от далечната 2000 г. , и събра членове, симпатизанти и партньори на лятната си работна среща July Morning в периода от 01.07 до 03.07. 2016 г.

Организацията заложи отново на провереното с години партньорство с Албена АД и организира своя форум в хотел Фламинго, в просторна зала Лори, предлагаща идеални условия за работни заседания.

Въпреки, че по традиция летните месеци са предназначени по-скоро за почивка и неангажиращо весело изкарване на подобни мероприятия, организаторите се бяха постарали да предложат една интересна и полезна лекционна програма, съчетаваща клинична презентация, фирмено представяне и дискусия по актуални проблеми и бъдещи планове на Сдружението. Форумът уважиха 60 души – членове и симпатизанти. Проявата бе целенасочено организирана съвместно с една от водещите дентални фирми в страната и традиционен партньор на сдружението –



фирма ДЕНТАСВЕТ, която отпразнува по същото време "7 години – референтни лаборатории", с мащабна лекционна програма.

На 01.07.16 членове на Сдружението гостуваха на клиничния лекционен ден на фирма Дентасвет, която бе поканила свои международни лектори. Бяха представени нови авангардни продукти на водещата германска фирма bredent. На 02.07.16 мероприятията протичаха едновременно в две зали, като гост лектор изнесе презентация и на форума на СБЗ.

Основен акцент на срещата бе лекцията на тема „ Прагово vs. безпрагово изпиляване“ на двамата ни уважавани колеги и изтъкнати специалисти д-р Красимир Недевски и д-р Славко Гюлев. Двамата лектори запознаха аудиторията с концепцията В.О.Р.Т. на д-р Игнасио Лой и направиха критичен анализ на метода от пародонтална и съответната протетична гледна точка. Визуализацията бе подкрепена и от подробните и ясни схеми, които д-р Гюлев рисуваше за публиката, като отново влезе в амплото си на художник.



Модерната през последните години концепция В.О.Р.Т. за протетична подготовка на зъбите, създадена от д-р Игнасио Лой, всъщност се базира на стария, отричан подход за тангенциално изпиляване с вертикална препарационна граница, но го поставя на нови модерни основи с методика си за точни отпечатъци и прецизен лабораторен протокол. Подробна статия публикувахме в предходния брой на в. "Български зъболекар" и всеки заинтересуван може да я прочете отново.

Между първата и втората част на изложението свои представяния имаха и нашите спонсори – фирма Philips – с модерните си и практични дизайнерски четки и орални душове, както и компанията за управление на активи - Елана фонд мениджмънт, който информира колегията за възможности за по-активно управление на спестяванията и постигане на добра доходност.

След завършване на заседанието и обедната почивка се състоя и културната програма. За участниците във форума и техните семейства бе осигурен автобус, с който се посетиха интересни археологически и културни забележителности в района. Председателят на сдружението д-р Кънев, който, както знаем е изкушен от историческата наука и географията е изключителен ерудит в тези области, традиционно зае мястото на екскурзовод, в чиято компания 5 часа преминаха неусетно.

И както повелява традицията, подобни събирания задължително завършват с официална празнична вечеря с много настроение и танци. Тази година тържеството бе съвместно с фирма Дентасвет. Председателите на двете дружества г-жа Светлана Иванова и г-н Анатоли Кънев заедно разрязаха празничната торта на юбиляря Дентасвет. Организирана бе благотворителна томбола с награди от спонсорите. Вечерта завърши с фойерверки и посрещане на юлското утро на брега на морето. Участниците в проявите се разделиха с пожелание за здраве, успешна работа и нови срещи.

От организаторите



КОЛЕДЕН БАЛ НА СБЗ

17.12.2016

Ресторант Москва, Парк-хотел Москва

Уважаеми колеги, съмишленици и приятели,

Управителният съвет на СБЗ Ви кани най-учтиво да отпразнуваме заедно успешното завършване на 2016 г. Традиционният ни коледен бал ще се проведе в тържествената обстановка на обновените зали на парк-хотел Москва в София.

Цена на куверта 60 лв. Заплащането ще се извършва по банков път
(BG 16 UNCR 7630 1012 4841 09, BIC - UNCRBGSF -Уникредит Булбанк)

или на място в офиса на СБЗ - ул. "Цар Калоян" №6, София,
офис мениджър г-жа Дочка Димитрова, тел: 0887 483891.

Ще се радваме да бъдете част от нашето Коледно тържество.

Краен срок за записване: 10 декември 2016



Уважаеми колеги, бихме искали с гордост да Ви информираме, че на 14 юни, 2016 г. Д-р Венцислав Стоев – съосновател и дългогодишен член на СБЗ и бивш негов Председател, защити в Софийски университет „Св. Кл. Охридски“ дисертация на тема: „ТРЕВОЖНОСТ, СТРАХ И СПРАВЯНЕ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА“. На следващите страници публикуване представяне на неговия труд и една негова съавторска статия по психология. Също така помолихме д-р Стоев, като зъболекар с дългогодишна практика и радетел за демократичното развитие на съсловие, да сподели своето и мнение относно състоянието на здравеопазването в България.

ДИСЕРТАЦИЯ: ТРЕВОЖНОСТ, СТРАХ И СПРАВЯНЕ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Д-р Венцислав Стоев е завършил Стоматология през 1981г в Стоматологичен Факултет София и Магистърска програма по Клинична и консултативна психология в СУ „Св. Кл. Охридски“ през 2005г. В медицинската си практика той умело съчетава компетентностите от тези две научни области, което прави практиката му уникална за нашата страна.

Дисертационният труд е представен на 188 страници, цитирани са 105 литературни и 8 Интернет източници. Научен ръководител е доц. Павлина Петкова д.м.н, а рецензенти проф. Ваня Матанова д.п.н и доц. Владимир Велинов д.м.н.

Д-р Стоев обосновава избора на тема, основавайки се на своя собствен клиничен опит и на разбирането, че професиите ЧОВЕК - ЧОВЕК често изправят практикуващите пред предизвикателства, за които те не са подготвени. Изборът на темата се определя както от неговия собствен опит, така и от общоизвестния факт за липсата на психологическа компетентност у лекарите, което е един от факторите за намаляващото доверие към тях. От характера на отношенията лекар-пациент зависят ефективността, съдържанието и резултатите от лечението.



В дисертацията се разглеждат тревожността и страха в денталната медицина, което е резултат от сравнително малкия брой изследвания по разработвания в дисертацията проблем. Това още повече увеличава значимостта и актуалността на разработвания труд. Много медици рядко отчитат факта, че пациентите са личности в психологичен план. Причината е в технологично-редукционистичния модел на обучение по медицина, който води началото си още от времето на Декарт и е центриран върху лечението на определени групи заболявания, а не на отделния човек. Добрата практика предполага и изисква всеки болен да бъде разглеждан като личност, а не като диагноза, което е и основната теза в дисертационния труд на д-р Стоев.

Теоретичната част на дисертационния труд показва много добрата психологическа подготовка на д-р Стоев, както и умението му ясно да очертае теоретична рамка, на основата на която да се очертаят целта и задачите на емпиричното изследване.

Установява се, че 35% от пациентите, които имат неприятни или травматични спомени за стоматологичното лечение са т.н. „проблемни пациенти“. Тази пациенти имат „фиксиран“ травматичен спомен, който се активира непосредствено преди лечението и може да доведе до сериозни проблеми в интервенцията. Тази група пациенти се нуждае от предварителна терапевтична работа за преработване на травматичния спомен и подготовка за емоционално балансирано посрещане и преживяване на стоматологичната интервенция.

Приносителите на дисертационния труд на д-р Стоев могат да бъдат разделени на научно-приложни и приложни. От приложните приноси особена стойност имат Адаптиране на психо-диагностична методика за оценка на страха от зъболекар, Адаптиране на Скала на тревогата при дентални манипулации, Създаване на карта за качествен анализ на клинично интервю с пациент за оценка на тревожността.

Темата на дисертационния труд на д-р Стоев е актуална и малко разработена в нашата специализирана литература. Както пише в рецензията си проф. Ваня Матанова: „С пълно основание можем да приемем д-р Стоев за основоположник на направление в българската клинична психология и дентална медицина. Получените резултати имат практическа стойност и могат да бъдат използвани при обучението на студентите и практикув:“



**ЗА КВЕРУЛАНТИТЕ / УПОРИТИТЕ ПИСАЧИ НА ЖАЛБИ/
Д-р Венцислав Стоев – зъболекар, д-р по клинична
психология**

Грети Иванова – психолог

В началото на лятото в клиниката пристигна пациент, българин от Канада с оплакване от неизяснена болка в долната челюст вдясно в областта на 45 зъб, който е мостоносител на временна мостова конструкция 45-47.

Разказа ни как обиколил над 10 кабинета в Монреал и Отава, но не му обърнали достатъчно внимание и болката продължавала спонтанно, без връзка с храненето, понякога денем, понякога нощем. Според неговите изчисления до момента е изпил 238 нурофена и 64 аулина с временен или никакъв ефект. Всичко започнало след ендодонтското лечение на 45зъб, което било направено на „здравия“ му зъб и поставянето на щифт вътре. Обективно не открихме патологична находка на рентгеновите снимки (секторна, панорамна и КТ), липсваше болка при перкусия и палпация имаше само леко зачервяване лингвално под пластмасовата корона на 45. След проводна анестезия пациентът съобщи „че пак има усещане“. Свалихме временния мост и го поканихме след 2 дни, за да проследим състоянието на гингивата, както и болката. Комуникацията беше напълно кооперативна с проявено доверие, без конфликтни въпроси. Каква беше изненадата ни, когато при следващото посещение след въпроса „Боли ли ви още“, той отговори: „Нищо не ме боли, искам си снимките!“. Когато попитахме за причината да се откаже и от кого е недоволен, той отговори: „Той не е в тази стая“ и не пожела да обяснява повече. Оказа се, че не е имал конфликт и с другите членове на персонала. Причината да ни напусне е всъщност изчезването на болката, липсата на оплаквания и конфликти по време на лечението. Той нямаше от какво да се оплаче.

След консултация колегите психолози ни напомниха за един много интересен и особен синдром в психологията и психиатрията, с който вече се бяхме срещали в клиничната практика и в работата като вещо лице в съда. Считаме, че е полезно да се знае от всички зъболекари и лекари, тъй като от тези хора постъпват най-много жалби, а делата с тях продължават много години без да бъдат разпознати.

Има личности, които са склонни непрекъснато и с болезнена настойчивост да пишат жалби до различни инстанции. Често оплакванията им са по незначителни поводи, още по-често не може да се разбере за какво и против кого се жалват. Оказва се, че една неголяма група от необичайно настойчиви хора затрудняват институциите, медиите, структурите на гражданската и съдебната власт с маса писмени материали, за чието разглеждане се употребяват значителни ресурси от време, интелектуален труд и средства.

Кверулантната характеропатия /или психопатия/ е описана подробно още в началото на XX век: *Kraft-Ebing 1879, Kraepelin 1904, Kolle 1931, Kretschmer 1934*

Латинският термин, използван от специалистите има двойствено значение - *querula* означава „да се оплаква“, но и *quer* се превежда като „дъб“ – може би намек за твърдата упоритост на жалбописците. Това психопатологично състояние е намерило място и в Международната класификация на болестите в неговата последна ревизия.

През последните години кверулантната характеропатия като че ли слезе от вниманието на психиатричната наука - заради отправените обвинения, че се приписва патология на хора, които защитават своите интереси с енергия и настойчивост. Понятието „кверулантност“ загуби значение, защото защитата на личните права играят важна роля в гражданското общество, в поддържането на социалната справедливост и демокрацията. Точно заради това, кверулантите често остават неразпознати и извън ползването на специалистите по психично здраве.

На този синдром са изложени в равна степен както мъже, така и жени. Периодът на развитие на тези реакции е във възрастта от 40 – 70 години, пикът на недоволството е при социално-политически кризи. Психогенни фактори, като малка пенсия, нарушение на правата, безработица, са пусков механизъм за развитие на кверулантния синдром.

Съществуват две хипотези за развитието му:

- генетична;
- симптом на психични разстройства.

Първата хипотеза разглежда синдрома като вродена предразположеност, която се активира при негативно въздействие на психогенни фактори.

Основни симптоми на кверулантния синдром са:

- повишена обидчивост, емоционалност;
- постоянно недоволство от политическата ситуация, системата на здравеопазване, работата и т.н.;
- мания за преследване;
- параноя;
- натрапчиви мисли за нарушаване на правата;
- хипоманиакалност;
- агресивно поведение;
- егоцентризм;
- безразличие към правата на другите хора;
- негативизъм;
- преувеличение на проблемите, мнителност;
- демонстративно поведение;
- свръхценни идеи;
- липса на съзнание за болестта си;
- увереност в собствената свръхзначимост.



Този материал няма за цел да класифицира всички, които се жалват писмено към категорията на психопатологичното, макар че границата понякога е много тънка. По-скоро би помогнал на тези, които по статут трябва да дадат отговор на отправена жалба или на тези, срещу които са отправени неоправдани обвинения. Как да заподозрем кверуланта, без да сме специалисти психиатри и без да сме прочели купища специализирана литература? Упоритите писачи на жалби са упорити!

Техните претенции траят дълго време, отправени са към различни инстанции, на които те често се обаждат по телефона, появяват се без предварително записване и извън обявеното за прием време. Желанието да бъдат наказани виновните се представя в драматична форма, с което се подчертават огромните загуби и вреди в социален и личен план. Предлагат се нереални наказания и компенсации - отнемане на имуществото, дългосрочен затвор, телесно наказание. Ако спре разглеждането на жалбата, следват нови жалби, този път срещу самия контролен орган.

Кверулантният психопат е продуктивен. Доказателственият материал и броят на оплакванията са непредсказуеми величини.

Все пак, в една такава жалба има няколко характерни, отличаващи белези:

Текстът е обемен. Кратките форми не са присъщи на кверулантите. Понякога писменото изложение е с големина, надхвърляща търпението на този, който трябва да я прочете.

Изложението е необичайно структурирано - многобройни подчертавания, някои думи и изречения са изцяло с главни букви, произволно са поставени кавички, удивителни, въпросителни, стрелки и др. знаци. В някои случаи се използва различен цвят в текста, подчертаването или при отделянето на думи и изрази.



Основната мисъл се губи от многобройни допълнения и забележки, често добавени между редовете или встрани от описанието. Събития от близкото и далечно минало са датирани и са с точно определен час.

Характерна е обилната, неуместна и неправилна употреба на технически, юридически, медицински и др. специални термини. Прилагат се голямо количество копия от писма, документи, снимки, лични коментари и дневници.

Кверулантът е лично ошетен, засегнати са неговото достойнство, безопасност, здраве, материално благополучие и пр., но решаването на жалбата е заради истината, справедливостта и обществения интерес.

Разглеждането и отговарянето на жалби е трудна и деликатна работа, необходими са добра подготовка и знания в областта на правото и психологията. Това често води до ненужно отделено време, усилия и средства, причинява се дистрес и се нанасят неоправдани щети на невинни хора.

Кверулантите се отличават с настойчивостта си, те могат с години да участват в съдебни процеси, само да спечелят делото. В повечето случаи присъдата не ги удовлетворява, тъй като те виждат във всичко скрит негативен подтекст към личността си. Такива хора получават скрито удоволствие от чувството за собствена непълноценност, те обичат, когато ги съжаляват. Провалите в съда ги стимулират, давайки им нов заряд енергия и предизвикват към още по-голяма активност. Известен е случай, когато жител на САЩ в течение на 7 години е подал близо 3000 иска в съда с различни жалби, заради което попаднал в Книгата на рекордите на Гинес. Почти у всички кверуланци липсва самокритичност към своето психично здраве.

Правилният подход е – непремента и достатъчно съдържателна среща с жалбоподавателя. Отговор и проверка по анонимни жалби е тъжен спомен и практика от близкото минало, повлияло на не една човешка съдба. Разговорът с кверуланта разкрива неговото личностно неравновесие и психопатия, така добре описани в специализираната литература:

Той е болезнено чувствителен към неуспехите си, за които са виновни други хора. Не прощава минали обиди, вреди и снизходителното отношение на околните. Подозрителен е към фактите, често тълкува приятелското отношение като лицемерие и прикрита враждебност.

Събитията около него са „законспирирани“ и имат съвсем друго значение. Войнствено защитава всичко свързано с правата на човека, за които има неясни представи. Той е изключително качествен, ценен и честен човек, но не може да реализира своята ценност заради външни причини /подли хора, лоши закони, слаба държава и пр/. поводът за недоволството му е винаги личен /неправилно уволнение, имотен спор, съседски конфликт, неефективно лечение, персонална обида/, но решаването на проблема ще доведе до полза на обществото, общочовешка полза и справедливост.

Кверулантните психопати, упоритите писачи на жалби са около нас. Със своето поведение те нанасят значителна социална и финансова вреда и причиняват на други хора морални щети, страх и дистрес. Методите, с които те изразяват своите искания за „справедливост“ явно се различават от способите, използвани от повечето хора и са описани в класическата медицинска литература като „вредно и досадно поведение“. Вероятно е дошло времето да върнем кверулантството в полагащото му се място между формите на проблемно поведение, с което се занимават специалистите по психично здраве.

И ако след прочитането на този текст откриете описанието на свои познати или на самия себе си – ясно е, че затова са виновни други хора.

В тези времена на промени и напрежение, ние, зъболекарите, не бива да оставаме безучастни. Ние сме част от това общество и то градивна. Лечители сме, същевременно хора, които с труда си крепят българската икономика. Представители сме на малкия бизнес и днес има какво да кажем.

Сигурност няма, семействата са разделени – хората отиват на гурбет, за да се прехранват. Здравеопазването ни е в задънена улица – без изход. И какво ли не още – списъкът е дълъг. И в медиите и помежду си ние сме констатирали тези сериозни проблеми, обсъждали сме ги.

ЗДРАВНАТА РЕФОРМА И БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Ние не искаме промени в политическата система, нито в принципите на пазарната икономика. Ние искаме конкретни промени в законодателството, които са абсолютно изпълними. Искаме ги, защото смятаме че зъболекарското съсловие ще се отърве от едно наложено му от държавата бреме и една несправедливост, която нарушава принципите на демокрацията и най-вече един от тях - свободния избор.

Сдружението на българските зъболекари предвиждаше колапса на българското здравеопазване още в началото на т.нар. реформа. Факт е – и лечители и пациенти днес са еднакво недоволни. Разбираме, че една реформа, особено в такава деликатна сфера като здравеопазването, е процес. До този момент обаче резултатите са плачевни. Една от грешките при стартиране на реформата, която ние още тогава посочихме, бе

СЪЗДАВАНЕТО ЧРЕЗ ЗАКОН НА МОНОПОЛИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Монополите в нашето здравеопазване се създадоха чрез ЗЗО и ЗСОЛС, въпреки предупрежденията ни. При по-внимателен поглед могат да се открият и още монополни образувания. Основните обаче са Националната здравноосигурителна каса, Лекарският и Зъболекарският съюз.

НЗОК

Секторът здравеопазване е изцяло под управлението на държавата, независимо от наличието на частни здравноосигурителни фондове, кабинети за преглед, лаборатории, болници и т.н., тъй като една единствена институция събира задължителните здравни осигуровки и се разпорежда с тях - НЗОК. Накратко тя е държавен монопол. Основният проблем на касата е, че тя не изпълнява здравноосигурителни функции, а е инструмент в ръцете на управляващите за водене на социална политика, тъй като услугите, които финансира, постоянно растат, докато приходите ѝ са ограничени.

Като цяло зъболичението не е социална дейност. Всеки от нас я извършва по собствена преценка. НЗОК подби цените на зъболекарския труд и е вредна с монопола си за развитието на нашата професия. Ето защо в това отношение трябва да се вземат необходимите управленски решения. На първо време трябва да отпадне намесата на парламента и държавата в здравната каса.

Здравната каса е институция на здравно-осигуряващите се български граждани и на никой друг. Това е независима финансова институция. Тя обаче не разполага със своя собствен капитал. Не собственикът, а държавата се разпорежда с него. Това трябва да бъде прекратено незабавно. Броят на служителите в касата и професията им трябва да бъдат преразгледани. Не се нуждаем от раздут административен апарат. Абсурдно е в институцията на здравноосигурените пациенти да работят предимно лекари, а не финансисти и икономисти. На второ място – трябва да се предприемат конкретни и решителни стъпки към демонополизацията на касата.

КОНЦЕНТРАЦИЯТА НА ПРАВА

Преди да се спрем на втория основен монопол, ще маркираме още едно нездравеопазване в нашата сфера.

ЗЪБОЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ

Нашата съдба е свързана с възраждането на Българският зъболекарски съюз (БЗС).

Ние от Сдружението на българските зъболекари (СБЗ) уважаваме историята, нашите прадеди и учители, основателите на БЗС. Преди две години поставихме паметна плоча в чест на 85-годишнината от смъртта на един от тях - д-р Михаил Елмазов.

Днес ние смятаме, че сегашното състояние на БЗС не се вписва в демократичните традиции на зъболекарския съюз.

НИЕ не искаме да разбием БЗС, искаме да разбием монопола на БЗС

т.е. пълното отсъствие на конкуренция. Този монопол бе създаден от държавата, за 15 години той се разрастна до небивали размери.

КАК СЕ РАЗГЪРНА ТОЗИ МОНОПОЛ И какви са последствията

Когато интелигентни и ерудирани хора осъзнаят силата на огромната власт, която поемат, и намерят точните лостове за управление, монополът разгръща пълната си мощ. Гарантирано и солидно финансиране, осигурено от висок членски внос, тромава вътрешна структура, огромен УС с 28 регионални представители от цялата страна и 7 комисии - хранителна среда за утвърждаване на единоначалието. Създаде се печатен орган, който всеки зъболекар получава задължително, и който е с над 60% реклама.

В очите на политическата власт и обществото БЗС се превърна действително в единственият говорител, експерт по въпросите на зъболечението, изказващ се от последна инстанция. При положение, че основната цел, с която бе създаден от парламента задължителният БЗС, бе да сключва Национален рамков договор!

От друга страна смяната на името на професията, съответно и на използваната терминология в него, целеше да покаже съвременност, израстване - българският зъболекар стана дентален лекар. Един терминологичен абсурд, следствие от друг терминологичен абсурд - в зъболекарския съюз, преди БСС, вече членуват лекари по дентална медицина. Третият терминологичен абсурд е подходящ за карикатура - въвеждането на съкращението на лекар по дентална медицина (л.д.м), т.е. едва ли не титла.

Ето какви последствия още се появиха, благодарение на този монопол:

- Родил се и реализира „новаторската идея“ съсловната организация да развива стопанска дейност. Изземва се бизнес на други фирми чрез създаване на стопанска структура под протекцията на монополист, което е антипазарна дейност. Това е монополна власт, реализирана с влияние върху пазара, включително ценово влияние.
- Монополът на БЗС роди нова прослойка зъболекари (номенклатура, зъболекарска олигархия), която вече не желае или малко практикува професията и се занимава предимно със съсловна дейност. Това са ограничен кръг от хора, който мандатно се изкачва и слиза мандатно по изкуствено създадените етажи на монополиста. Тази зъболекарска олигархия не излиза от собствения си кръг, гордее се, че прави кариера и обича да я командирова с нашите пари – по страната и света. Под маската на всевъзможни посещения на научни и съсловни наши и чужди форуми.
- Монополът на БЗС отне представителството на около 2000-2500 български зъболекари, които не работят със здравната каса. По закон те са длъжни да членуват в съюза и същевременно нямат никакъв интерес да заплащат там членския си внос. След като не работят с касата, няма логичен аргумент БЗС да ги представлява пред нея.
- Монополът на БЗС роди заплахата от заличаването на дентални практики заради неплатен членски внос. Лишаването на дипломирани колеги от възможност да упражняват професията си и да изхранват семействата си, само защото не желаят да бъдат част от тази натрапена им от държавата форма на организиран съсловен живот.
- Монополът на БЗС роди т.нар. безплатни научни форуми, на които се получават кредитни точки и на които се преподава на студентско равнище само от преподаватели във факултетите. Известно е, че нищо „безплатно“ няма - плащаме с парите от нашия членски внос. „Безплатното“ обаче унищожава „платеното“, т.е. пазара. Що се касае до кредитните точки, не е известно те да фигурират в закон. Те са невалидни. И ако има реално кредитиране, (ние сме за това), какво ще стане, ако даден курс е акредитиран примерно от Българското ендодонтско общество (БЕО), а не от БЗС? Или от група колеги, специалисти в дадена област, на професионални научни срещи с модератор?
- Монополът на БЗС роди чувството на страх у колегите - да не им бъде отнето правото да упражняват професията, ако не платят членския си внос. Такава затворена система създава благодатна почва, върху която израстват кариеризмът, интригите, говоренето зад гърба. Примери има в изобилие, но не е удобно да бъдат споменавани.

- Монополът на БЗС роди и интелектуалните посегателства. Месеците на профилактика, започнати от СБЗ, постепенно преминаха в ръцете на ръководството на БЗС, наградата „Зъболекар на годината“ се клонира в „Лекар по дентална медицина на годината“ на областите и т.н.

МОНОПОЛИСТЪТ ИМА ПОЗИТИВИ

Когато коментират задължителното членство в БЗС, някои колеги са на мнение, че това не е лошо, защото, цитираме: „някой трябва да върши тази работа“, „БЗС е силен, защото е задължителен“, „по-добре да ме контролират колегите, отколкото държавата“. Ние насърчаваме и приветстваме правото на всеки да има свое мнение. И да го изразява свободно. Монополите носят и позитиви. Въпросът е - на каква цена? Приемаме с разбиране виждането на онези честни и почтени колеги, които смятат, че БЗС може да се промени отвътре, да стане по-демократична организация. И работят за тези промени.

Ние сме убедени обаче, че това не може да се случи. Защото има едно сериозно противоречие и то е заложено в закона - правото на онези колеги, които не искат да членуват в БЗС, е нарушено.

Ние искаме промяна в закона

Приемаме задължително членство на колегите, но в организация по избор и създаване на зъболекарска камара, в която да членуват тези формирания. Ако има интерес, зъболекарският съюз ще бъде един от тях, на равно с останалите - като организация на работещите със здравната каса или каквато е волята на членовете му. Така по-честно и демократично ще се обсъждат и решават съсловните въпроси.

Проект за зъболекарска камара преди 10 години е разработен от СБЗ и той е заложен като цел в устава на организацията.

Зъболекарският съюз е съсловна организация, която представлява и говори от името на хора, които желаят или не желаят да говори от тяхно име. БЗС подписва НРД, организира научни форуми, налага наказания на членовете си, упражнява и синдикална дейност - защитава ги. Същевременно играе ролята на предприемач - търгува чрез своя създадена стопанска структура. БЗС е издател - на печатен вестник и интернет списание. БЗС представлява всички български зъболекари пред политическата власт, без всички български зъболекари да искат това представителство. По членска маса и влияние БЗС няма конкуренция - членската маса на всяка една от зъболекарските организации, създадени на професионален принцип, не надхвърля повече от 40-50 човека. Никой не им предлага и те нямат свое официално представителство в БЗС.

СБЗ ще поиска чрез народните представители промени в здравното законодателство и в ЗСОЛЛДМ. Конкретно - отпадане на задължителното членство само в една организация чрез създаване на Зъболекарска Камара и демонаполизация на ЗОК чрез нов закон за Здравното осигуряване при включване на доброволните фондове в него.

Имаме остра нужда от нови закони в здравеопазването.

Август 2016

д-р Венцислав Стоев

РЕКЛАМА ВЪВ ВЕСТНИК “БЪЛГАРСКИ ЗЪБОЛЕКАР”,

който се разпространява по електронен път, сред 2000 зъболекари. Условия и цени.

повече информация: www.abdentist.com или abdentist@abv.bg



„НОЩ“ НЕ ТРЯБВА ДА ОЗНАЧАВА
„КРАЯ НА ДЕНЯ“
НОВИЯТ SEAT АТЕСА



TECHNOLOGY TO ENJOY

АКО ПРОМЕНИШ ГЛЕДНАТА СИ ТОЧКА, ЕЖЕДНЕВИЕТО МОЖЕ ДА БЪДЕ УДИВИТЕЛНО.

Независимо от това как и къде ще решите да прекарате вечерта си – Welcome Light светлините на новия SEAT Ateca ще Ви „повикат“ обратно в тъмното. Вътрешното амбиентно осветление Ви дава възможността да създадете перфектна атмосфера в отражение на Вашето настроение, а изключително технологично напредналите Full LED фарове ще осветят всяка улица, правейки я по-безопасна и ще придадат на автомобила много по-уверен вид.

SEAT Ateca, с дори още по-удивителни функции:

■ **TRAFFIC JAM ASSIST** ■ **СИСТЕМА ЗА СЛЕДЕНЕ НА МЪРТВАТА ТОЧКА** ■ **FULL LINK ТЕХНОЛОГИЯ**

Среден разход на гориво: от 4.6 л/100 км до 6.6 л/100 км. Средно ниво вредни емисии: CO₂ от 94 г/км до 154 г/км.

ПОСЛЕДВАЙТЕ НИ:



SEAT.BG



“Аутотехника” ООД е официален вносител на марката автомобили **SEAT** и ексклузивен представител на американската компания **Hertz** за предоставяне на услуги Rent-A-Car и Оперативен Лизинг. Компанията е основана в град София през 1995 година и е част от голямата холдинговата структура от компании на “Василакис Груп” – Гърция. Тази група включва компании, които са ексклузивни представители на 8 автомобилни марки и е най-големият вносител на нови автомобили в Гърция паралелно с това групата притежава изключителните права за представителство на **Hertz** в няколко европейски държави, като пряко и непряко участва в управлението на много банки, застрахователни институции и туристически организации.

Ползвайки значителният опит и ноу-хау на фирмата майка, развивайки и усъвършенствайки непрекъснато своята клиентска политика, “Аутотехника” ООД се утвърди като надежден партньор на много компании и доверието гласувано от клиентите ни и предлаганите от нея продукти се изразява в значително нарастване на реализираният оборот. За по-ефективно и надеждно обслужване на своите клиенти “Аутотехника” ООД е създала и развива мрежа във всички по големи градове в България и понастоящем има представители в София, Бургас, Варна, Пловдив, Плевен, Стара Загора и Велико Търново.

За оферти, тестови шофирования и повече информация относно предлаганите модели SEAT:

Милен Йорданов
Специалист корпоративни продажби
“Аутотехника” ООД
София, бул. Никола Вапцаров 53А



тел: +359 2 474 01 21
мобилен: 0886 24 99 94
e-mail: myordanov@seat.bg
www.seat.bg

ПРЕДСТАВЯНЕ НА ФИРМА ДЕНТАСВЕТ

Фирма Дентасвет започва дейността си през пролетта на 1994 година. В търсене на нетрадиционната визия и различното присъствие на пазара, с цел да бъдем по-близо до потребностите на клиентите си и да реагираме адекватно, фирмата успя да изгради най-добрата дистрибуторска мрежа в България – магазинна мрежа (централен офис и магазин в гр. Велико Търново и магазини – София, Варна и Плевен), онлайн магазин и доставка на място по график в рамките на дистрибуторската ни мрежа.

Смятайки симбиозата между клиника и лаборатория за много важен момент в нашата дейност, ние се акцентирахме върху екипността в работата между:

Клиника – лаборатория - дентален дилър.

За тази цел развихме еднакво добре продуктовата си гама както за стоматолози, така и за зъботехници. Верни на принципа **„От всичко по много за всички“** ние предлагаме пълен асортимент от стоматологични и зъботехнически материали и консумативи, необходими за ежедневната Ви практика.

Все по-задълбочаващите ни се контакти и ангажименти с водещи фирми в световния дентален бранш от класата на Renfert и bredent, и с помощта на техните висококвалифицирани консултанти, ни дава възможност да бъдем винаги на „Гребена на вълната“. И така през 1998 година фирма Дентасвет стана изключителен представител на фирма Renfert, а през 2008 година на bredent. През 2009 година регистрирахме в България две референтни лаборатории на фирма bredent с международен статут, с помощта на които съпровождаме дейността си с множество курсове, презентации и други нетрадиционни форми на обучение. През тези седем години, с професионалната подкрепа на референтните лаборатории „Стани –Дент“, с управител Стоян Христов и „Арт Дентал България“, с управител Бисер Димитров, успяхме да бъдем, както проводници на световните тенденции и иновации, така и двигатели на развитието на денталния пазар у нас.

Фирма bredent е безспорен лидер в разработването и производството на материали за безметално протезиране. Под мотото **„Безметалните конструкции – настояще и бъдеще“** работехме усилено в годините, за да запознаем пазара с техните иновации и продуктите от системата **Thermopress 400** и **visio.lign**, защото ерата на нанокомпозитните технологии предполага да се отреди подobaващо място на лабораторните фотополимери в ежедневната дентална практика. Стремещът на производителите на дентални продукти, винаги е бил да се създадат възстановителни материали, които да притежават свойства сходни с тези на естествените зъбни тъкани, при това с висока естетика. Като такъв тип възстановителен материал последните години в световен мащаб все повече се доказва и налага денталния фотополимер. Доказателство за актуалността на темата е непрекъснатата надпревара в пускането на пазара на все по-нови и все по-усъвършенствани лабораторни фотополимери от типа на високо-технологичните нанокомпозитни материали с висока наситеност на матрицата с керамични, циркониеви и други видове частици, както и различни други лабораторни материали на фотополимерен принцип. Целта е да се замени използването на алергизиращите организма материали, като пластмаси (полимер, мономер) и метали. Безспорно и очевидно е, че бъдещето принадлежи на безметалните и нанокомпозитни възстановителни материали.

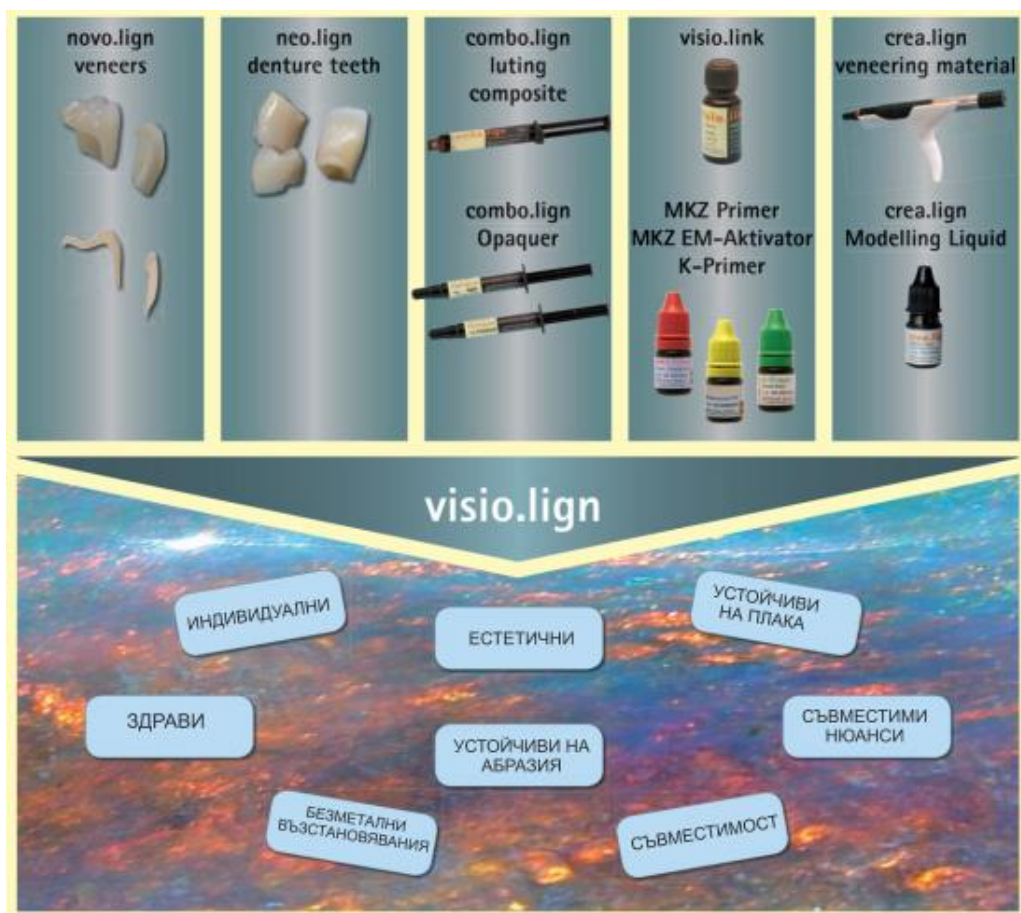
Подчинявайки дейността си на мисълта на Чарлз Дарвин **„Всичко което противоречи на природата, не може да бъде трайно“** ние продължаваме да Ви предлагаме ортопедични решения в зъбопротезирането, най-близки до човешката природа. Благодарение на достиженията в областта на високотехнологичните полимери и съвременни хибридни композиционни материали, като системата **visio.lign**, създадени и произведени от фирма bredent, успяхме да преобърнем мнението за използване на полимерните материали в лабораторната практика. Ефекта от използването на фасетите **novo.lign** и зъбните гарнитури **neo.lign**, които имат безспорна естетика и коефициент на изтриваемост най-близък до този на човешкия зъб, в комбинация с нано-композитния материал

crea.lign, нямат аналог на денталния пазар. Високотехнологичният полимер **BioHPP**, елемент от същата система, направи възможно изработването на скелети с коефициент на еластичност най-близък до този на човешката кост. Уникалността на системата се допълва от **Chipping Repair Kit** – комплект за поправка на порцелан, разработен за използване в клинични условия. Следвайки тенденциите на дигиталната революция фирма bredent създаде **breCAM.bioHPP** и **breCAM.HIPC** – иновация при CAD/CAM протезирането върху импланти.



Visio.lign е система за безметално протезиране, базирана на PEEK, PMMA, нанокomпозит и керамика. Уникалността на системата се състои в еднородния състав на отделните компоненти, който ги прави отлично съвместими, както при комбинирано протезиране, така и за употреба в клиниката и лабораторията.

В следващите издания на електонния вестник ще Ви представяме подробно отделните компоненти на системата и тяхното клинично приложение.





създаването на референтните ни лаборатории и всички съвместно постигнати успехи. А това, че събитието се проведе в партньорство със **„Сдружение на Българските Зъболекари“** ни гарантира още по-големи бъдещи резултати, които ще реализираме с много предстоящи съвместни мероприятия, на които Ви каним да станете участници и Вие.



Високият професионализъм на лаборатория „Стани – Дент“ – Стоян Христов, безупречността на материалите от системата visio.lign и добрата екипност в работата с дентална клиника „Провиден“ – д-р Виктор Жечков, ни осигуриха първо място в конкурса „Усмивка на годината“ в категория „Имплантологичен случай“, през м. Май 2015 г.

Клиничният случай с който ще Ви запознаем по-долу, беше оценен от международно жури в състав: д-р Рафи Романо, д-р Саша Йованович и проф. Нитцан Бичачо.

И така на **01 – 03 юли 2016** година в к.к. Албена, ние заслужено отпразнувахме 7 години от



По време на събитието водещи професионалисти споделиха и демонстрираха своя успешен опит в работата си с продуктите от системата visio.lign, BioNPP и т.н. В лицето на доц. Методи Абаджиев намерихме академично потвърждение на ролята и мястото на РЕЕК материалите в протезирането.

И накрая, както е редно, рожденикът черпи!





Bionic

Единствено природата го превъзхожда

BioHPP® – „Материалната еволюция“

BioHPP® е изграден на базата на РЕЕК (полиетеретеркетони), керамично подсилен полимер с изключителни качества. Устойчива на усукване алтернатива на ригидните материали за основа на скелетирани протетични конструкции.

Лесен за употреба. Невероятни предимства. Това е решението.

- **Разнообразни показания!** BioHPP® – различни индикации – от абатменти до основа на скелетирани възстановявания.
- **Без конкуренция!** BioHPP® – ненадмината еластичност, сходна с тази на спонгиозната кост.
- **Ненадминат!** BioHPP® – пациентите са очаровани от превъзходната функционалност и интраорален комфорт.

За повече информация относно работата със системата for 2press-System и за качества, които превръщат BioHPP® в уникален продукт на денталния пазар, моля, обадете се на 0897961386 - Светлана Иванова.



Допълнителна информация за продукта можете да откриете на biohpp.bredent.com



Сканирайте тази страница с приложението LAYAR

BioHPP



40 YEARS DENTAL INNOVATIONS
1974
2014



ДЕНТАСВЕТ

bredent group

ПОБЕДИТЕЛ В КАТЕГОРИЯ

„Имплантологичен случай“ в конкурса Усмивка на годината 2016

Д-р Виктор Жечков, дентална клиника „Провидент“, София;
зъботехник Стоян Христов, зъботехническа лаборатория „Станидент“, Сливен

АНАМНЕЗА/СТАТУС

В клиниката постъпи жена на 50 г. в добро общо състояние. Извършен бе първичен преглед по повод нарушена дъвкателна и говорна функция, силни болки, неудовлетворяваща естетика, ниско самочувствие. Пациентката бе с желание за извършване на цялостна рехабилитация, като отказва възможността за подвижно протезиране.

Пациентката е непушач, не съобщава за налични алергии и заболявания, не приема лекарства.

Локално се установи наличието на силно развит хроничен генерализиран пародонтит (Parodontitis chronica generalisata) с II–III степен подвижност на всички налични зъби – терминална фаза, големи количества плака и зъбен камък, халитоза. В анфас има лека левостранна лицева пареза вследствие на прекарано простудно заболяване. Назначени бяха параклинични изследвания – дигитална ОПГ, СВСТ, кръвна картина, проведена беше и анестезиологична консултация.

ПЛАН НА ЛЕЧЕНИЕ:

Планира се лечение в два хирургични и два протетични етапа:

1) В първия хирургичен етап:

– Екстракция на всички налични зъби.

– Поставяне на 6 импланта на горна челюст и 4 импланта на долна челюст, даващи възможност за последващо изработване на неподвижни конструкции, които да осигурят пълноценна дъвкателна функция и висока естетика (според лечебния протокол All-on-4 на д-р Мало и Байкън, ТРИНИА концепцията).

Избраната имплантологична система е „Алфа Био“ www.alpha-bio.net.

2) В първия протетичен етап:

– Изработване на провизорни конструкции за периода на остеоинтеграция.

3) Във втория хирургичен етап:

– След успешна остеоинтеграция – разкриване на имплантите и тъканен мениджмънт.

4) Във втория протетичен етап:

– Изработване на неподвижни конструкции в горна и долна челюст от Bio HPP и фасети Visio.lign (www.bredent.de).

ПОДГОТОВКА:

След полученото одобрение на представения план за лечение предварителните диагностични модели и восъчният моделаж бяха използвани за изработването на:

1) Обикновени горна и долна тотална плакова протеза чрез включване в артикулатор, радиране на наличните зъби и леко редуциране на крилата на протезите в клапащата зона. Впоследствие така направените протези чрез добавяне на силикон за трайна ребазация на протези (Mollosil) бяха използвани като временни конструкции в периода на остеоинтеграцията.

2) Хирургични водачи.

3) Уточнени бяха атрофичните класове в различните участъци на горната и долната челюст, а по данните от компютърната томография беше направен план за аугментационните процедури – без нужда от синус-лифт или дистален наклон на крайните импланти поради високото разположение на мак-силарните синуси двустранно и достатъчния обем кост.

ХИРУРГИЧНИ ЕТАПИ:

Първият хирургичен етап бе проведен заедно с проф. Гаврилова под дълбока седация с дормикум на инфузия (и назална канюла с кислород).

След екстракция на наличните зъби, почистване и оформяне на засегнатите тъкани имедиатно бяха поставени 10 броя импланти „Алфа Био“ (SPI и ICE) с размери 4.2/10 мм и 4.2/11 мм (които предварително бяха избрани след обстоен анализ на данните от КТ). Всички импланти бяха затегнати с между 35–50 N/см и бе постигната висока инициална стабилност. За аугментационните процедури бяха използвани ксенографт от говежди произход, автографт и резорбируеми мембрани (с асистенцията на д-р Десислава Великова).

Заздравителният процес премина безпроблемно, плаковите протези, макар и трудно приети, осигуриха приемливо ниво на функция и естетика за периода на остеоинтеграция и затвърдиха предимствата и мотивацията за неподвижно протезиране.

След период на остеоинтеграция от 4 месеца във втория хирургичен етап бяха разкрити всички импланти (в някои участъци с punch техника, в други – с апикално преместване на кристалната гингива). Бяха подбрани и поставени цикатризационните винтове.

ПРОТЕТИЧЕН ЕТАП

След още 14 дни бяха снети отпечатъците, бяха подбрани и фрезовани стандартни и естетични (прави и ъглови) титаниеви абатмънти и бяха изработени неподвижни конструкции – скелет от Bio HPP и естетични фасети Visio.lign. Този иновативен високотехнологичен материал бе предпочетен пред другите алтернативни материали за избор (циркониев оксид, металокерамични конструкции с благородни или неблагородни сплави и др.) поради няколко съществени предимства, които дава: лекота и здравина, еластичност, близка до тази на костта (за разлика от циркониевия оксид, който е доста ригиден!), биосъвместимост (безметален) и хипоалергенност, равномерно разпределение на дъвкателното налягане, висока естетика и изнosoустойчивост, възможност за директна репарация на фабричните композитни фасети. Конструкциите бяха фиксирани неподвижно към надстройките при строг протокол, за да не се допуснат излишъци от цимент – идеално полиране на останалите повърхности, изолацията им с глицерин и адаптирани отрязъци кофердам. Предварително бяха определени и изпробвани подходящите четчици (Sugarox) за достъп около всички импланти, бяха дадени подробни наставления за орална хигиена, включително задължителното използване на зъбен душ.

ЗА ПОБЕДИТЕЛИТЕ:



Д-р Виктор Жечков

Завършва ФДМ на МУ–София през 2002 г., след което открива частна практика. През 2005 г. основава дентална клиника „Провидент“ в гр. София, където практикува и до днес. Съсредоточава своите интереси предимно в две области – естетична дентална медицина и имплантология, както и в цялостната рехабилитация на съзъбието. От 2007 г. се занимава активно с имплантология.



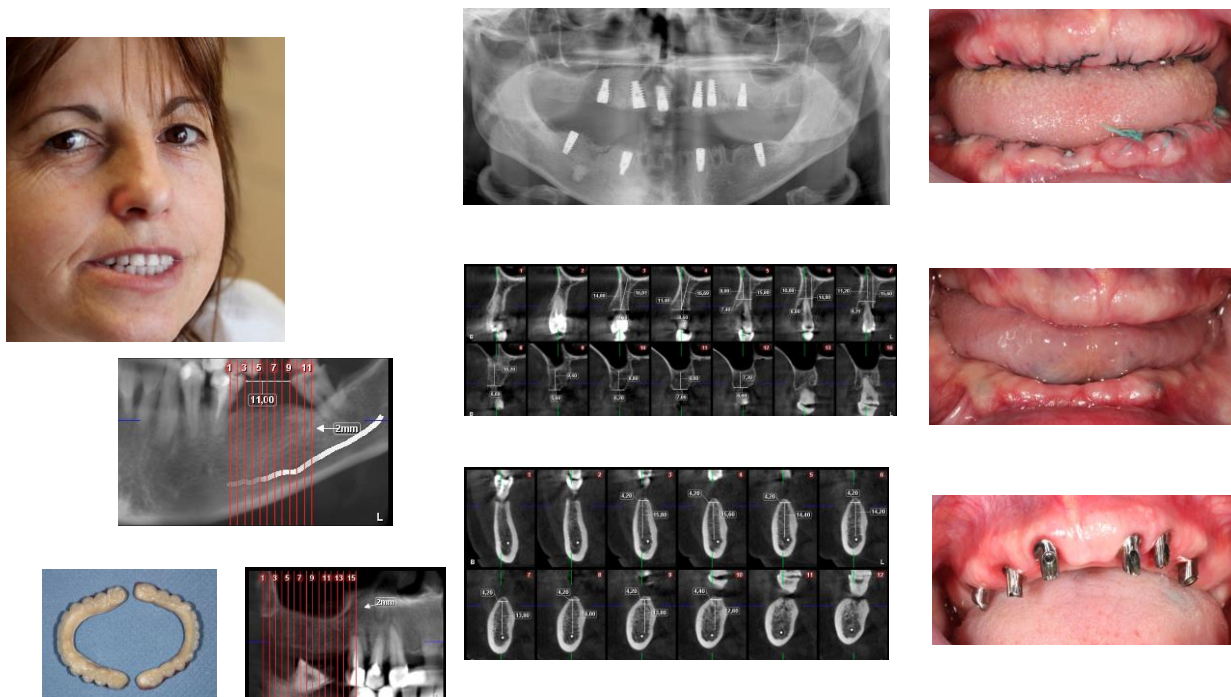
Стоян Христов – зъботехник

През 1989 г. завършва ИПЗК „Д-р Ненчо Николаев“. През 2000 г. основава медико-техническа лаборатория „Стани-Дент“, референтна за „Бредент“ от 2009 г. Лабораторията целогодишно провежда курсове, презентации и семинари на различни теми. Понастоящем е в процес на проучване и прилагане на CAD/CAM технологии в лабораторната практика

ПРЕДИ ЛЕЧЕНИЕТО



ПО ВРЕМЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО



СЛЕД ЛЕЧЕНИЕТО



12-13 ноември 2016 СОФИЯ

ЕСТЕТИКА

ОРАЛНА ХАРМОНИЯ

ПРОТЕТИКА

ОКЛУЗИЯ

ИМПЛАНТОЛОГИЯ

КОЛОКВИУМ

КОМПЛЕКСНА ЕСТЕТИЧНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

ОНЛАЙН
РЕГИСТРАЦИЯ

www.infodent.bg

ТАКСА УЧАСТИЕ:

150 лв.
за заплатилите
до 27.10.2016 г.

ПРЕФЕРЕНЦИАЛНИ ЦЕНИ ЗА АБОНАТИ ПРЕЗ 2016 г.:

100 лв.
за абонати на
пакет от 3 списания

120 лв.
за абонати на
пакет от 2 списания

140 лв.
за абонати
само на 1 списание

ОРГАНИЗАТОР:

ИНФОДЕНТ

www.infodent.bg, 0885 807 675



НАЧИНИ НА ПЛАЩАНЕ:

1. В офиса на фирма Инфодент:

София 1113, ул. Луизице 7-9, ет. 3, ап. 7

2. С банков превод:

IBAN BG62PRCB92301034418918, BIC PRCBBSGF

ПроКредит Банк, клон Гео Милев, за Инфодент ООД

3. С пощенски запис:

София 1113, ул. Луизице 7-9, ет. 3, ап. 7

Инфодент ООД, Галя Василева Начева

Комплексно имплантатно възстановяване на тотално обеззъбена горна челюст с Rhein'83

Клиничен случай

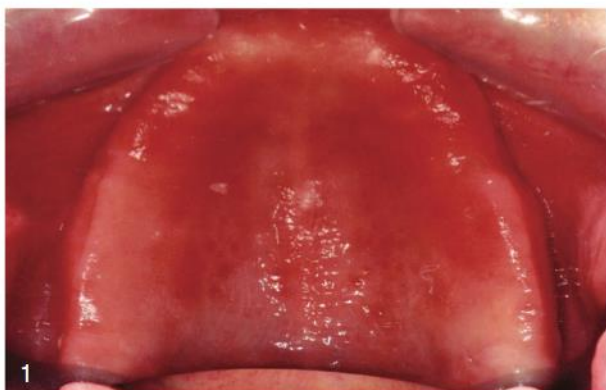
Corina Marilena Cristache, Daniel Zidarita, Cristian Butnarusu

Имплантатното възстановяване на тотално обеззъбена горна челюст представлява същинско предизвикателство. То се дължи най-вече на типа костна резорбция, качеството на наличната кост и ролята на максилата в говора и естетиката, особено в случаите на фиксирано надимплантатно протезиране. Затова в сложни случаи мнозина изследователи предлагат алтернативно лечение със сменяеми протетични конструкции *min overdenture*. [1-3]

В тази статия ще бъде описан клиничен случай, в който се използва протетичен надимплантатен сменяем/фиксиран дизайн на Rhein'83, фиксиран

върху значително ангулирани имплантати в атрофирала напълно обеззъбена горна челюст.

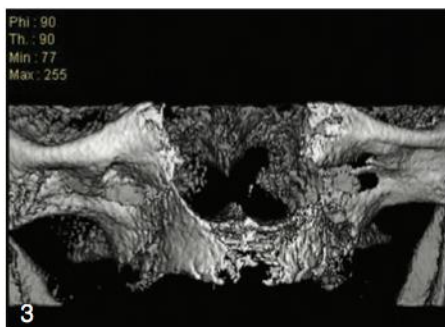
В нашата клиника постъпи 61-годишна пациентка с цялостно обеззъбена горна челюст (фиг. 1), реферирана от общопрактикуващ зъболекар. Наличното протетично възстановяване на пациентката бе изработено преди повече от 10 години – тотална протеза в горна челюст (фиг. 2). Установи се протетична конструкция и в долната челюст, състояща се от две надимплантатни мостови конструкции [45-47] и [34-36], както и мост във фронталния сегмент (включващ от зъб 44 до зъб 33).



фиг. 1 Изглед към обеззъбения максиларен алвеоларен гребен.



фиг. 2 Тотална протеза в горна челюст и мостови протетични конструкции в долна челюст.



фиг. 3 Фронтален изглед на максиларната конична компютърна томография.



фиг. 4 Ортопантомография след поставяне на провизорните конструкции.



фиг. 5 а и б Различни видове пластмасови провизорни мостови конструкции.



фиг. 6 Функционален модел, включен в артикулятор.



фиг. 7 Имплантатните аналози за стабилизиране на протетичното възстановяване.



фиг. 8 Модел 8 артикулатора със средни стойности.



фиг. 9 Вестибуларна позиция на имплантати на местата на зъби 14, 13, 23 и 24.

Пациентката имаше оплаквания по отношение на нестабилността на тоталната протеза и дискомфорт от прекалено покритие на твърдото небе. Затова решихме, че в този случай е подходящо да се изработи надимплантатно фиксирана мостова конструкция. Нямаше данни за системни заболявания. След анализ на СВСТ конична компютърна томография се прецени, че е необходимо да бъде извършена процедура по костен графт с автогенна костна присадка, придобита от илиачната кост под обща анестезия. Целта на тази процедура бе да се компенсира значителната алвеоларна атрофия (фиг. 3) и да се осигури достатъчно място за поставяне на имплантатите в коректна триизмерна позиция.

Пациентката обаче отказа извършването на тази процедура по костен графт, тъй като бе необходимо да се подложи на допълнителна операция с дълъг оздравителен период, а така също и поради дискомфорта, високата цена на лечението и възможността за летален изход от операцията. Затова пристъпихме към втори вариант на лечение с дивергиращи ангиулирани имплантати.[4,5] Мнозина автори, между които и Rosèn и кол. [6], потвърждават в своите 8-12 годишни изследвания, че ангиулираните имплантати са успешна алтернатива на процедурите, включващи костен графт.

Затова след анализ на компютърната томография за установяване на нивото на кресталната кост и локацията на пода на максиларния синус бяха поставени осем bone level имплантати Straumann SLA с RC платформа (Institute Straumann AG) в областта на зъбите 16, 14, 23, 24, 26 (диаметър на имплантатите - 10 mm) и в областта на зъбите 13, 11, 21 (диаметър на имплантатите - 8 mm), които да подобрят инициалната стабилност.[7]

По време на оздравителния период

(6 месеца – конвенционално натоварване) на пациентката бе позволено да носи своята предишна тотална протеза, адаптирана с мек лайнер.

След това имплантатите бяха натоварени (фиг. 4) и бяха изработени няколко провизорни мостови конструкции (фиг. 5 а и б), които обаче не бяха задоволителни от гледна точка на естетика, фонетика и хигиена.

За по-добро протетично решение бе изработен диагностичен мокул върху функционалния модел (фиг. 6), включен в non-Arcon артикулятор (Amann Girrbach), като бе използвана акрилна базова подложка, стабилизираща поставените RC имплантатни аналози (Vannini M – фиг. 7) и адекватни зъби от гарнитура (фиг. 8).

На фиг. 9 могат да се наблюдават поставени значително дивергиращи имплантати в областта на зъбите 14, 13, 23 и 24.

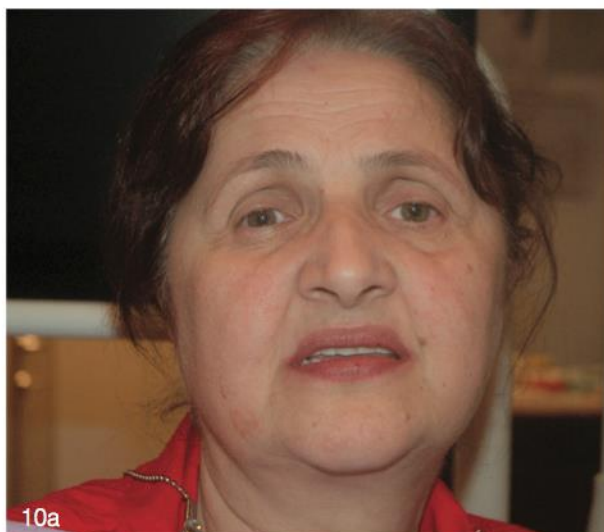
Мокулът бе изпробван в устата на пациента (фиг. 10 а и б), при което бяха установени някои естетични проблеми, съгласно критериите, предложени от Bidra и Agar.[8] Те включват следните диагностични елементи:

Позиция на максиларните инцизални ръбове:

- 1 mm или възраст на пациента над 60 години.[9]
- фонетичен тест: инцизалните ръбове на максиларните централни резци докосват нежно границата между мокра и суха повърхност на долната устна при изговаряне на звуците „ф“ и „в“.[10]

Позиция на максиларните цервикални ръбове: наличното допълнително място между цервикалния ръб на протетичната конструкция и наличните меки тъкани бе изпълнено с розов восък (фиг. 9).

Линия на усмивката: според позицията на горната устна се определи, че пациентката спада към среден клас усмивка.



фиг. 10 а и б Естетични и фонетични корекции.



фиг. 11 Анализите на ангулираните импланти в гипсовия модел.



фиг. 12 Измерване на гингивалната височина с уреда за измерване (Rhein'83).

Експониране на гингивата: трябва да бъде избягвано експонирането по време на усмивка на линията на свързване на протетичната конструкция и подлежащите тъкани.[8]

Най-субективният елемент, свързан с лицевата естетика в протетичната дентална медицина, е поддръжката на горната устна, тъй като тя зависи от множество фактори:[8]

- Цервикален контур на горните фронтални зъби: препоръчва се изработване на аксиална инклинация от 28° спрямо сагиталната равнина. По този начин централните резци осигуряват оптимално поддържане на горната устна.[11]
- Алвеоларна костна загуба: тъй като в горна челюст се наблюдава

центростремителна резорбция на костта, което води до по-медиално и горно положение на костта (според проучванията на Talgreen[12] и Atwood[13]). Поради това, за да се осигури оптимална поддръжка на горната устна, не е възможно зъбите да се позиционират директно върху алвеоларния гребен.

- Дължина на носа.
- Ангулация на върха на носа (назолабиален ъгъл – NLA – дефинира се като ъгъл, който се формира между точките subnasale и най-горната точка на горната устна). Средната стойност на този ъгъл при жените е от 100° до 105°[10] – наличието на по-остър ъгъл води до възприятието за „липса на тъкан“ в

горната челюст.[8]

- Ангулация на брадичката: мекотъканен излишък в областта на брадичката формира конкавен профил, създаващ илюзията за недостатъчно тъкан, която да поддържа позицията на горната устна.[8]

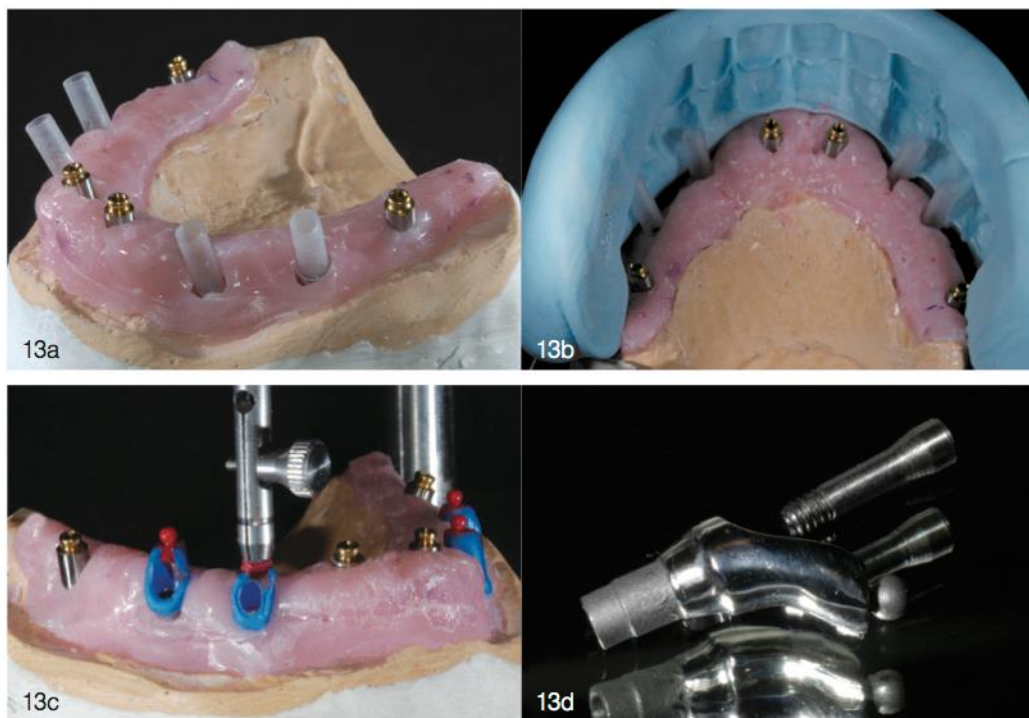
Корекциите в естетиката и фонетиката бяха извършени съгласно изброените по-горе критерии (фиг. 10 а и b).

След анализ на мокъпа, обмисляне на дивергиращата позиция на имплантите (фиг. 9 и 11), както и възможността за провеждане на адекватна

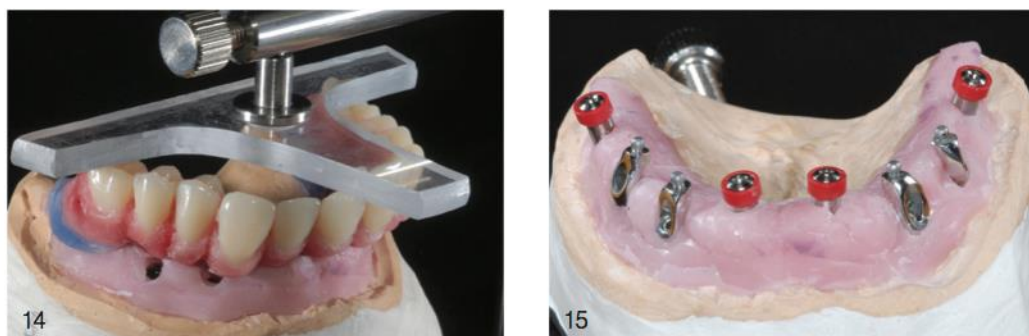
орална хигиена (по-лесен достъп за орална хигиена), бе взето следното протетично решение да бъде изработена тричленна конструкция, съставена от:

1. Имплантатни абатмънти:

- четири Equator имплантатни абатмънти (на мястото на зъби 16, 11, 21, 26), изработени за bone level имплантати Straumann RC, съобразени с индивидуалната гингивална височина. Тя е измерена с помощта на уреда за измерване на височина (Rhein'83),(фиг. 12).



фиг. 13 а до d Лети UCLA абатмънти с микросфери.



фиг. 14 Окулзална равнина: върховете на туберкулите на моларите са на нивото на инцизалните ръбове – отчита се с паралелометър (Rhein'83).

фиг. 15 Микросферите върху UCLA абатмънтите за позициониране на ставата.

- четири лети UCLA абатмънти (на мястото на зъби 14, 13, 24, 23) с лети микросфери (Rhein'83) в средната част (фиг. 13 а до d) – изработени според равнината на поставяне, определена върху мокъпа (фиг. 14).
- 2. Междинна структура: състои се от става (от зъб 16 до 26), фиксирана към абатмънтите с 4 зегерна система Seeger System (Rhein'83) – на зъби 16, 11, 21, 26 (върху Equator абатмънти). Правилната позиция на ставата се определя посредством микросферите върху UCLA абатмънтите (фиг. 15). За ретенция на супраструктурата са използвани 7 лети единични нормални сфери (Rhein 83), които да я балансират (фиг. 16 а и b).
- 3. Възможни са две решения за супраструктура (фиг. 17) – полиедрично протетично решение (по Vannini M.):
 - снематема конструкция тип over-denture в горна челюст върху метална структура с акрилни зъби от гарнитура (фиг. 18 а и b).
 - фиксирана конструкция, изработена от металокерамика (върху седем кепета с високо ниво на ретенция) (фиг. 19 а и b).

Представеното протетично решение разполага с множество предимства:

- възможно е създаване на адекватна оклузална равнина, когато имплантатите са свързани помежду си посредством става;
- редуцират се хоризонталните сили, които възникват, особено когато са поставени ангулирани имплантати;
- зегерната система Seeger System осигурява възможността за пасивна връзка между имплантатите и свързващите стави. По този начин се коригират малки несвършенства, възникнали в резултат на отпечатъчната техника и лабораторния процес на изработване на конструкцията.

Върху така изработената основа могат да бъдат изработени две протетични конструкции:

- снематемо възстановяване, към което пациентът се адаптира лесно, може да бъде поддържана оралната хигиена и е икономически по-изгодно;
- фиксирана протетична конструкция за пациенти с по-високи естетични изисквания.

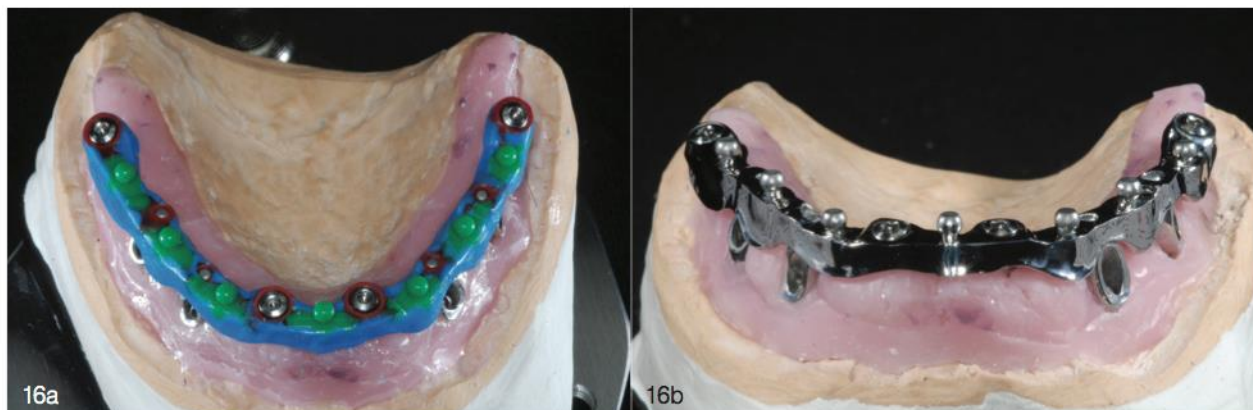
Тъй като в описания случай се наблюдава значителна сложност по отношение на естетика и фонетика, преценихме да конструираме снематема протетична конструкция за 12 месеца (фиг. 20 а до е). Снематемата част на конструкцията се задържа посредством седем зелени кепета, разполагащи с еластично ниво на ретенция (фиг. 21). В този период бяха извършени различни корекции: оклузално облекчаване така, че имплантатите да не бъдат свръхнатоварени, както и корекция на палатиналната повърхност на централните и латералните резци, чиято цел е подобрене на фонетиката.

Изводи

Този клиничен случай описва имплантатно-протетичен дизайн, използван за поставяне на протетична конструкция върху значително ангулирани имплантати.

Богатият избор от материали на Rhein 83 помогна за успешното лечение на пациентката – опции за фиксирано и снематемо протезиране.

Траверсите, които бяха пасивно фиксирани към имплантатите, редуцират риска от свръхнатоварване на имплантатите. Затова се считат за изключително надеждна опция, която изключва допълнителни хирургични процедури, създаващи допълнителен дискомфорт, разноси и възможност от летален изход от операцията.



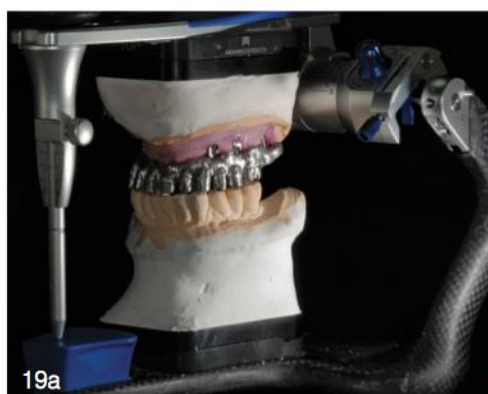
фиг. 16 Ставата (позиционирана от мястото на зъб 16 до 26) е фиксирана върху абатмънтите с помощта на 4 зегерна система Seeger System (Rhein'83) и е поставена върху микросферите.

фиг. 17 Двете възможни протетични решения за супраструктура, съвместими с една и съща средна структура (така нареченото полиедрично решение).



фиг. 18 a и b Снимаема конструкция min overdenture в горна челюст върху метална структура с акрилни зъби от гарнитура.

фиг. 19 a и b Метален скелет за фиксирано максиларно керамично възстановяване.





фиг. 20 Окончателен изглед на пациентката с поставената сменяема протетична конструкция.

фиг. 21 Сменяема протетична конструкция със седем зелени ретентивни кепета (високо еластично ниво на ретенция).



Библиография:

1. Zitzmann NU, Marinello CP. Fixed or removable implant-supported restorations in the edentulous maxilla: literature review. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 2000;12(6):599-608.
2. Taylor TD. Fixed implant rehabilitation for the edentulous maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1991;6(3):329-337.
3. Bosse LP, Taylor TD. Problems associated with implant rehabilitation of the edentulous maxilla. *Dent Clin North Am*. 1998;42(1):117-127.
4. Aparicio C, Perales P, Rangert B. Tilted implants as an alternative to maxillary sinus grafting: a clinical, radiologic, and periotest study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2001;3(1):39-49.
5. Sethi A, Kaus T, Sochor P, Axmann-Krcmar D, Chanavaz M. Evolution of the concept of angulated abutments in implant dentistry: 14-year clinical data. *Implant Dent*. 2002; 11(1):41-51.
6. Rosén A, Gynther G. Implant treatment without bone grafting in edentulous severely resorbed maxillas: a long-term follow-up study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(5):1010-1016.
7. Malò P, de Araújo Nobre M, Lopes A, Moss S. Posterior maxillary implants inserted with bicortical anchorage and placed in immediate function for partial or complete edentulous rehabilitations. A retrospective clinical study with a median follow-up of 7 years *Oral Maxillofac*

Surg. 2014 Feb 28. [Epub ahead of print]

8. Bidra AS(1), Agar JR A classification system of patients for esthetic fixed implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Compend Contin Educ Dent. 2010 Jun;31(5):366-8, 370, 372-4 passim

9. Spear FM, Kokich VG, Mathews DP. Interdisciplinary management of anterior dental esthetics. J Am Dent Assoc. 2006;37(2):160-169

10. Fradeani M. Esthetic Analysis: A Systematic Approach to Prosthetic Treatment. Hanover Park, IL: Quintessence; 2004:52-124

11. Zitzmann NU, Marinello CP. Treatment plan for restoring the edentulous maxilla with implantsupported restorations: removable overdenture versus fixed partial denture design. J Prosthet Dent. 1999;82(2):188-196

12. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. J Prosthet Dent. 1972;27(2):120-132.

13. Atwood DA. Bone loss of edentulous alveolar ridges. J Periodontol. 1979;50(4 spec no):11-21.

За авторите:

Dr. Corina Marilena Cristache е старши преподавател в Университет "Карол Давила" Букурещ, Румъния.

Тя е доктор на науките по медицина (PhD) и е акредитиран международен лектор по имплантология. Автор е на редица публикации в международни списания и на глави (части) от книги. Има няколко изследователски награди, между които от "Европейската асоциация за остеоинтеграция" (ЕАО), първа награда през 2012 година.

Dan Zidarita завършва училището за зъботехници в Букурещ, Румъния, през 2008 г. Загълбочава знанията си по керамика и специализира протезиране, естетика и имплантология. От 2012 г. работи в собствено ателие, където специализира в естетичните и керамични възстановявания. Естетика, форма и функция на естествените зъби са обект на негово постоянно проучване.

Cristian Butnarusu завършва обучението си в Университет "Карол Давила" Букурещ, Румъния. Той е международен специализиран преводач на италиански и английски език.

Статията е предоставена за публикуване от фирма ВОП

ПРОФЕСИОНАЛНИ СДРУЖЕНИЯ

Автобиография Д-р Селар Франсис

Председател на Българска академия по дентална козметика (БАДК)

Завършва дентална медицина в Денталния факултет на Университета в Багдад. Докторска степен от Калифорнийския университет, Лос Анджелис. Магистърска степен по естетична дентална медицина от Кингс Колидж, Лондон.

Специализант на Американската академия по дентална медицина. Следдипломно обучение по дентална козметика, имплантология и оклузия от Калифорнийския университет, Лос Анджелис, университета „Лома Линда“, Института по дентална естетика и Dawson Academy.

Ръководи частна практика, специализираща в денталната козметика, имплантологията и оклузията. Клиничен инструктор в Dawson Academy, Великобритания. Активен член на Американската академия по дентална козметика, Американската дентална асоциация и Калифорнийск



Д-р Франсис, като неформален председател и основател на Българската Академия по дентална козметика (БАДК, BgACD), бихте ли споделили с нашите читатели кога беше основана Вашата организация и с какви цели?

Да вярно е, инициативата дойде от мен, тъй като след завръщането ми от САЩ и решението да разработя трайно своята практика в България установих, че в съсловието ни има дефицит на качествена и най-вече систематична научна и практическа информация, която да позволи на българските зъболекари да се квалифицират. През 2006 година група колеги решихме да създадем една работна група и я нарекохме Българската академия по дентална козметика. Тя си постави за цел да организира курсове, конгресни прояви и форуми с чисто клинична насоченост, на високо професионално ниво и с участието на световно признати имена.

А защо „козметика“?

Името всъщност няма толкова голямо значение. В САЩ Академията по козметична стоматология (AACD) има много силни позиции и традиционно се свързва с много високо ниво на преподавателския си и лекторски състав в областта на продължаващото обучение. Освен това в България вече имаше създадени две организации, които включваха в името си понятието „естетична стоматология“ и затова се спряхме на „дентална козметика“.

Как започнахте?

В самото начало имахме намерение да организираме тематични сбирки само за малка група зъболекари съобразно нуждите от практическо обучение и информация. Нямахме амбиции за реализиране на мащабни форуми. В последствие обаче решихме, че все пак би било добре да отворим проявите за повече колеги, за да е полезно за гилдията. И така се заехме с организирането на първата проява на Българската академия по дентална козметика. Тя се състоя през ноември 2007 г. в София - Българо-гръцки форум по дентална естетика и функция с участието на авторитетни български и гръцки лектори.

От 2006 досега са изминали 10 години. Каква е равностметката за този немалък период?

Последваха Международен конгрес по дентална естетика с участието на известни международни лектори като д-р Галип Гюрел, д-р Роберто Шпреафико, д-р Гернот Мьорих – (01 ноември 2008 г.); Лекционен и практически курс на тема «Съвременни имплантологични концепции» с участието на д-р Саша Джованович. (12-13 май 2009 г.) ; Конгрес на тема «Интердисциплинарен подход при комплексни естетични случаи», с Участието на д-р Селар Франсис, д-р Елиас Катопулис, д-р Динос Контурас, д-р Ставрос Пелеканос, д-р Йоанис Вергулис и д-р Алексис Стамур. (07 ноември 2009 г.) ; Лекционен и практически курс по оклузия с лектор д-р Иън Бъкъл. (12-13 ноември 2010 г.) След това през 2011-2012 организирахме курс 4 нива във филиала на Академия Даусън в Обединеното кралство.

Този цикъл от прояви завършихме през юни 2012 – Форум по естетика и функция с участието на д-р Паскал Мание и Иън Бъкъл.

През този период работихме много добре с Дентал Трибюн България, а и имахме подкрепата на традиционни наши патньори от денталните търговски фирми, за което им благодарям.

Междувременно на сцената се появиха „нови играчи“, пространството се насити с прояви и решихме да си дадем почивка. Самата организация на такива събития е доста отговорна и изтощаваща. На нас ни стига удовлетворението, че за кратък период от време успяхме да доведем за първи път в страната актуални международни специалисти.

Не е малко. А планирате ли нещо все пак в бъдеще?

Да, всъщност в това електронно издание за първи път пускаме информация за една нова проява през 2017 с лекционна и практическа част, която ще водим д-р Иън Бъкъл и аз. Темата е „Дигиталната революция във функцията и естетиката“. Ще се радваме да предизвика интерес.

Благодаря Ви за изчерпателната информация и отделеното време. Желая ви успешна работа. Очакваме нови интересни събития за българското дентално съсловие, организирани от БАДК.



THE DAWSON ACADEMY ПРЕДСТАВЯ:

Оклузия, естетика и дигитална революция

София, 31 март – 1 април 2017 г.



Оклузия, естетика и дигиталната революция

Дигиталните технологии направиха революция в денталната медицина и начина, по който тя се практикува. Въпреки че несъмнено могат да подобрят точността, ефективността и продуктивността ни, ако не сме достатъчно внимателни, лесно можем да си навлечем неприятности. В тази презентация г-р Бъкъл ще обсъди технологиите, с които разполагаме, за извършване на прегледи, събиране на данни и диагностика. Британският специалист ще ни покаже как да използваме тази информация, комбинирайки дигиталните с изпитаните във времето конвенционални методи, за да разработим лечебен план, който да доведе до красив естетичен резултат, базиран на солидни оклузални принципи. Освен това г-р Бъкъл ще дискутира начини за използване на дигитални решения, за да изпълним предложеното лечение.

Цели на презентацията:

- Разбиране на концепцията за цялостна дентална медицина.
- Разбиране как да използваме дигиталните технологии при преглед и диагностика.
- Четири оклузални цели за предсказуем успех.
- Подход към планирането на предсказуемо лечение стъпка по стъпка.
- Познаване на технологиите за възстановителни и ортодонтски процедури.

Бъкъл е първият международен член на преподавателския колектив в академията за напреднало дентално обучение Dawson Academy. В качеството си на клиничен директор на академията г-р Бъкъл изнася лекции на национално и международно ниво в областта на функционалната и естетичната дентална медицина. Той се занимава активно с практически академични курсове, семинари и учебни клубове, с което допринася за продължаващото образование на денталните професионалисти в цял свят. Около две трети от времето си прекарва в практиката си, а останалата една трета преподава, като вярва, че по този начин поддържа баланса и доброта си форма и в двете сфери.



г-р Иън Бъкъл,
Великобритания

Основни теми на практическия курс

- Клиничен преглед на гъркателните мускули
- Как да създадем депрограмактор и да депрограмираме гъркателните мускули
- Регистриране на централната релация с помощта на бимануална техника по Доусън
- Естетично ориентиран протокол за лицева гъза

Мениджмънт на локализирано и генерализирано зъбно изтриване

Основни акценти от лекцията на г-р Селар Франсис:

- Етиология на зъбното изтриване и защо се наблюдава такова драматично увеличение в случаите на зъбно изтриване през последните години.
- Контрол и превенция на зъбното изтриване.
- Мениджмънт на пространството в случаи на локализирано изтриване във фронта без необходимост от отстраняване на вече компрометирани зъбни структури или нужда от каквото и да е лечение в дисталния участък.
- Управление на оклузията в случаи на тежко зъбно изтриване и постигане на предсказуеми и стабилни резултати в дългосрочен план.
- Ултра конзервативен подход в мениджмънта на зъбното изтриване.
- Видове шини за употреба от пациенти с бруксизъм. Начини за изработка и регулиране на шините.

Завършва дентална медицина в Денталния факултет на Университета в Багдад. Докторска степен от Калифорнийския университет, Лос Анджелис. Магистърска степен по естетична дентална медицина от Кингс Колидж, Лондон. Специализант на Американската академия по дентална медицина. Следдипломно обучение по дентална козметика, имплантология и оклузия от Калифорнийския университет, Лос Анджелис, университета „Лома Линда“, Института по дентална естетика и Dawson Academy. Ръководи частна практика, специализираща в денталната козметика, имплантологията и оклузията. Клиничен инструктор в Dawson Academy, Великобритания. Активен член на Американската академия по дентална козметика, Американската дентална асоциация и Калифорнийската дентална асоциация.



г-р Селар Франсис,
DDS, MSc, FAGD,
България

ПРОГРАМА

Ден първи: 31 март 2017 г.

8.30 – 9.30	Регистрация
9.30 – 11.00	Лекция г-р Иън Бъкъл
11.00 – 11.30	Кафе пауза
11.30 – 13.00	Лекция г-р Иън Бъкъл
13.00 – 14.00	Обяг
14.00 – 15.30	Лекция г-р Иън Бъкъл
15.30 – 16.00	Кафе Пауза
16.00 – 17.00	Лекция г-р Иън Бъкъл
17.00 – 18.00	Дискусия

Ден втори: 1 април 2017 г.

9.00 – 11.00	Лекция г-р Селар Франсис
11.00 – 11.30	Кафе Пауза
11.30 – 13.00	Лекция г-р Селар Франсис
13.00 – 14.00	Обяг
14.00 ч. - 18.30 ч. -	
Практически курс г-р Иън Бъкъл	

Максимален брой участници
за практическия курс: 12 човека

ЦЕНИ:

Лекционен
курс: **450 лв.**

Практически
курс: **900 лв.**

На място
лекционен курс:
450 лв.

Early Bird Registration – 400 лв.
(до 31 октомври 2016 г.)

Банкови детайли: Банка ПИБ,
IBAN: BG50FINV91501016693668, Банков код: FINVBGSF
За „Трибюн Медия“ ЕООД

Съорганизатори:

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Bulgarian Edition

BGACD
BULGARIAN ACADEMY OF
COSMETIC DENTISTRY

С подкрепата на:

ЕВГЕНИ СТЕФАНОВ ЕО ЕООД

Gugla AXIS
SWISS QUALITY

За записване: 0897 958 321
Николина Илиева

ВОДЕН, КОНСЕРВАТИВЕН ПОДХОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЛОКАЛИЗИРАНО ИЗНОСВАНЕ НА ДОЛНИТЕ ПРЕДНИ ЗЪБИ

Shamir B Mehta
Selar Francis, Subir Benarji

Процесът на износване на зъбите най-често има мулти-факторна етиология. Когато дойде пациент с патологично износване на зъбите често е невъзможно да се изолира единичен етиологичен фактор. Индивидуалните етиологични фактори могат да се разделят на ерозия, атриция, абразия и абфракция. Различни епидемиологични изследвания показват, че зъбното изтриване се наблюдава сред по-голямата част от населението, при това с увеличаваща се честота. Със застаряване на населението, и запазване на зъбите дори и в напреднала възраст, в съчетание с промени в начина на живот и навиците на младите хора, тези стойности въобще не са изненадващи.

Успешното лечение на пациент със зъбно изтриване зависи от снемането на точна анамнеза и подробен преглед. Предлагащото лечение трябва да цели да идентифицира и разреши възможните етиологични фактори, за да предотврати допълнително увреждане на засегнатите твърди тъкани, и на съществуващите или планираните дентални възстановявания. За да се осигури предсказуемост, трябва да се прилага системен подход при лечението на зъбно износване.

Локализираното изтриване на долните предни зъби понякога се дължи на поставянето на порцеланови оклузални повърхности на антагонистите (на горните предни зъби), особено ако се е налагало ажустиране, за корекция на оклузията и тези повърхности са останали неполирани.

Активната възстановителна намеса при случаите със зъбно изтриване е обикновено индицирана при естетически съображения, симптоми на дискомфорт, затруднения в адекватна функция и нестабилна оклузална схема или скорост на изтриване, която е притеснителна за клинициста или пациента, и която би застрашила целостта на пулпната камера или в екстеремни случаи – оцеляването на зъба. В литературата са описани редица техники и материални за успешно лечение на патологичното зъбно изтриване.

За възстановяване на износеното съзъбие изключително подходящо е използването на директни адхезивни възстановявания с композит. Основните предимства са:

- Естетически са отлично приети
- Консервативни: прилагат се при минимална или нулева интервенция
- Добре са толерирани от пулпната тъкан
- Минимално абразивни за антагонистичните тъкани
- Нескъп материал
- Може да се изработи на едно посещение
- Лесно се поправя и ажустира
- Може да се използва като диагностично възстановяване, за да се оцени понасянето и адаптирането към промените в оклузията и естетиката.

Директни методи на прилагане на композит

В съвременната литература са описани редици техники за прилагане на композитна смола за директно възстановяване на износени фронтални зъби. Те могат да се разделят на методи със свободно нанасяне на ръка, с използването на силиконов ключ или индивидуално изработен термопластичен шаблон. Последните два изискват изработването на модели, включени в семи-ажустиращ се артикулатор, последвано от изработването на диагностичен wax-уп по определена оклузална схема и естетична прескрипция.

Наслойването на ръка е един евтин вариант. Той обаче зависи от познанията на оператора относно функционалната оклузия и естетиката и от уменията му в работата със смоли. Неуспешната оценка на динамиката на оклузалната схема може да доведе до ранно увреждане на възстановяванията или до последствия в други зони на съзъбието.

Използването на силиконов ключ, получен от wax-ур, осигурява на оператора шаблон за дублиране на оклузалната схема, определена екстра-орално. Наслойването на смола се превръща в контролиран процес позволяващ анатомичното развитие на желаната морфология и цвят, посредством множество тонове, които се полимеризират послойно. Силиконовият ключ предлага шаблон ако се налага ревизия на възстановяването в бъдеще. Използването на трансlucentен поливинил силоксан (като Memosil 2, HeraeusKulzer, Hanau, Germany) също предлага възможност за полимеризиране през шаблона. Трябва да се вземат предвид някои недостатъци – трудно поставяване на матрици и мениджмънт на апроксималните области. В долната челюст допълнителни затруднения от използването на силиконов ключ може да включват невъзможност за адекватен контрол на влагата поради обемистия лингвално позициониран ключ, възпрепятстване на езика, затруднен достъп при ретроклинирани зъби или голяма загуба на дентални тъкани.

Фигури 1 и 2 показват транспарентен силиконов ключ, използван за възстановяване на износени долни фронтални зъби с композитна смола.

Описани са методи с използването на немодифицирана термопластична матрица, в която се поставя смола, позиционира се в устата след препарация на емайла и дентина за бондинг и се полимеризира *in situ*. Мениджмънта на излишния материал (особено апроксимално), невъзможността материала да се нанася послойно, голямото полимеризационно свиване, съчетано с включването на въздух в материала и образуването на шупли, са основните недостатъци на тази техника.



Фигура 1. Използване на силиконов ключ за планиране на композитното възстановяване на износените долни фронтални зъби.



Фигура 2. Пост-оперативно състояние, след добавянето на директна композитна смола G-aenial Direct (GC Corp, Japan).

дентална медицина (включително използването на оптималните бондинг агенти и композитни смоли) и отлични умения на оператора. Задължително е и пациента да бъде запознат с ограниченията на композитните смоли като възстановителен материал, а именно фрактури, износване (по-голямо отколкото при сплавите и керамиката), оцветяване, полимеризационно свиване, необходимост от наблюдение и редовна поддръжка.

Няколко изследвания докладват за обещаващи краткосрочни резултати от използването на директен композитен бондинг за лечение на износване на фронтални зъби (горни и долни), включително и при пациенти, при които внимателно материала е нанесен в супраоклузия, въз основа на концепцията за Относителното Аксиално Преместване. Този феномен, познат още като концепция на Dahl, е съчетание от репозициониране на кондила и интрузивни и екструзивни движения на денто-алвеоларните сегменти. Доказателства подкрепят използването на тази концепция във възстановителната дентална медицина, не само при локализирано дентално изтриване, но и в други ситуации. Все пак, подборът на клиничните случаи е от критично значение. Има доказателства, макар и ограничени, които подкрепят използването на композитите с тази цел и в среден и дългосрочен план. Все пак може да се очакват някои проблеми, описани в таблица 1.

- Наличие на керамични възстановявания на антагонистите
- Недостатъчна опора при страничните зъби
- Неравномерно разпределено предно водене
- Наличие на малоклузия клас II 2-ри подклас (поради по-големи сили на разкъсване и натиск)
- Разчитане за бондинга на дентина поради липсата на добро качество или количество на емайла
- Използване на микро-напълнени материали (повишен риск от фрактуриране)
- Недостатъчно количество смола, нанесена върху износените повърхности
- Поставяне на материала извън физиологичната и функционалната рамка на пациента
- Лоша техника на нанасяне
- При пациенти с парафункции и тенденция към бруксизъм

Таблица 1. Фактори, които увеличават риска от неуспех на директни композити за възстановяване на износени предни зъби.

Композитната смола може да се постави превантивно, за да се предпазят рисковите, уязвими повърхности; също така може да се използва като междинно възстановяване докато се направи окончателното възстановяване с по-дефинитивни конструкции. Ясно е, че композита трябва да е в минимален слой от 1.5 до 2 мм във всички области на функционално натоварване, за да се гарантира достатъчен живот, както е описано от Poyser и сътр.

В някои от случаите може да е налице необходимото интер-оклузално отстояние при позиция на интеркуспидация или да има подчертано несъответствие между позицията на интеркуспидация (ICP) и позицията на ретрудирани контакти (RCP), но в много от случаите може да се наложи създаване на място чрез:

Поставяне на материала в супра-оклузия

Препарация с отнемане на тъкани

Планиране на цялостно увеличаване на вертикалния размер на пациента.

Мениджмънта на отстоянието е от критично значение в случаите на износване, ограничено във фронталната област. Крайната цел при лечението на пациент с патологично изтриване е да се осигури място за успешна възстановителна интервенция без допълнително отстраняване на компрометираните зъбни тъкани, поради биологичните последици.

Клиничен случай

46-годишен мъж дойде с оплакване от термална чувствителност на долните предни зъби при консумиране на студени храни и напитки и невъзможност да дъвче добре храната, които са се появили през последните години. Медицинската история на пациента бе без особености. Денталната му история включваше множество корекции на оклузията на антагонистите след циментиране на индиректни керамични възстановявания на горните предни зъби, поставени пред 15 години.

Внимателният екстра-орален преглед показва, че масетерите и темпоралните мускули бяха хипертрофирани и чувствителни при палпация. Движенията на долната челюст бяха в границите на нормалното, без шум, изместване или девиация на мандибулата при отваряне и затваряне на темпоро-мандибуларните стави.

Интра-орално, пациентът бе с множество зъбни възстановявания, с белези на локализирано средно по тежест патологично изтриване на долните предни зъби и наличието на оголен дентин по инцизалните ръбове (Фигури 3-5). Внимателно бе изследвана оклузията и се установи, че има плъзгане от CR до ICP с по-изразена хоризонтална компонента и износване на кучешките зъби, което бе довело до загуба на каниновото водене и последващи предварителни



Фигура 3. Пре-оперативен изглед вестибуларно.



Фигура 5. Пре-оперативен изглед на долната челюст оклузално, разкриващ износването на зъбите.



Фигура 4. Пре-оперативен изглед на горната челюст оклузално.

долна челюст с поливинил-силоксан Express (3M ESPE, MN, USA) с метални лъжици. Бяха снети данни с лицева дъга, бе регистрирана централната релация с помощта на преден депрограктор и бимануалната техника на Dawson, както и пълен набор от клинични фотографии. Отпечатъците бяха отлети с Fujirock EP (GC Corp, Tokyo, Japan). Моделите бяха включени в семи-ажустиращ се артикулятор Artex CP (Amman Gierbach, Pforzheim, Germany), благодарение на регистрите от лицевата дъга и CR.

Анализът на включените в централна релация (CR) модели показва наличието на голямо несъответствие с доминираща хоризонтална компонента между RCP (ретрудирана контактна позиция) и ICP (позиция на интеркуспидация). При RCP се наблюдаваха само двустранни контакти при задните зъби, като това остави интероклузално отстояние от 1.5-2.0 мм, което би могло да се използва за възстановяването на долните предни зъби с директни композити по един предсказуем начин, без съпътстваща нужда от допълнителна редукция на тъкани или увеличаване на вертикалния размер, като така ще се улесни адаптацията на пациента (Фигура 6).

контакти на балансиращата страна в областта на вторите молари вляво и вдясно.

Пациентът също така имаше ниско разположена линия на устната и бе удовлетворен от вида на горните си зъби. Гингивалният дефицит около короната върху имплант в областта на горния десен латерал не се забелязваше. Оцветяването и морфологията на инцизалните ръбове на долните предни зъби се виждаха при говор и притесняваха пациента. Започнахме с превантивна програма, включваща почистване, полиране, оценка на диетата и инструкции за орална хигиена.

След период на оценка от 6 месеца, за да се потвърди стабилността и спазването на превантивния режим, бе направен директен композитен мок-ъп, за да се определят естетичния и функционален резултат. Това включваше подсушаване на засегнатите долни зъби (от кучешки до кучешки) и поставяне на композит с подходящ цвят върху износените повърхности без никаква препарация за адхезивен бондинг. Алгинатен отпечатък (Palgat Plus, 3M ESPE, MN, USA) на този мок-ъп ще води зъботехника при изработката на wax-up според желаните естетичен и функционален резултат.

След това композитът бе отстранен и бяха снети прецизни пре-оперативни отпечатъци на горна и



Фигура 6. Модели в централна релация, разкриващи наличието на интер-оклузално отстояние, което може да се използва за поставянето на възстановителен материал за възстановяване на износените долни зъби.

Долните шест предни зъба бяха моделирани с восък съгласно всички елементи на функционалния дизайн на усмивката и съгласно отпечатъка от мок-ъпа, за да се осигурят равномерни центрични контакти в CR (Фигура 7), с незабавна дисоклузия на всички задни зъби при ексцентрични движения. Фигура 8 показва восъчния модела надолния модел и отношението му към горния в CR.



Фигура 7. Диагностичен восъчен моделаж.

С помощта на дублиран модел от диагностичния wax-up бе изработен чрез вакуумна техника термопластичен шаблон от 0.5 мм PVC (Acorn Plastics LTD, Burford, Oxon), като са включени всички зъби с изключение на най-дисталните. Шаблонът е пуснат 3 мм извън гингивалните ръбове, за да е достатъчно ригиден и е финиран в права линия.

Шаблонът бе изпробван, за да се провери точното му пасване и бе направен интра-орален мок-ъп, за да се получи одобрението на пациента. Зъбите, които ще бъдат възстановени, бяха покрити с вазелин и достатъчно количество бисакрилна смола LuxatempAutomix Plus (DMG, Hamburg, Germany) в шаблона и той бе внимателно поставен in situ. След втвърдяване шаблонът бе внимателно отстранен и излишните части от материала бяха отстранени. Това позволи на пациента да визуализира



Фигура 8. Мокъп с модели в интеркуспидация.



Фигура 9. PVC шаблона върху модела.



Фигура 10. Индивидуализиране на PVC шаблона.

окончателния резултат.

Нарещен скалпел #15 (Swann-Morton, Sheffield, UK) бе използван за разрязване на шаблона интердентално в областта на долните фронтални зъби и бяха оформени дупки по букалната повърхност на тези зъби с голям борер тип футболна топка OS 1 023 (Brasseler, GA, USA) (Фигури 9-12). Разрезите бяха продължени 3-4 мм извън желаните интерпроксимални контакти, а отворите бяха позиционирани около средата между съществуващите оклузални повърхности и желаната позиция на режещите ръбове. Отворите бяха



Фигура 12. Борери, използвани за шаблона.

внимателно проверени пре-оперативно, за да се уверим че найкрайника на композитната компюла може да пасне пасивно в тях. Изработен бе втори шаблон по аналогичен начин, в случай че е необходим.

Пасването на шаблона бе проверен интраорално, като се уверихме че металните матрици Flutrec (Pulpodent, MA, USA) може да се поставят интерпроксимално (както е показано) сравнително пасивно. Трябва да се отбележи, че разрезите достигат няколко милиметра под контактните области (както е описано), за да навлезе и матрицата в тези области. В някои случаи обаче, за да се постигне това, може да се наложи лека интерпроксимална редукция като това може да се осъществи с полирни ленти, но в този случай това не бе необходимо.

Долните фронтални зъби бяха почистени с апарат за въздушна абразия (50µm) (Microetcher IIA, Danville, CA, USA), за да се отстранят петната и да се увеличи здравината на адхезивната връзка без да се жертват зъбните тъкани.

Изоляцията бе постигната с памучни тампони и мощна аспирация. Зъбите бяха ецвани с 32% ортофосфорна киселина Uni-etch (Bisco Inc, IL, USA) за 15 секунди. Ецващият агент бе отмит и зъбите бяха подсушени (без да се пресушават); оголеният дентин не бе дехидратиран. Opti Bond Solo (Kerr Corp, CA, USA) бе нанесен върху емайла и дентина с микрочетка, подсушен с въздушен спрей за изпаряване на разтворителя и полимеризиран за 30 секунди от всяка страна на зъба.

За този случай бе избран композит G-aenial (GC Corp, Tokyo, Japan). Емайлов композит, в избран за пациента цвят (AE), бе затоплен до 39 °C с помощта на уред за затопляне на композит ENA Heat (Micerium Spa, GE, Italy) за подобряване на физичните и манипулационните характеристики на композита. Някои клиницисти отричат използването на такъв уред защото предпочитат композитна смола, която е по-малко вискозна и лесна за скулптиране.

Шаблонът бе поставен в устата на пациента. Тънки метални матрици бяха поставени интердентално в разрезите на шаблона. Предварително затопленият композит бе инжектиран през лабиалните отвори на шаблона (Фигури 13, 14). При този процес, бе осъществен пръстов натиск от лингвално на шаблона, за да няма изтичане на излишен материал. Смолата бе инжектирана



Фигура 11. Модифицираният PVC шаблон.



Фигура 13. PVC шаблона in situ.



Фигура 14. Използване на матрици.



Фигура 15. Завършено инжектиране на композитната смола. Шаблонът е in situ.

внимателно, за да се избегне инкорпорирането на шупли. След като бе вкарано достатъчно количество композит, шаблонът бе нежно стиснат, за да се адаптира материала с помощта на плосък пластмасов инструмент. Излишната смола бе отстранена с плосък пластмасов инструмент, за да се улесни отстраняването на шаблона (Фигура 15).

В този случай се налагаше заместване само на емайлови тъкани. Когато изтриването е по-изразено, може да се възстанови и липсващия дентин посредством послоен подход. Това изисква поставянето на дентинови конуси с подходящ цвят дентин, за да се възстанови загубената тъкан. Това се прави преди инжектирането на композит в шаблона. След това се използва по-горе описаната техника за възстановяване на загубените емайлови тъкани.

Възстановяванията бяха полимеризирани с Demi Ultra LED (Kerr Corp, CA, USA). След полимеризиране на композитния материал за 60 секунди на повърхност, матриците и шаблона бяха отстранени (Фигура 16).



Фигура 16. Възстановяванията преди финариране.



Фигура 17. Изглед след грубото финариране, преди окончателното полиране.

След 20 минутен интервал се премина към финариране и полиране (Фигура 17), за да не се попречи на отложената полимеризация, известна като тъмна полимеризация.

Финарирането бе извършено с фин диамантен борер, последван от фин карбиден борер (Brasseler, GA, USA) за отстраняване на излишния материал. Финалното полиране бе направено с Mini Flex дискове. На този етап бе направена оценка на оклузалната схема. Окончателният блясък бе постигнат с Astrobrush (Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Lichtenstein). Целта бе да се постигне ефективно предно водене, което ще осигури незабвна дисоклузия на всички странични зъби при ексцентрични движения (Фигура 18) и същевременно без предварителни контакти във функционалната рамка. Желателно е постигането на балансирана оклузия с взаимно предпазване. Фигура 19 показва окончателния пост-оперативен резултат.



Фигура 18. Пост-оперативният изглед, с оклузалните контакти, установени с артикулационна хартия.



Фигура 19 Финално, пост-оперативно състояние.

Заклучение

Възстановяването на износените долни фронтални зъби може да изправи клинициста пред трудно предизвикателство. Техниката на директно композитно възстановяване с модифициран шаблон облекчава финарирането на изгражданията, тъй като позволява използването на интердентални матрици и пренос на диагностичната информация от wax-up да се пренесе в клиничната обстановка.



От Сиана Даскалова, консултант от



В репортажите в телевизиите чуваме често, че въпреки ниските лихви по депозитите българите предпочитат да оставят парите си на банков депозит и основно се интересуват от инвестиция в имоти. Българинът е консервативен инвеститор и това е разбираемо, защото е преживял доста икономически трусове за кратко време и постоянно живее в несигурна среда. Но на практика липсва достатъчно информация за възможните консервативни инвестиции с точно описание на всички предимства и недостатъци, за да може вложителите да направят информиран избор. Затова ще Ви представим основни факти за три основни варианта за консервативни вложения от най-масов интерес:

Банкови депозити

Основно предимство на депозита е фиксираният доход и гаранцията за парите до 200 000 лв. Той е важен инструмент за вложение на средства, които трябва да бъдат запазени, за да се използват за „черни дни“. Актуалните данни за средния лихвен доход при нови договори е **0.84%** (по данни на БНБ към края на юли 2016 г.). За последната 1 година доходът от депозит е бил средно **1%** (по данни на Moitepari.bg). Това, което много хора пропускат е, че от този доход трябва да извадят банковите такси, които плащат, плюс данък от 8% върху получената лихва. Същото е положението при спестовните сметки, където доходът е много по-нисък, а таксите водят до по-високи разходи.

Инвестиция в имоти

Българинът обича да притежава имот. Най-голямото му предимство е, че е нещо, което можеш да пипнеш, макар че все пак е рискова инвестиция. Покупката на имот и неговата поддръжка, обаче, са свързани с много ресурс като време и допълнителни разходи. За да се стигне до редовен доход е необходимо вложение за ремонти, поддръжка, управление на отношения с наематели. Актуалните данни за годишен доход от имот за последната година са **3.7%** (по данни на Moitepari.bg). Плаща се данък върху печалбата от тази инвестиция.

Взаимен фонд

Инвестицията в ниско рисков взаимен фонд е на практика вложение в депозити и облигации – все ниско рискови финансови инструменти. Но тя не е гарантирана от държавата в никаква степен. За разлика от депозитите вложението във взаимен фонд няма ограничения за внасяне и теглене на пари. Освен покупката на дял от фонд, което представлява инвестицията в него, няма допълнителни текущи разходи. Инвеститорите получават отчети за състоянието на вложението, както и постоянна информация онлайн. Пример за ниско рисков фонд е ЕЛАНА Еврофонд – неговата доходност за последната 1 година е **4.58%** (данни на БАУД за 1.09.2015-2016 г.). Резултатът от началото на 2016 г. до 31 август е **3.41%** на годишна база. Не се плащат данъци върху постигнатата доходност.

Сравнение годишен доход 2012 - 2016 г.

Ниско рисков фонд - Депозит в BGN



Данни: БАУД и БНБ.

ЗАПОЗНАЙТЕ СЕ СЪС СПЕСТОВНИТЕ ПЛАНОВЕ НА ЕЛАНА ФОНД МЕНИДЖМЪНТ

Спестовните планове на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт са създадени, за да помогнат на спестителите, които биха искали да инвестират с малки суми. Възможността да се инвестира всеки месец дава предимството, че вложението неутрализира различни резултати поради пикове и спадове на финансовите пазари и може да постигне оптимална доходност.

Условия	Спестовен план Устойчивост в евро	Спестовен план Устойчивост в лева	Спестовен план Развитие	Спестовен план Потенциал
Структура на плана	Комбинация от ЕЛАНА Глобален Фонд Акции (50%) и ЕЛАНА Еврофонд (50%)	Комбинация от ЕЛАНА Балансиран EUR Фонд (60%) и ЕЛАНА Фонд Свободни Пари (40%)	Комбинация от ЕЛАНА Високодоходен Фонд (70%), ЕЛАНА Балансиран EUR Фонд (15%) и ЕЛАНА Фонд Свободни Пари (15%)	Комбинация от ЕЛАНА Високодоходен Фонд (70%) и ЕЛАНА Балансиран EUR Фонд (30%)
Препоръчителен минимален срок	36 месеца	36 месеца	60 месеца	60 месеца
Валута на минимална сума	EUR	BGN	BGN	BGN
Минимална месечна вноска	150	150	150	150
Обща минимална сума на плана	5 400	5 400	9 000	9 000
Прогноза за доходност на годишна база	4.5%	3.5%	6.5%	7%
Натрупана сума в края на препоръчителния период	5 791.55	5 701.54	10 658.52	10 801.58
Вариант 10 години	22 764.76	21 577.63	25 397.30	26 114.17

Посъветвайте се с нашите консултанти / посетете www.elana.net:



ЕЛАНА Фонд Мениджмънт

- Сиана Даскалова, daskalova@elana.net, 0887 855 031
- Николай Павлов, pavlov@elana.net, 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.



inEos X5

Лабораторен CAD/CAM скенер 5 аксиален, както с напълно автоматично, така и с ръчно сканиране, **автофокус**, висока точност и прецизност ~ 10 µm, висока продуктивност благодарение на високата скорост на сканиране (10 сек. цяла челюст от отпечатък или модел) и възможността едновременно да се сканират няколко мостри, опция отворен интерфейс - експорт на данни модел или ресторация в STL формат. Компютър inLab 4PC 64bit (без монитор).

Софтуер за заснемане inLab SW с включен CAI лиценз за заснемане (има възможност за съвместна безплатна работа с inLab CAM софтуер за фрезозване, има възможност за импортиране на данни за възстановявания в STL формат).

Без допълнителни лицензионни такси!

СОФТУЕР

inLab SW 15.0 CAD License Module Basis

- модул към софтуера за проектиране и дизайн на инлеи, онлеи, винири, корони, мостове и рамкови конструкции, модели, кепета, многослойни възстановявания и др., като виртуален артикулятор и дизайн на усмивка, - достъп до Sirona Connect портал, - наличието на този модул е необходимо условие за добавянето на останалите.

inLab SW 15.0 License Module Implantology

- за проектиране на индивидуални абатменти, многослойни структури, върху абатменти, директно завинтовани мостове и барове, хирургически водачи, както и Open GALILEOS Implant.

inLab SW 15.0 License Module Temporary

Dentures - позволява проектирането на телескопи, барове, прикачени части и отливки на модели.

inLab SW 15.0 License Module Interfaces

- за импорт на данни със сканирани изображения в STL формат; - за експорт на данни за възстановявания в STL или XML формат; - за експорт на данни със сканиране в 3Shape формат; - експорт на проекти на модели в STL формат; - за експорт на Sirona Connect сканирани данни или модели в STL формат.

inLab MC X5

апарат за изработване - фрезозване и шлайфане на дентални протези, 5 аксиален, с мокра и суха обработка и лесно превключване между двата режима. Работи с материали на различни производители, като VITA, Ivoclar Vivadent, Dentsply, Merz Dental, 3M ESPE, GC и др. Обработва циркониев оксид, полимери, композити, восък, стъклокерамика, хибридни керамики, блокчета с дентинова и мезоструктура, метали CrCo и Ti. Използват се твърдосплавни фрези и диамантени шлифовъчни борери, като смяната на инструментите е напълно автоматична от магазин с до 8 различни инструмента. Обработва дискове с Ø 98.5 мм и вис. до 30 мм. и блокчета с р-ри до 15.5*19*40 mm., с въз-можност за групиране на множество единици.

inLab MC X5 е с изключителна прецизност и точност на обработка ~12µm. **Индикации:** Мостове, апълно анатомични корони, инлеи, онлеи, фасети, многослойни мостове, мостови конструкции, редуцирани корони, имплант барове, восьмични модели, абатменти, атамънти, телескопични корони. Софтуер за фрезозване с включен CAM лиценз за безплатна работа (малене и фрезозване), както и импорт на възстановявания с вече направен дизайн в STL формат.



inLab MC XL

до 12-14 елементни мостове, работи само с блокчета до 85x40x22 мм., изключително бърз.



циркониев оксид, полимери PMMA, силикатни керамики, композити, не благородни метали



3D принтер DWS - Италия, за производство

на гипсopodobни модели, ортодонтични модели за термопресоване на алайнери, хирургически водачи и шаблони за позициониране. Работна платформа 13.8x13.8 cm. Поле на сканиране 13x13x9 cm. Стереолитографски метод за изработване, чрез фотополимеризация на светлочувствителни материали слой по слой. Дебелина на слоя 0,01 - 0,10 mm, в зависимост от вида на материала. Скорост на сканиране на лазера от 0 до 4300 mm/s. Изработване на един модел прил. за 1.30 часа., а на пълна тавичка с модели (~14 бр.) за около 6 часа. Цената на 1 кг. материал е от € 240.- до € 520.-. От 1 кг. смола може да се произведат приблизително 150 модела.



inFire Superspeed

Пещ за керамични материали, с опционален модул за управление подаване на аргон за изпичане и на неблагородни метали NPM.

Синтерова мостове от Циркониев оксид само за 60 сек. и единични корони от inCoris ZI или TZI само за 10 мин.



Драги читатели, в тази рубрика публикуваме актуална информация относно различни аспекти на денталната професия. В стремежа си да Ви бъдем полезни, по повод този брой на вестника се свързахме с нашите приятели от Medical Depot R&K Ltd и ги помолихме да обобщат за Вас актуалните проблеми при узаконяване на дентални практики, с които всеки от Вас би се сблъскал. Предлагаме следните редове без коментар, а интелигентната аудитория сама ще направи своите изводи.

ПРОБЛЕМИ ПРИ УЗАКОНЯВАНЕ НА ДЕНТАЛНА ПРАКТИКА

Във връзка със ЗУТ и НАРЕДБА № РД-02-20-3 от 21.12.2015 г. за проектиране, изпълнение и поддържане на сгради за обществено обслужване в областта на здравеопазването (ДВ., бр. 5 от 2016 г., попр. бр. 13 от 2016 г.), денталните практики трябва да отговарят на цитираните изисквания: ДОСТЪПНА СРЕДА - Чл. 108. (1) Достъпът до и в лечебните заведения се осъществява в съответствие с изискванията на Наредба № 4 от 2009 г. за проектиране, изпълнение и поддържане на строежите в съответствие с изискванията за достъпна среда за населението, включително за хората с увреждания.

- ПОДХОД - чл. 109. (1) Амбулаториите за индивидуална и груповая практика за първична и специализирана медицинска помощ се проектират **в самостоятелни сгради за здравеопазване, както и в жилищни сгради или в сгради със смесено предназначение.**

(2) В жилищни сгради или в сгради със смесено предназначение се допуска промяна на предназначението на жилищни или офисни помещения, разположени на първия или полу-подземния етаж, и изграждане на амбулатории за индивидуална практика за първична и специализирана медицинска помощ **при осигуряване на самостоятелни входи към тях** и при спазване изискванията на чл. 38, ал. 3 и 4 от ЗУТ.

- СЪГЛАСИЕ НА СЪСЕДИ - Чл. 38. (3) В съществуваща жилищна сграда с режим на етажна собственост се допуска **преустройство и промяна на предназначението на жилищно помещение или на самостоятелно жилище в кабинет за здравни нужди, за офис или за ателие за индивидуална творческа дейност, свързани с достъп на външни лица в сградата, ако обектите се намират на първия или на полу-подземния етаж,** преустройството им е съобразено със санитарно-хигиенните, противопожарните и другите технически изисквания и **въз основа на изрично писмено нотариално заверено съгласие на всички собственици на жилища - непосредствени съседи на обектите.** По изключение може да се допусне разполагане на посочените обекти и на други надземни етажи само въз основа на решение на общото събрание на собствениците на жилища, взето по установения ред, и с изрично писмено нотариално заверено съгласие **на всички собственици на жилища - непосредствени съседи на обекта.**

(4) Съществуващо жилищно помещение или самостоятелно жилище на първия етаж на жилищна сграда може да се преустрои с промяна на предназначението му за магазин или за други обслужващи дейности, извън тези по ал. 3, при спазване на санитарно-хигиенните, противопожарните и другите технически изисквания и **ако се осигури самостоятелен вход извън входа и общите помещения на жилищните етажи.** В тези случаи се изисква решение на общото събрание на собствениците, взето по установения ред, и изрично писмено нотариално заверено съгласие на всички собственици на жилища - непосредствени съседи на обекта.

- ПАРКОМЕСТА – необходимо е да се осигурят 1бр. паркоместа за всеки кабинет + 50% за посетители (или 1.5бр. за всеки кабинет) - Чл. 38. (9) Не се допуска преустройство и промяна на предназначението на обекти по ал. 1 - 5, ако за новите обекти не могат да се осигурят необходимите гаражи или места за паркиране в съответния поземлен имот.

За допълнителна информация и консултации може да се обръщате към:

Проектантска фирма Арт Депо, Бул. Линкълн 52, Илона Александрова – моб. тел. 0888 308007



САМОСТОЯТЕЛНА МЕДИКО - ДИАГНОСТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ

КАНДИЛАРОВ



Управителният съвет на СБЗ информира своите членове, че през юли 2016 г. постигна партньорско споразумение с СМДЛ „Кандиларов“ООД . Предложението е израз на социалната ангажираност на двете организации и разбирането им, че изследванията с цел превенция и профилактика би подпомогнало денталните лекари и техните семейства в установяване на общото им здравословно състояние, което ще ги направи по-ефективни в грижата за зя своите пациенти.

Лабораторията разполага с най-съвременна апаратура, методи и специалисти за диагностика на широк набор от показатели в областта на биохимията, имунологията, хематологията, генетичния анализ, микробиологията и паразитологията. Фирмата има сключен договор с НЗОК.

Предложението е членовете на СБЗ и техните семейства да ползват 20% отстъпка от услугите. Съответно служителите на Лабораторията ще ползват същите условия в денталните кабинети на СБЗ.

Считаме, че сме постигнали едно много полезно споразумение и ще се радваме всички да се възползват от тази възможност.

Повече информация за най-близката лаборатория и телефон, може да намерите на www.kandilarov.com.

КУРС ЗА РАБОТА С РЕНТГЕН

Уважами колеги, през 2007г. Сдружението на Българските Зъболекари съвместно с НЦРЗ организира и проведе курс за правоспособност на зъболекари за работа с рентген. Срокът на правоспособността е 5 години и затова през юни 2012г. организирахме нов курс за нови и преминали курса за правоспособност зъболекари. През следващата 2017 год. изтича 5 год. период на валидност на нашите удостоверения.



Затова през юли 2017г. ще организираме нов курс за зъболекари членове на Сдружението. Необходимо е желаещите да заявят участието си с трите имена, адрес, телефон и ел. поща на адреса на Сдружението: София 1000, ул. "Калоян" 6, х-л "Рила", офис 216, e-mail: abdentist@abv.bg за да направим необходимата подготовка. В курса могат да се включат както преминали , така и начинаещи зъболекари за получаване на правоспособност. Курса е 3-дневен и се провежда в НЦРЗ –София.

Желателно е да направите до края на тази година, тъй като местата са ограничени.

Заявки на адреса на СБЗ - за курса за рентген

Координатор на проявата д-р Силвия Цалова (02 952 41 94)



ДА ТРАНС ООД

управление на опасни отпадъци

Уважаеми Партньори,

Фирма "Да Транс" ООД е регистрирана през 2008 г. с лиценс, издаден от РИОСВ - София за събиране, транспортиране и предварително третиране на опасни отпадъци. Компанията извършва професионална и напълно съобразена с Българското и Европейско законодателство услуга по транспортиране и унищожаване на опасни медицински отпадъци. През 2010 г. фирма "Да Транс" ООД получи сертификат за качество по стандарта ISO 9001:2008. Фирма "Да Транс" ООД е партньор на Сдружение на Българските Зъболекари и има удоволствието да предложи на всички членовете на колегията преференциална цена за сключване на годишен абонаментен договор за извозване на опасни медицински отпадъци.

Адрес: гр. София, бул. Братя Бъкстон, № 40, ет. 3, офис 16
Телефони за връзка и записване на дата за извозване на отпадъци:
Тел./ факс: 02 850 13 19
Мобилен: 0896 779 602
Web: www.datrans.bg
e-mail: office@datrans.bg



Да Транс ООД коректен и дългогодишен партньор на Българският Лекар!

С пожелания за ползотворно сътрудничество,
Екипа на „Да Транс“ ООД



ПРОМОЦИЯ

- Подарък контейнер при сключване на годишен договор.
- Различни видове договори съобразени с потребностите на нашите клиенти.
- ON-LINE заявки за извозване на отпадъци, 24/7 на адрес www.datrans.bg
- Безплатно изготвяне на годишни отчети за отпадъци и цялостно консултиране на клиентите ни във връзка с нормативната уредба в страната.
- Високо качество на продажба и доставка на хладилни шкафове
- Актуални цени за продажба и доставка на хладилни шкафове
- Изработване на Работни листа във връзка с НАРЕДБА №2 за класификация на отпадъците.
- Нови допълнителни услуги за улесняване на нашите клиенти.
- Извозване на отпадъка, гарантирано до 72 ч.



гр. София,
бул. Братя Бъкстон,
№40, ет. 3, офис 16
Тел./ факс: 02 850 13 19
Мобилен: 0896 779 602
Web: www.datrans.bg
e-mail: office@datrans.bg